

Bericht

zur externen
Qualitätssicherung
in Hessen

2024

2025



LAGQH

Hinweis:

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

An der Erstellung dieses Berichts haben mitgewirkt:

Claudia Herrler

Melanie Kowalski

Alicia Meister

Limei Ji

Dr. Björn Misselwitz

Simone Puttins

Anke Reihls

Leonie Schultheiß

Vanessa Weck

Dr. Friedemann Woernle

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	4
1. Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH)	7
2. Landesverfahren	11
Einleitung	12
Berichte zu den Landesverfahren	15
2.1 MRE-Projekt Hessen	16
2.2 Schlaganfallprojekt	26
2.2.1 Akutbehandlung	28
2.2.2 Frührehabilitation (Phase B)	37
3. Verfahren nach DeQS-RL	43
Verfahren und Abläufe	44
Berichte zu den Bundesverfahren	55
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	56
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)	62
3.2.1 Hygiene- und Infektionsmanagement (WI-HI)	64
3.2.2 Nosokomiale postoperative Wundinfektion (WI-NI)	67
3.3 Cholezystektomie (QS CHE)	70
3.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen - Dialyse (QS NET-DIAL)	74
3.5 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	81
3.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	85
3.7 Mammachirurgie (QS MC)	89
3.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	94
3.9 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	98
3.10 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	102
3.10.1 Herzschrittmacher (HSMDEF-HSM)	104
3.10.2 Implantierbare Defibrillatoren (HSMDEF-DEF)	107
3.11 Perinatalmedizin (QS PM)	110
3.11.1 Geburtshilfe (PM-GEBH)	112
3.11.2 Neonatologie (PM-NEO)	115
3.12 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	118
3.12.1 Osteosynthetische Versorgung (HGV-OSFRAK)	120
3.12.2 Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	123
3.13 Knieendoprothetik (QS KEP)	127
4. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	131
5. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)	143
6. Veranstaltungen	147
7. Klinikbewertungen berichtspflichtiger Qualitätsindikatoren	151
8. Datenmanagement	165
9. Publikationen	171
10. Anhang	183
Leseanleitung zu Abbildungen	184
Glossar	186
Abkürzungsverzeichnis	191



Jörg Hoffmann

Alternierender Vorsitzender des Lenkungsgremiums

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Geschäftsführer

Die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung erhält vor dem Hintergrund der zunehmenden Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor eine besondere Relevanz. Trotz der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen und den politischen Umbrüchen muss die Versorgung von Patientinnen und Patienten auch künftig definierten Qualitätsstandards genügen und das unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Die LAGQH (Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen) betrachtet Qualität über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg und unterstützt die Leistungserbringer wo nötig bei der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Dafür greift sie unter anderem auf die Expertise von Ärztinnen und Ärzten zurück, die im vertragsärztlichen oder stationären Bereich tätig sind. Die so eingebrachten Fachkenntnisse und Erfahrungen aus dem Berufsalltag tragen maßgeblich dazu bei, die Qualität der medizinischen Versorgung in Hessen zu sichern und bei Bedarf weiter zu verbessern. Im Mittelpunkt dieser Bestrebungen stehen Patientensicherheit, Patientenorientierung und natürlich eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Die LAGQH beschränkt sich zur Erreichung dieser Ziele nicht nur auf die Verfahren laut DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung), sondern verantwortet ergänzend drei Landesverfahren, die ebenfalls darauf abzielen die Versorgungsqualität in Hessen vergleichbar zu machen und weiter zu verbessern. Zusätzlich bringt sich die LAGQH auch im länderübergreifenden Austausch ein, um Erfahrungen und Kenntnisse bereichsübergreifend zu teilen. Im Jahr 2024 ist dies unter anderem im Rahmen der Bund-Länder-Konferenz-Kardiologie erfolgt, die die LAGQH gemeinsam mit dem IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) veranstaltet hat.

Mit dem Jahresbericht 2024 informiert die LAGQH detailliert über die Ergebnisse ihrer Arbeit und stellt die betrachteten Qualitätssicherungsverfahren auf Landes- und Bundesebene vor. Durch die Aufnahme neuer QS-Verfahren auf Bundesebene (zum Beispiel Lokal begrenztes Prostatakarzinom und Ambulante Psychotherapie), wird sich das Aufgabengebiet der LAG ausweiten. Ich blicke gespannt auf die künftigen Entwicklungen in der datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und freue mich auf gewinnbringende interdisziplinäre Diskussionen.

Ich bedanke mich herzlich für die erfolgreiche Zusammenarbeit und den konstruktiven Austausch in den Gremien. Mein Dank gilt insbesondere den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle der LAGQH und Herrn Dr. Misselwitz sowie den Mitgliedern der Fachkommissionen, deren Engagement einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung im hessischen Gesundheitswesen leistet.

Jörg Hoffmann



Dr. med. Björn Misselwitz

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Leiter der Geschäftsstelle

Mit der Billigung durch den Bundesrat ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im November 2024 in Kraft getreten. „Mit dieser großen Reform steigern wir, nach fast drei Jahren Vorbereitung, die Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern und sorgen für den Erhalt eines flächendeckenden Netzes guter Kliniken“ so der damalige Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach. Schaut man sich die Qualitätskriterien im Detail an, so betreffen diese mit Vorgaben überwiegend zum Personal und zur Ausstattung ausschließlich die Strukturqualität. Die Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer*innen wird dagegen im Gesetz nicht hinterfragt. Sicherlich ist es grundsätzlich komplexer und aufwendiger diese zu messen, jedoch könnte man zumindest auf bereits jetzt vorliegende Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung zurückgreifen, um diese Qualitätsbereiche in Teilen abzubilden (siehe hierzu auch Kapitel 5). Die LAGQH hat dem HMFG konkrete Vorschläge unterbreitet, wie insgesamt aber auch bei der Zuweisung in die Leistungsgruppen, ggf. Erkenntnisse hieraus genutzt werden könnten. Vielleicht hat das damalige BMG in diesem Zusammenhang auch auf die Veröffentlichung von „patientenrelevanten Ergebnissen aus den in §136 SGB V genannten Maßnahmen“ gesetzt. Bisher (Stand Juni 2025) werden im Bundesklinikatlas (BKA) noch keine entsprechenden Zahlen vom IQTIG veröffentlicht. Auch ist abzuwarten, ob die neue Bundesregierung überhaupt in Zukunft noch am BKA festhält.

Das IQTIG hat unabhängig davon im letzten Jahr seine im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss abgegebenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung komplettiert. Ein grundsätzliches Muster lässt sich hierbei bei allen Berichten des IQTIG erkennen: weniger Kennzahlen zur Indikations- und Prozessqualität, mehr Indikatoren zur Ergebnisqualität; und das, wenn möglich, über Sozialdaten. Ob sich damit die Qualität der Leistungserbringer*innen auch besser und valider darstellen und vergleichen lässt, sei noch dahingestellt. Zumindest hat das IQTIG damit aber den im Eckpunktepapier geforderten Abbau des Dokumentationsaufwandes teilweise umgesetzt. Zwei Verfahren (QS CAP und QS KEP) werden in diesem Zusammenhang sogar komplett ausgesetzt.

Aber auch neue Verfahren stehen bereits in den Startlöchern. Vielversprechend klingt dabei das Verfahren QS Sepsis, welches 2026 für die Krankenhäuser eingeführt werden soll. Mit Spannung erwartet wird darüber hinaus das Verfahren Prostata-CA, welches erstmals mit Einbeziehung von Daten aus den Krebsregistern sektorenübergreifend die Qualität der Versorgung des Prostata-Karzinom in Deutschland sichern soll.

Mit dem diesjährigen Bericht möchten wir wieder die Arbeit der LAGQH etwas transparenter machen. Neben den allgemeinen und verfahrensspezifischen Ergebnissen und Informationen zu den Landes- und Bundesverfahren, gibt es wie üblich auch ein separates Kapitel zur Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene (QFR) und selbstverständlich auch die Tabellen mit den Bewertungen der hessischen Kliniken aus dem Stellungnahmeverfahren 2024. Mit der erstmaligen Aufnahme der Ergebnisse aus dem Vorjahr (Erfassungsjahr 2024) können wir in unserem Bericht eine noch höhere Aktualität abbilden.

Vielen Dank an alle Mitwirkenden, aber auch die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen und den Krankenhäusern, die hierzu direkt oder indirekt beitragen haben.

Dr. Björn Misselwitz



Lenkungsgremium der LAGQH (Stand: 31.12.2024)

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

Sitzungstermine

Sitzung Nr.	Datum
15	09.07.2024
16	11.11.2024

Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR (LAGQH) wurde am 23.10.2018 auf Grundlage eines Vertrages über die Planung und Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS) in Hessen gegründet. Neben bundesweiten Verfahren im Rahmen der DeQS-Richtlinie werden auch landesspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen eingesetzt.

Die LAGQH ist eine Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. und der Verbände der Krankenkassen in Hessen mit folgenden Organen:

- ✓ der Gesellschafterversammlung als Entscheidungsgremium für alle administrativen, organisatorischen und fiskalischen Entscheidungen,
- ✓ dem Lenkungsgremium (s. Tabelle) als Entscheidungsgremium für die Aufgaben gemäß §§ 5, 6 und 8a der DeQS-RL sowie den Aufgaben gemäß den Vereinbarungen zu den Landesverfahren
- ✓ der Geschäftsstelle für die administrative Betreuung und der technisch-organisatorischen Durchführung

Die Ziele der LAGQH sind insbesondere:

- ✓ die Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung,
- ✓ ein valider und vergleichbarer Erkenntnisgewinn über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer*innen und dadurch
- ✓ die Stärkung der Selbstbestimmung der Patient*innen

Die Aufgaben der LAGQH definieren sich auf Grundlage der DeQS-RL (gemäß § 6 der Fassung vom 18.07.2024):

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der länderbezogenen Verfahren
2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen
3. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten

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

Im Rahmen der landesspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Landesverfahren) hat die LAGQH zusätzlich folgende Aufgaben:

1. Erstellung der Spezifikation und Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von QS-Daten
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien (Rechenregeln, Referenzbereiche)
3. Auswertungsstelle (Berichterstellung für Leistungserbringer*innen)
4. Einrichtung von Fachausschüssen und Expertengremien
5. Analyse von Sekundärdaten

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



2. Landesverfahren

Einleitung

In Hessen werden aktuell die Landesverfahren „MRE-Projekt Hessen“ und „Schlaganfallbehandlung“, untergliedert in die zwei Module „Schlaganfallbehandlung akut“ und „Schlaganfallbehandlung neurologische Frührehabilitation“, durchgeführt. Die Verfahren der datengestützten externen Qualitätssicherung kommen in dieser Form ausschließlich in den hessischen Kliniken zur Anwendung. Auf Grundlage des § 112 Absatz 1 i. V. m. Absatz 2 Nr. 3 SGB V wurden hierfür entsprechende Vereinbarungen geschlossen.

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 Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) als zusätzlicher Vertragspartner ergänzt.

Die geschlossenen Landesvereinbarungen enthalten neben Finanzierungsmodalitäten und datenschutzrelevanten Aspekten inhaltliche Festlegungen zum Datenmanagement, der Auswertungserstellung, der

Berichterstattung und der Umsetzung besonderer Maßnahmen. Darüber hinaus werden Regelungen zu Aufgaben und Besetzung der eingerichteten Fachausschüsse getroffen. Beide Verfahren liegen in der Durchführungsverantwortung der LAGQH. Die zugrundeliegenden Vereinbarungen sind auf der Internetseite der LAGQH veröffentlicht, um für alle Beteiligten jederzeit eine größtmögliche Transparenz herzustellen.

Die hessischen Landesverfahren basieren auf fallbezogene QS-Daten. Die betroffenen Kliniken erfassen medizinische Daten zum Aufnahmezustand, zum Behandlungsverlauf, zu Risikofaktoren sowie zum Outcome und senden diese elektronisch zur LAGQH. Die entsprechenden Daten fließen in die vergleichenden Berechnungen von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein. Alle teilnehmenden Kliniken erhalten quartalsweise Auswertungen zu den für jedes Verfahren definierten Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen. Ergänzend werden durch die LAGQH jährliche Basisauswertungen – im MRE-Projekt Hessen darüber hinaus quartalsweise – zur Verfügung gestellt.

Strukturierter Dialog

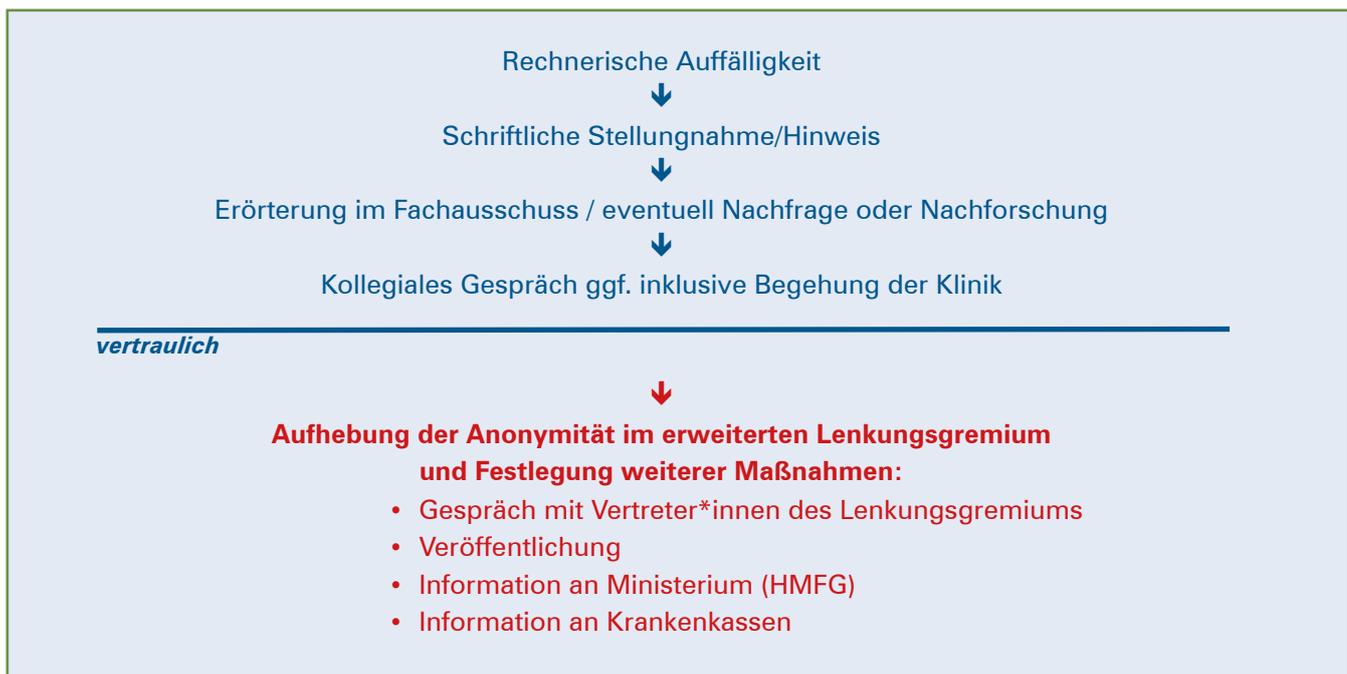


Abb. 2.1 Ablauf Strukturierter Dialog

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

Der Strukturierte Dialog dient zur qualitativen Bewertung rechnerischer Auffälligkeiten in einem oder mehreren Qualitätsindikatoren. Sollten Auswertungsergebnisse von teilnehmenden Kliniken von den festgelegten Referenzwerten abweichen, wird hierzu in Abstimmung mit dem zuständigen Fachausschuss ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Auf der Darstellung der Klinik basierend führt der Fachausschuss eine Bewertung der zugrundeliegenden Zusammenhänge durch. Einen schematischen Überblick über den Ablauf des Strukturierten Dialogs bietet die Abbildung 2.1.

Des Weiteren werden zur Überprüfung der Datenqualität regelmäßige Datenvalidierungen von der LAGQH durchgeführt. Diese stellen sicher, dass die Erhebungsbögen die benötigten Daten vollständig, vollzählig und valide abbilden und die Dokumentation in den Erhebungsbögen die Aktenlage in den Kliniken korrekt wiedergibt.

Die Datenvalidierung beinhaltet zum einen die statistische Basisprüfung, bei der jährlich mit Hilfe festgelegter Auffälligkeitskriterien die zur Verfügung gestellte Datengrundlage überprüft wird. Zum anderen werden in ausgewählten Kliniken Stichprobenverfahren durchgeführt, bei denen die Dokumentation zur Qualitätssicherung mit der in der Primärakte gegengeprüft wird.

Eine detaillierte Darstellung der Abläufe ist der Abbildung 2.2 zu entnehmen.

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



Abb. 2.2 Verfahrensplan - Datenvalidierung

Neue Begrifflichkeiten der Zeiträume

Innerhalb des vorliegenden Jahresberichts werden verschiedene Begrifflichkeiten zu den Zeiträumen über die jeweils berichtet wird verwendet. Alle Passagen, die sich auf Zeiträume der Datenlieferungen beziehen und Themen der Vollzähligkeit, Vollständigkeit sowie Anzahl gelieferter Datensätze darstellen, werden pro betreffendem Erfassungsjahr (EJ) dargestellt. Alle Abschnitte, die über Ergebnisse und deren Auswirkungen berichten werden pro Auswertungsjahr (AJ) beschrieben. Die genaue Definition der beiden Begriffe wird im Glossar erläutert.

Erläuterung zum Kapitelaufbau

Der Kapitelaufbau zu den jeweiligen Landesverfahren gestaltet sich wie folgt:

- Zusammensetzung der Fachausschüsse, Expertengremien, Arbeitsgruppen
- Sitzungstermine
- Ansprechpartner*innen der LAGQH
- Einleitungstext mit allgemeinen Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zum EJ 2023/24
- Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Hessenergebnisse zum AJ 2024/25 und Strukturierter Dialog zum AJ 2024 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- Gesonderte Ergebnisse und Darstellungen
- Ausblick

Landesverfahren - Verzeichnis

Verzeichnis der Landesverfahren		Details auf Seite
	MRE-Projekt Hessen (MRE_HE)	16
	Schlaganfall - Akutbehandlung (SA_HE)	28
	Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation (SA_FRUEHREHA_HE)	37

2.1 MRE-Projekt

Fachausschuss (Stand: 31.12.2024)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. F. Günther	Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Hartwich	Asklepios Schlossbergklinik, Bad König	Krankenhäuser
Herr Dr. J.-H. Hellmann	Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. B. Luther	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau Dr. B. Sticher	BDH-Klinik Braunfels	Krankenhäuser
Herr Dr. G.-C. Zinn	Zentrum für Hygiene- und Infektionsprävention, Ingelheim	Krankenhäuser

Expert*innengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2024)

Mitglied	Institution
Frau Dr. B. Bornheim	Main-Taunus-Kreis Gesundheitsamt Hofheim
Herr Dr. B. Bornhofen	Stadtgesundheitsamt Stadt Offenbach am Main
Herr Prof. Dr. S. Gramminger	Hessische Krankenhausgesellschaft
Frau C. Grün	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Frau S. Schaefer	AOK Hessen
Frau S. Strodt	BKK Landesverband Süd
Frau Dr. C. Winten	Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
29	24.04.2024
30	29.08.2024
31	29.08.2024
32	09.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Termin Sitzung des Expertengremiums

Sitzung Nr.	Datum
11	09.10.2024

Einleitung

Seit 2016 hat sich das MRE-Projekt Hessen als Landesverfahren in der externen datengestützten Qualitätssicherung stetig weiterentwickelt und leistet einen Beitrag zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch multiresistente Erreger in den hessischen Kliniken. Träger des Verfahrens sind neben dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) die hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) und die Verbände der Krankenkassen in Hessen.

Auch im hoch entwickelten Gesundheitssystem in Deutschland stellen nosokomiale Infektionen ein relevantes Patientenrisiko dar. Im europäischen Vergleich stehen die nosokomialen Infektionen als „schleichende Pandemie“ hinter SARS-CoV-2-Infektionen mit geringem Abstand auf Platz 2 der Liste der tödlichsten Infektionskrankheiten (Deutsches Ärzteblatt 2022). Die Dynamik der Resistenzentwicklungen stellt hierbei die klinische Hygiene und den Infektionsschutz vor zusätzliche, immer neue Herausforderungen.

Das Verfahren beleuchtet Erreger aus zwei Keimspektren. Zum einen den *Staphylococcus aureus* mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin, zum anderen zwei ausgewählte Keime der gramnegativen Erreger mit Multiresistenz 4MRGN.

Die Dokumentation von Krankenhausfällen mit folgenden Erregern ist von allen hessischen Kliniken inklusive psychiatrischer und psychosomatischer Fachkliniken verpflichtend durchzuführen.

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

Der bereits in den Vorjahren berichtete Trend zu den Fallzahlentwicklungen setzt sich auch im Erfassungsjahr 2023 in beiden beleuchteten Keimspektren fort. Die Zahl der gemeldeten MRSA-Fälle nimmt nach kontinuierlichem Rückgang um ca. 44 % von Erfassungsjahr 2017 - 2023 in 2024 erstmals wieder leicht zu. Im Gegensatz dazu lässt sich bei den Keimen aus dem 4MRGN-Bereich ein steigender Trend beobachten. Die Fallzahl liegt im EJ 2024 bei 336 gemeldeten Fällen (siehe hierzu die Abb. 2.1.1 und 2.1.2).

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Verfahren werden wie in den Vorjahren insgesamt sieben Qualitätsindikatoren berechnet. Vier der Indikatoren beziehen sich auf die Prozessqualität und bewerten die Ergebnisse zur Isolierung besiedelter oder infizierter Patient*innen, zur durchgeführten Dekolonisierung von MRSA-besiedelten Patient*innen und den Informationsaustausch mit weiterbehandelnden Stellen des Gesundheitswesens. Hierzu erhalten alle teilnehmenden Kliniken quartalsweise Auswertungen. Drei weitere Indikatoren werden jährlich zur Inzidenz des im Verfahren abgebildeten Keimspektrums berechnet. Als Berechnungsbasis melden die Leistungserbringer*innen jährlich die Belegungstage ihrer Klinikstandorte an die LAGQH. Als ergänzende Information werden in den Quartalsauswertungen die absoluten Fallzahlen zu diesen Indikatoren abgebildet.

Die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2023 und 2024 zu den beschriebenen Indikatoren sind den Abbildungen 2.1.3, 2.1.4 und 2.1.5 zu entnehmen. In allen Indikatoren erzielen die teilnehmenden hessischen Kliniken weiterhin sehr gute Ergebnisse .

Ergänzend zu den dargestellten Ergebnissen der Qualitätsindikatoren hat die LAGQH auf Grundlage der Daten des EJ 2023 erneut eine Sonderauswertung der Inzidenzindikatoren nach Versorgungsgebieten erstellt. Diese zeigt zum einen die Inzidenzverteilung nach Krankenhausstandort in Hessen. Darüber hinaus enthält sie zum anderen Angaben zur Fallzahl pro Wohnort der betreffenden Patient*innen. Die detaillierten Ergebnisse stellen die Abbildungen 2.1.6 und 2.1.7 dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024		Erfassungsjahr 2023	
	MRSA	4MRGN	MRSA	4MRGN
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	117	71	105	65
Fallzahlen (IST)	3.692	336	3.439	262
Vollständigkeit	99,8 %		100,0 %	

Tab. 2.1.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2023/2024)

Fallzahlentwicklung MRSA (ICD-Kode: U80.00!)



Abb. 2.1.1 Fallzahlentwicklung MRSA (ICD-Kode U.80!)

Fallzahlentwicklung 4MRGN (ICD-Kodes: U81.41!/U81.51!)

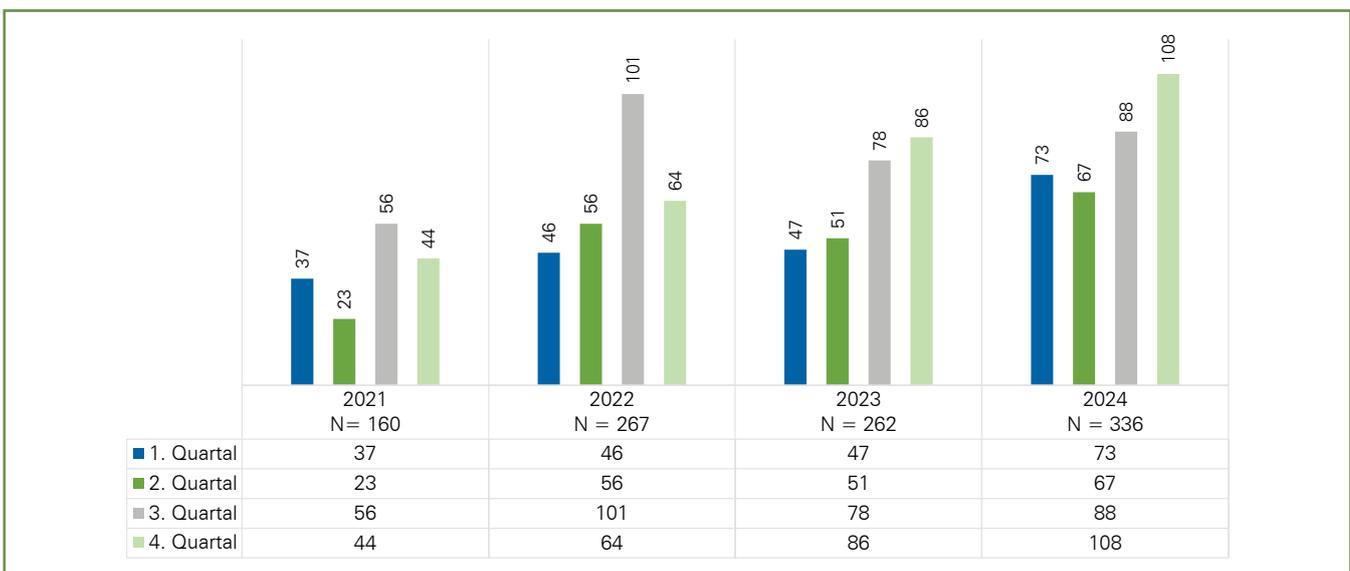


Abb. 2.1.2 Fallzahlen 4MRGN (ICD-Kodes: U81.41!/U81.51!)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024 (EJ 2023)

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen	
Kennzahlen 1, 1a, 1b und 1c: Inzidenz-Indikatoren zu MRSA							
1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 100
		Q3/2024					Fälle 80
		Q2/2024					Fälle 97
		Q1/2024					Fälle 85
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,10	Hessen: 0,05	Ergebnis 0,05	Intervall [0,04 ; 0,05]
1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 26
		Q3/2024					Fälle 29
		Q2/2024					Fälle 25
		Q1/2024					Fälle 30
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,03	Hessen: 0,01	Ergebnis 0,01	Intervall [0,01 ; 0,02]
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 24
		Q3/2024					Fälle 19
		Q2/2024					Fälle 19
		Q1/2024					Fälle 19
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01	Ergebnis 0,01	Intervall [0,01 ; 0,01]
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 13
		Q3/2024					Fälle 9
		Q2/2024					Fälle 9
		Q1/2024					Fälle 8
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01	Ergebnis 0,01	Intervall [0 ; 0,01]

Abb. 2.1.3 Übersichtstabelle Hessen gesamt

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024 (EJ 2023)

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen		
Kennzahlen 2, 3a und 3b: 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	Q4/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 95,00 %	Hessen: 96,86 %	Ergebnis: 96,86 %	Intervall: [94,46 ; 98,24]	Fälle: 339 / 350
		Q3/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 95,00 %	Hessen: 96,57 %	Ergebnis: 96,57 %	Intervall: [94,1 ; 98,03]	Fälle: 338 / 350
		Q2/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 95,00 %	Hessen: 97,01 %	Ergebnis: 97,01 %	Intervall: [94,73 ; 98,32]	Fälle: 357 / 368
		Q1/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 95,00 %	Hessen: 95,82 %	Ergebnis: 95,82 %	Intervall: [92,98 ; 97,54]	Fälle: 298 / 311
		Jahr 2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 95,00 %	Hessen: 96,59 %	Ergebnis: 96,59 %	Intervall: [95,5 ; 97,43]	Fälle: 1.332 / 1.379
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Q4/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:			Fälle
		Q3/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:			Fälle
		Q2/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:			Fälle
		Q1/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:			Fälle
		Jahr 2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9			Fälle 9
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Q4/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 5			Fälle 5
		Q3/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 4			Fälle 4
		Q2/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 11			Fälle 11
		Q1/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 5			Fälle 5
		Jahr 2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 25			Fälle 25
Kennzahlen 4 und 6: Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)								
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Q4/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 94,70 %	Ergebnis: 94,70 %	Intervall: [93,04 ; 95,98]	Fälle: 857 / 905
		Q3/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,66 %	Ergebnis: 95,66 %	Intervall: [94,2 ; 96,76]	Fälle: 947 / 990
		Q2/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,90 %	Ergebnis: 95,90 %	Intervall: [94,42 ; 97]	Fälle: 889 / 927
		Q1/2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,22 %	Ergebnis: 95,22 %	Intervall: [93,6 ; 96,45]	Fälle: 837 / 879
		Jahr 2024	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,38 %	Ergebnis: 95,38 %	Intervall: [94,65 ; 96,01]	Fälle: 362 / 7.657.545
6	Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist.	Q4/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 6			Fälle 6
		Q3/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 8			Fälle 8
		Q2/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 4			Fälle 4
		Q1/2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 4			Fälle 4
		Jahr 2024		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 22			Fälle 22

Abb. 2.1.4 Übersichtstabelle Hessen gesamt

* Datenschutz

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024 (EJ 2023)

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen	
Kennzahlen 5, 5a, 5b und 5c: Inzidenz-Indikatoren zu 4MRGN							
5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 28
		Q3/2024					Fälle 23
		Q2/2024					Fälle 17
		Q1/2024					Fälle 19
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,01		Ergebnis 0,01
5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle 12
		Q3/2024					Fälle 6
		Q2/2024					Fälle 10
		Q1/2024					Fälle 7
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle
		Q3/2024					Fälle
		Q2/2024					Fälle
		Q1/2024					Fälle
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2024					Fälle
		Q3/2024					Fälle
		Q2/2024					Fälle
		Q1/2024					Fälle
		Jahr 2024	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00

Abb. 2.1.5 Übersichtstabelle Hessen gesamt

* Datenschutz

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet

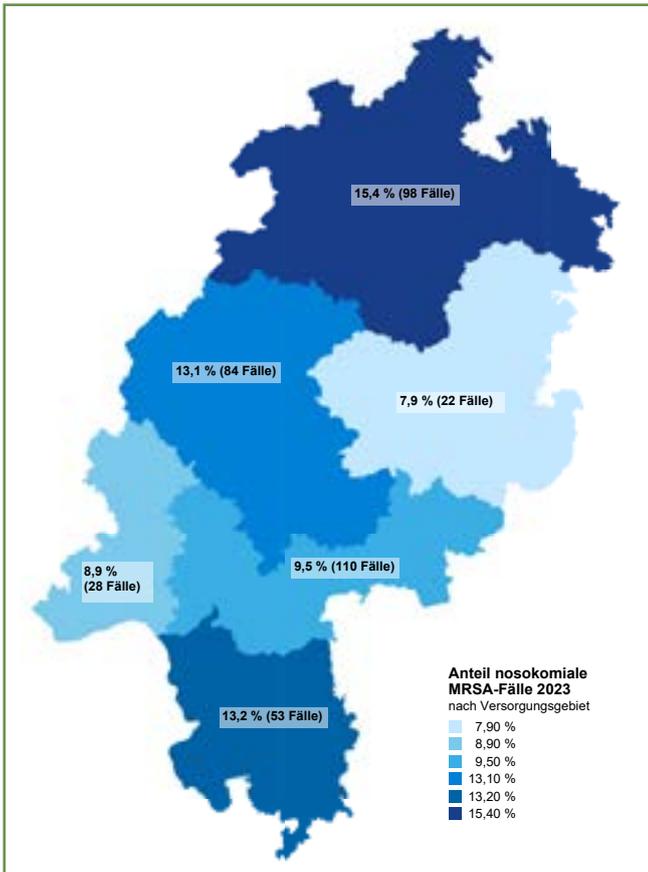


Abb. 2.1.6 Hessenkarte nosokomiale MRSA-Fälle

Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen¹ nach Versorgungsgebiet

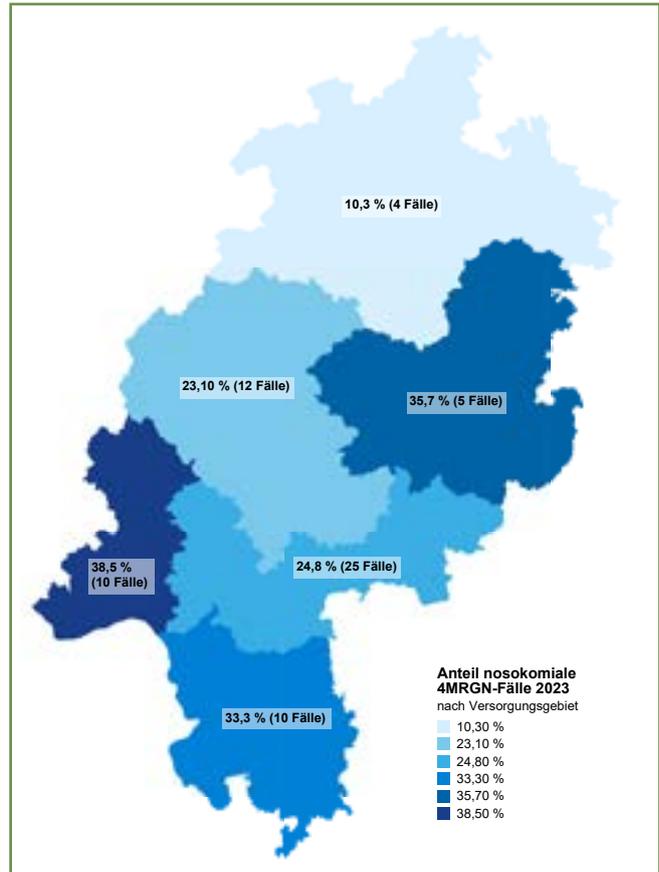


Abb. 2.1.7 Hessenkarte nosokomiale 4MRGN-Fälle

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

Qualitätsindikatoren	Jahr	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
2: Dekolonisierung	2023 (%)	93,9	90,7	95,4	92,1	96,4	93,6	93,9
	2022 (%)	88,9	88,9	92,2	92,3	94,9	97,7	93,8
	2021 (%)	89,0	89,0	95,4	87,8	92,1	97,5	93,8
3a: Isolierung (bei Aufnahme bekannt)	2023 (N) ²	≤3*	0	≤3*	≤3*	≤3*	5	*
	2022 (N) ²	0	≤3*	5	≤3*	0	≤3*	*
	2021 (N) ²	0	0	0	≤3*	0	0	≤3*
3b: Isolierung (im Screening)	2023 (N) ²	≤3*	0	6	6	4	4	*
	2022 (N) ²	0	≤3*	7	10	4	6	*
	2021(N) ²	0	≤3*	5	8	5	11	*
4: Weiterbehandelnde Ärzt*innen informiert	2023 (%)	97,8	98	96,5	97	94,2	94,3	96,3
	2022 (%)	96,2	94,5	95,5	95,8	95,4	95,9	95,6
	2021 (%)	96,7	96,4	96,6	96,4	94,8	95,7	96,2

Tab. 2.1.2 Prozessindikatoren

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

² Änderung in Sentinel-Event-Indikator

* Datenschutz

Nosokomiale MRSA	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Versorgungsgebiet, nach Wohnort (WO)							
2023 (WO)	8,9 (10,0)	13,2 (11,5)	9,5 (9,2)	13,1 (12,5)	7,9 (8,7)	15,4 (12,5)	11,5 (10,7)
2022 (WO)	9,0 (7,8)	12,7 (11,7)	9,0 (9,9)	8,3 (7,6)	6,6 (5,8)	10,6 (7,7)	9,4 (8,7)
2021 (WO)	10,4 (8,9)	8,0 (6,4)	8,7 (10,4)	14,1 (13,0)	5,2 (6,0)	11,2 (10,3)	9,9 (9,8)
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2023 (Anzahl Fälle)	0,4 (28)	0,06 (53)	0,04 (110)	0,06 (84)	0,03 (22)	0,08 (98)	0,5 (395)
2022 (Anzahl Fälle)	0,04 (23)	0,07 (52)	0,04 (110)	0,04 (47)	0,04 (20)	0,05 (46)	0,05
2021	0,06	0,04	0,05	0,08	0,04	0,07	0,06

Tab. 2.1.3 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

Nosokomiale 4MRGN ¹ (im Verlauf erworben)	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Versorgungsgebiet, nach Wohnort (WO)							
2023 (WO)	38,5 (31,6)	33,3 (23,3)	24,8 (24,7)	23,1 (20,4)	35,7 (45,5)	10,3 (16,7)	25,2 (24,5)
2022 (WO)	9,5 (21,7)	14,3 (27,8)	29,7 (25,5)	34,2 (37,9)	0 (20,0)	36,8 (52,9)	29,2 (30,4)
2021 (WO)	33,3 (35,7)	29,4 (31,6)	23,0 (30,6)	39,5 (24,3)	14,3 (33,3)	12,5 (16,7)	27,5 (29,1)
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2023 (Anzahl Fälle)	0,013 (10)	0,011 (10)	0,010 (25)	0,009 (12)	00,007 (5)	0,003 (4)	0,009 (66)
2022 (Anzahl Fälle)	0,003 (5)	0,002 (5)	0,014 (25)	0,019 (22)	0,000 ($\leq 3'$)	0,010 (9)	0,01
2021	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01

Tab. 2.1.4 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

Strukturierter Dialog

Einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und der Entwicklung der letzten Jahre seit dem Erfassungsjahr 2021 des MRE-Projektes in Hessen bietet die Abb. 2.1.8.

Im Erfassungsjahr 2023 wurden insgesamt von 78 Klinikstandorten Stellungnahmen aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten über alle dargestellten Qualitätsindikatoren hinweg angefordert.

In 16 der Fälle waren qualitative Mängel ursächlich für die ermittelte rechnerische Auffälligkeit. Dokumentationsmängel konnten in 23 der durchgeführten Strukturierten Dialoge identifiziert werden. In allen Fällen

in 16 der Fälle waren qualitative Mängel ursächlich für die ermittelte rechnerische Auffälligkeit. Dokumentationsmängel konnten in 23 der durchgeführten Strukturierten Dialoge identifiziert werden. In allen Fällen

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	1.+2.Quartal 2021	3.+4. Quartal 2021 AJ 2022	1.+2. Quartal 2022	3.+4. Quartal 2022 AJ 2023	1. + 2. Quartal 2023	3. + 4. Quartal 2023 AJ 2024
QI 1	-	5+2 KG 1 2 2	-	7+2 KG 1 5 1	-	6 2 1 3
QI 1a	-	2 2	-	-	-	2 2
QI 1b	-	-	-	-	-	2 1 1
QI 1c	-	5 1 3	-	-	-	5 2 1 2
QI 2	3 1 2	-	2 1	5 3 2	4 1 3	8+1KG 3 5
QI 3a	2 1 1	2 1 1	2 2	5 1 4	4 2 2	5 1 4
QI 3b	-	11* 1 10	15 2 3 10	9 2 6 1	7 1 2 4	9 4 5
QI 4	4 1 3	1 1	9 7 1 1	7 6 1	6 5 1	8 2 6
QI 5	-	-	-	-	-	-
QI 6	-	10 1 6 3	-	12 4 8	-	11 2 9

* Änderung in Sentinel Event
KG = Kollegiales Gespräch

Qualitätsproblem
Dokumentationsfehler
Unauffällig

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

Abb. 2.1.8 Ergebnisse Strukturierter Dialog

erhielten die Leistungserbringer*innen eine entsprechende Empfehlung zur Einleitung individueller Verbesserungsmaßnahmen durch den Fachausschuss.

Neben dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde mit Vertreter*innen einer Klinik ein Kollegiales Gespräch zur Einleitung qualitätsrelevanter Maßnahmen. Die Klinik war im Indikator 1 „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“ erneut signifikant auffällig. Im Gesprächsverlauf wurden gemeinsame Zielvereinbarungen getroffen, um die zugrunde liegenden Qualitätsmängel zu beseitigen. Bei der Überprüfung des Umsetzungsstandes konnte die Klinik eine umfängliche Bearbeitung der gemeinsam vereinbarten Themen nachweisen.

Ausblick

Im Juni 2024 hat die LAGQH den dritten Zwischenbericht zum MRE-Projekt Hessen erstellt. Dieser enthält alle Ergebnisse und Entwicklungen des Projektes seit dem letzten Zwischenbericht aus dem Jahr 2020. Er dient den teilnehmenden Kliniken und der interessierten Öffentlichkeit als Übersicht und Sachstandsbericht und leistet in dieser Form darüber hinaus selbst bereits einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung bei der Analyse der Prävalenz von Infektionen mit MRE in hessischen Krankenhäusern. Der Bericht ist auf den Internetseiten der LAGQH veröffentlicht (<https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen>).

In Organisation des HMFG konnte im November 2024 erneut eine Informationsveranstaltung zum aktuellen Projektstand und zu den bisherigen Ergebnissen für die hessischen Gesundheitsämter angeboten werden, die auf durchgängig positive Resonanz stieß.

Aufgrund der weiter in den Vordergrund rückenden Bedeutung des 4MRGN-Keimspektrums im MRE-Projekt Hessen hat das Lenkungsgremium der LAGQH auf Empfehlung des zuständigen Expertengremiums ab 2025 eine Erweiterung des QS-Filters beschlossen. Kolonisationen, aber vor allem schwer behandelba-

re Infektionen mit *Escherichia coli* mit Multiresistenz 4MRGN (ICD-Kode U81.40) treten nach der Erfahrung der Fachausschussmitglieder in den letzten Jahren in den Kliniken vermehrt auf, so dass das beleuchtete Keimspektrum der 4MRGN mit Aufnahme dieses Keims eine sinnvolle Ergänzung erfährt.

2.2 Schlaganfall-Projekt

Einleitung Schlaganfallversorgung

Der Schlaganfall gehört nach wie vor zu den schweren Erkrankungen in Deutschland und ist auch eine häufige Todesursache. Außerdem sind mittlere und schwere Behinderungen oft die Folge eines Schlaganfalls.

Die Schlaganfallversorgung hat sich in den letzten 30 Jahren rasant weiterentwickelt. Dies liegt zum einen am flächendeckenden Aufbau von Stroke Units, zum anderen aber auch an einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien im Bereich der Schlaganfallversorgung, welche u. a. die Diagnostik, die Akuttherapie sowie die Sekundärprophylaxe betreffen. Dementsprechend sind sowohl die deutschen als auch die europäischen Leitlinien in einem regelmäßigen Wandel. Die externe Qualitätssicherung dient hierbei als wichtiges Instrument für ein Monitoring der Leitlinien in den schlaganfallbehandelnden Krankenhäusern und ggf. auch zu Interventionen bei systematischen Abweichungen. Darüber hinaus können neue Therapieansätze beobachtet, verfolgt und qualitätsgesichert werden.

Auch stehen die Schnittstellen zwischen der Krankenhausbehandlung und weiterer Versorgungsstrukturen, z. B. zum Rettungsdienst, Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten Versorgung etc., immer mehr im Fokus. Übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen im Rahmen der externen Qualitätssicherung ist, flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Schlaganfallpatient*innen in Hessen zu gewährleisten.

Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

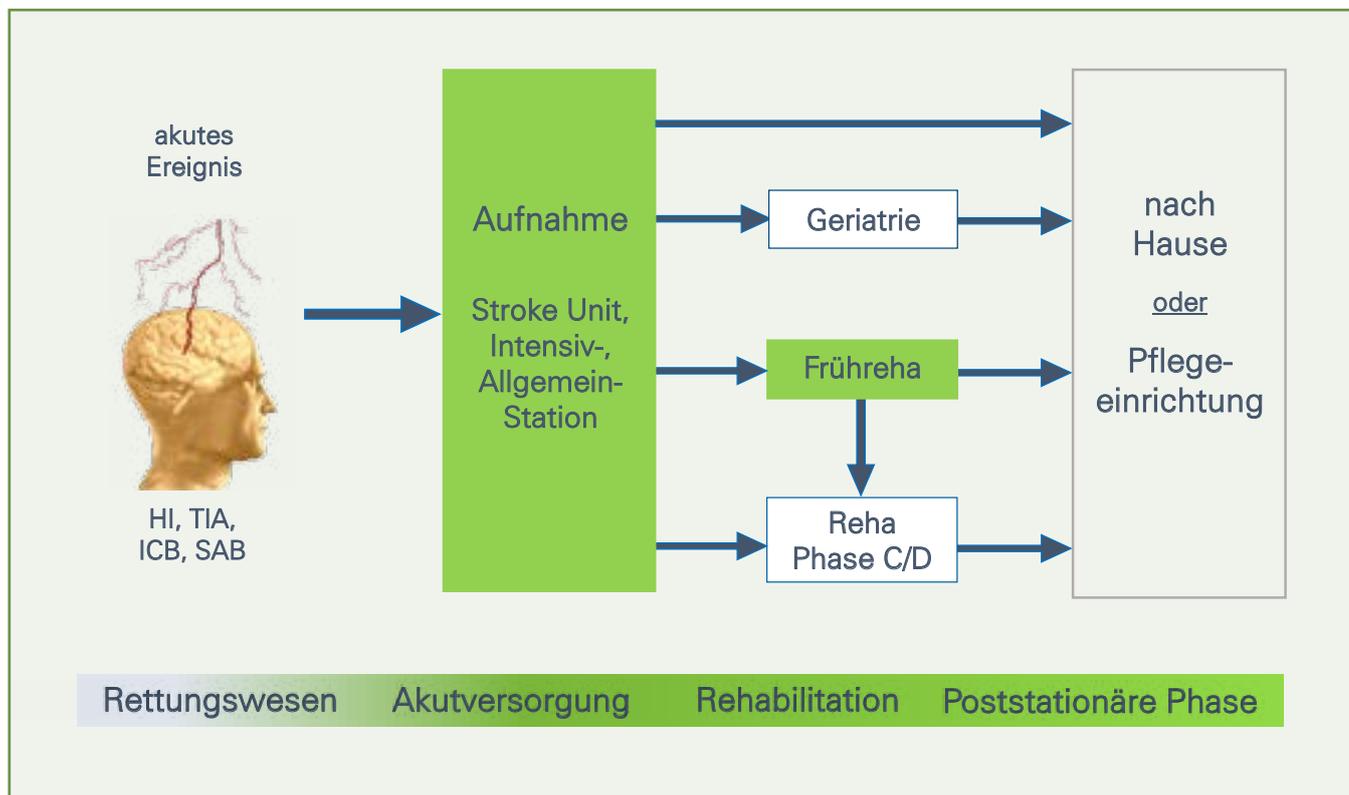


Abb. 2.2.1 Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

Fachausschuss (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
92	25.04.2024
93	18.07.2024
94	28.11.2024

Arbeitsgruppe Frührehabilitation (Stand: 31.12.2024)

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

Termine Arbeitsgruppen-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
9	15.02.2024
10	18.04.2024
11	23.07.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

2.2.1 Akutbehandlung

Fallzahlverteilung 2024

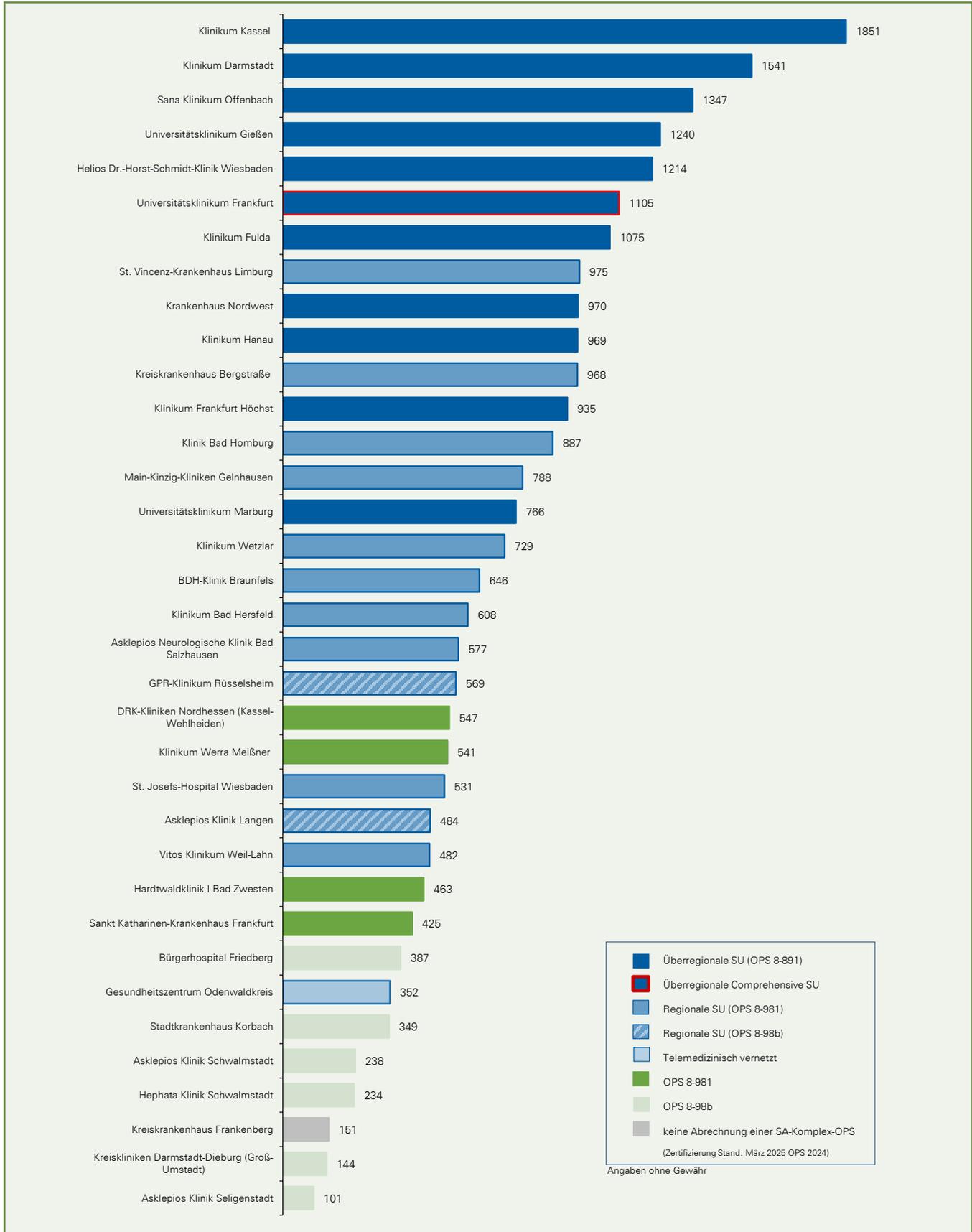


Abb. 2.2.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung 2024 (Darstellung der Kliniken mit Fallzahl ≥ 50)
Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2024 und Entlassungsdatum bis 31.12.2024

Einleitung

Im Jahr 2024 wurden in den hessischen Kliniken knapp 26 Tausend Patient*innen mit einem Schlaganfall als Hauptdiagnose behandelt. Insgesamt 93 % der Fälle sind in die Auswertungen zur Qualitätssicherung eingeflossen, Bei den nicht in die Auswertung einbezogenen Patient*innen handelt es sich zum Großteil um Fälle, bei denen das Ereignis länger als sieben Tage zurücklag. Die ausgewerteten Fälle verteilen sich auf Hirninfarkte (63,7 %), Transitorisch ischämische Attacken (27,6 %), Intrazerebrale Blutungen (6,6 %) und Subarachnoidalblutungen (1,9 %). Gegenüber dem Vorjahr ist die Gesamtfallzahl etwas gestiegen und hat somit wieder den Stand vor der Coronapandemie erreicht. 97 % der Patient*innen wurden in den 34 hessischen Stroke Units (Abrechnungsfähigkeit der Kompletpauschale 8-981, 8-98b) versorgt. Der Range der Fallzahlen lag hierbei zwischen 101 und 1.851 Fällen. Elf Einrichtungen verfügen als überregionale Stroke Unit über eine permanent verfügbare interventionelle Neuroradiologie (Abb. 2.2.1.1).

Die Tabelle 2.2.1.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar. Für das Erfassungsjahr 2024 konnte erstmalig auf Grund der im QS-Filter definierten Zählleistungsbereiche differenziert für die Gruppen HI/TIA, ICB und SAB die Vollständigkeit der Erfassung ausgewertet werden.

Stroke Units in Hessen

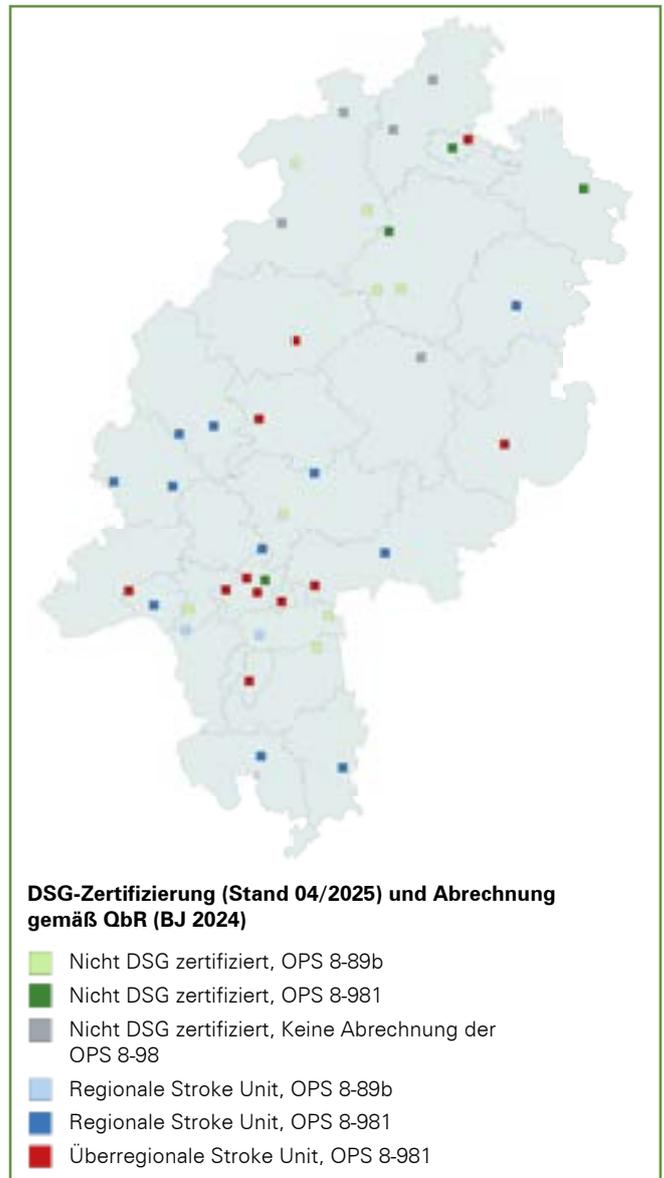


Abb. 2.2.1.2 Stroke Units

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024				Erfassungsjahr 2023			
	HI / TIA	ICB	SAB	Gesamt	HI / TIA	ICB	SAB	Gesamt
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	98	73	52	103	68	54	89	105
Fallzahlen	21.965	1.595	451	24.011	21.680	1.618	381	23.679
Minimaldatensätze (MDS)	1.515	283	87	1.885	1.362	277	71	1.710
Summe (inkl. MDS)	23.480	1.878	538	25.896	23.042	1.895	452	25.389
Vollständigkeit	100,6 %	100,7 %	98,6 %	100,5 %	n. a.	n. a.	n. a.	101,0 %

Tab. 2.2.1.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2023/2024)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024/2025 (EJ 2023/2024) - Hirninfarkt und TIA

Qualitätsindikatoren					
QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt AJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt AJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 97,33%	96,74% [96,46 - 97,01] 15512 / 16034 Fälle	97,33% [97,07 - 97,57] 15514 / 15939 Fälle	
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <= 6 h)	Ziel: >= 83,9% Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 78,41%	78,66% [77,63 - 79,65] 4949 / 6292 Fälle	78,41% [77,36 - 79,43] 4744 / 6050 Fälle	
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS >= 6)	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 93,75%	94,45% [93,47 - 95,29] 2297 / 2432 Fälle	93,75% [92,68 - 94,68] 2131 / 2273 Fälle	
28b-001	Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters	Ziel: >= 97,7% Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 80,19%	80,22% [75,82 - 83,99] 292 / 364 Fälle	80,19% [75,42 - 84,23] 251 / 313 Fälle	
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 94,69%	93,73% [93,38 - 94,07] 17849 / 19043 Fälle	94,69% [94,36 - 95,00] 17722 / 18716 Fälle	
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 97,15%	97,81% [97,55 - 98,05] 13280 / 13577 Fälle	97,15% [96,85 - 97,42] 12814 / 13190 Fälle	
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,16%	96,00% [95,68 - 96,30] 14570 / 15177 Fälle	96,16% [95,84 - 96,46] 14007 / 14566 Fälle	
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 79,10%	83,73% [82,13 - 85,20] 1852 / 2212 Fälle	79,10% [77,33 - 80,76] 1707 / 2158 Fälle	
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (<= 75 min nach Bildgebung)	Ziel: >= 84% Auffälligkeit: < 50% Ø in Hessen: 70,74%	62,94% [58,07 - 67,57] 248 / 394 Fälle	70,74% [66,29 - 74,82] 307 / 434 Fälle	
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme <= 6 h)	Ziel: >= 90,4% Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 81,07%	79,51% [77,30 - 81,55] 1102 / 1386 Fälle	81,07% [78,81 - 83,15] 1011 / 1247 Fälle	
23b-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss, Zeitfenster > 6-24 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 40% Ø in Hessen: 56,52%	60,82% [55,73 - 65,69] 222 / 365 Fälle	56,52% [51,06 - 61,83] 182 / 322 Fälle	
16d-001	Door-to-needle-time <= 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: >= 90% Auffälligkeit: < 82,9% Ø in Hessen: 91,24%	90,18% [88,78 - 91,42] 1763 / 1955 Fälle	91,24% [89,85 - 92,46] 1646 / 1804 Fälle	
25b-001	Door-to-puncture-time <= 90 min (Direct to Center)	Ziel: >= 66,1% Auffälligkeit: < 50% Ø in Hessen: 60,80%	56,34% [53,26 - 59,37] 569 / 1010 Fälle	60,80% [57,74 - 63,77] 611 / 1005 Fälle	
25c-001	Door-to-puncture-time <= 90 min (Drip and Ship)	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 88,94%	89,51% [86,40 - 91,97] 418 / 467 Fälle	88,94% [85,53 - 91,63] 362 / 407 Fälle	
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: >= 90% Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 89,52%	87,49% [85,72 - 89,07] 1308 / 1495 Fälle	89,52% [87,81 - 91,01] 1264 / 1412 Fälle	
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung <= 3)	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 88,91%	91,56% [88,96 - 93,60] 510 / 557 Fälle	88,91% [85,87 - 91,36] 449 / 505 Fälle	
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin >= 3 oder BI <= 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 98,31%	98,60% [98,28 - 98,86] 6126 / 6213 Fälle	98,31% [97,95 - 98,60] 5863 / 5964 Fälle	
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 97,01%	97,51% [97,13 - 97,84] 7086 / 7267 Fälle	97,01% [96,58 - 97,38] 6712 / 6919 Fälle	
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung <= 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,08%	95,62% [94,85 - 96,28] 2992 / 3129 Fälle	95,08% [94,25 - 95,79] 2896 / 3046 Fälle	
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,40%	96,71% [96,45 - 96,95] 19132 / 19783 Fälle	96,40% [96,13 - 96,65] 19002 / 19712 Fälle	
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: >= 92,2% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 83,95%	84,39% [83,33 - 85,40] 3980 / 4716 Fälle	83,95% [82,85 - 84,99] 3791 / 4516 Fälle	
28a-001	Mismatch-Diagnostik bei Wake-Up Stroke	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 55,94%	58,67% [55,90 - 61,39] 724 / 1234 Fälle	55,94% [53,16 - 58,69] 692 / 1237 Fälle	

Abb. 2.2.1.3 Qualitätsindikatoren Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024/2025 (EJ 2023/2024) - Hirninfarkt und TIA

Qualitätsindikatoren

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt AJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt AJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
28c-001	Mismatch-Diagnostik bei IAT außerhalb des Zeitfensters	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 69,21%	66,44% [61,91 - 70,69] 293 / 441 Fälle	69,21% [64,63 - 73,44] 290 / 419 Fälle
14a-001	Thrombolyse (Alter <=80, NIHSS 4-25)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 81,74%	85,07% [83,07 - 86,87] 1151 / 1353 Fälle	81,74% [79,59 - 83,72] 1097 / 1342 Fälle
14b-001	Thrombolyse (im Zeitfenster <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 54,91%	58,38% [56,90 - 59,85] 2511 / 4301 Fälle	54,91% [53,40 - 56,40] 2328 / 4240 Fälle
23c-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 73,82%	72,68% [70,80 - 74,48] 1636 / 2251 Fälle	73,82% [71,92 - 75,64] 1582 / 2143 Fälle
16a-002	Door-to-needle-time <= 60 min (Alter <= 80, NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 92,67%	92,77% [91,15 - 94,12] 1091 / 1176 Fälle	92,67% [91,01 - 94,04] 1062 / 1146 Fälle
16c-002	Door-to-needle-time <= 60 min (erweiterte Indikation)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 82,55%	82,97% [81,25 - 84,56] 1642 / 1979 Fälle	82,55% [80,74 - 84,23] 1500 / 1817 Fälle
16b-002	Door-to-needle-time <= 30 min (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 54,45%	53,49% [50,63 - 56,32] 629 / 1176 Fälle	54,45% [51,56 - 57,31] 624 / 1146 Fälle
25a-001	Door-to-puncture-time <= 90 min	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 68,91%	66,82% [64,38 - 69,18] 987 / 1477 Fälle	68,91% [66,45 - 71,27] 973 / 1412 Fälle
25d-001	Door-to-puncture-time <= 60 Minuten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 30,88%	31,48% [29,16 - 33,90] 465 / 1477 Fälle	30,88% [28,52 - 33,34] 436 / 1412 Fälle
11-004	Pneumonie bei Patient*innen mit Hirninfarkt	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,45%	4,98% [4,64 - 5,34] 743 / 14922 Fälle	4,45% [4,13 - 4,80] 642 / 14422 Fälle
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 11,00%	12,06% [11,10 - 13,08] 502 / 4164 Fälle	11,00% [10,06 - 12,01] 436 / 3965 Fälle
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolyse	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 8,21%	8,45% [7,56 - 9,44] 284 / 3360 Fälle	8,21% [7,31 - 9,21] 263 / 3203 Fälle
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 20,47%	23,49% [21,44 - 25,67] 362 / 1541 Fälle	20,47% [18,48 - 22,61] 299 / 1461 Fälle
10a-004	Todesfälle bei Patient*innen mit Hirninfarkt	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,67%	4,60% [4,26 - 4,97] 621 / 13493 Fälle	4,67% [4,32 - 5,05] 604 / 12926 Fälle
10b-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Patient*innen mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,64%	0,68% [0,55 - 0,84] 84 / 12418 Fälle	0,64% [0,52 - 0,81] 77 / 11940 Fälle

Abb. 2.2.1.4 Kennzahlen Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024/2025 (EJ 2023/2024) - Intrazerebrale Blutung

Qualitätsindikatoren				
QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt AJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt AJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
i13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h)	Ziel: >= 87,5% Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 81,72%	79,01% [76,11 - 81,65] 655 / 829 Fälle	81,72% [78,85 - 84,28] 635 / 777 Fälle
i12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,55%	96,40% [94,69 - 97,57] 642 / 666 Fälle	96,55% [94,96 - 97,65] 700 / 725 Fälle
i15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,84%	95,99% [94,57 - 97,05] 934 / 973 Fälle	95,84% [94,37 - 96,94] 899 / 938 Fälle
i02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 98,09%	98,99% [97,44 - 99,61] 393 / 397 Fälle	98,09% [96,42 - 98,99] 463 / 472 Fälle
i03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,07%	94,07% [91,10 - 96,09] 333 / 354 Fälle	96,07% [93,71 - 97,57] 391 / 407 Fälle
i19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 93,67%	93,30% [90,60 - 95,27] 418 / 448 Fälle	93,67% [90,82 - 95,68] 370 / 395 Fälle
i11-004	Pneumonie als Komplikation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 13,21%	13,70% [12,09 - 15,48] 216 / 1577 Fälle	13,21% [11,56 - 15,05] 191 / 1446 Fälle
i10a-004	Todesfälle	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 19,66%	22,20% [20,13 - 24,42] 319 / 1437 Fälle	19,66% [17,57 - 21,92] 251 / 1277 Fälle
i10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 3,00%	4,48% [3,39 - 5,91] 47 / 1049 Fälle	3,00% [2,10 - 4,27] 29 / 967 Fälle
i30a-001	Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 90,00%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	90,00% [69,90 - 97,21] 18 / 20 Fälle
i30b-001	Antagonisierung von Thrombinhemmer	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 16,67%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	16,67% [3,01 - 56,35] 1 / 6 Fälle
i30c-001	Antagonisierung von Faktor Xa Inhibitoren	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 29,52%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	29,52% [23,77 - 36,02] 62 / 210 Fälle
i30d-001	Antagonisierung von Oralen Antikoagulantien	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 61,51%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	61,51% [55,37 - 67,30] 155 / 252 Fälle
i32a-001	Blutdrucksenkende Therapie innerh. 1h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 91,46%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	91,46% [89,52 - 93,08] 868 / 949 Fälle
i32b-001	erfolgreiche blutdrucksenkende Therapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 81,22%	QI Berechnung nicht möglich in 2023	81,22% [78,49 - 83,68] 705 / 868 Fälle

Abb. 2.2.1.5 Qualitätsindikatoren Intrazerebrale Blutungen

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2024/2025 (EJ 2023/2024) - Subarachnoidalblutung

Qualitätsindikatoren

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt AJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt AJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
s13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60% Ø in Hessen: 64,02%	57,76% [50,04 - 65,13] 93 / 161 Fälle	64,02% [56,96 - 70,52] 121 / 189 Fälle	
s13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 85,11%	88,82% [83,02 - 92,81] 143 / 161 Fälle	85,11% [79,32 - 89,49] 160 / 188 Fälle	
s12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 88,75%	83,44% [76,70 - 88,53] 126 / 151 Fälle	88,75% [82,92 - 92,76] 142 / 160 Fälle	
s15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 94,59%	99,11% [96,80 - 99,75] 222 / 224 Fälle	94,59% [90,79 - 96,88] 210 / 222 Fälle	
s19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 95,00%	90,14% [81,02 - 95,14] 64 / 71 Fälle	95,00% [86,30 - 98,29] 57 / 60 Fälle	
s40a-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 84,8% Ø in Hessen: 88,30%	89,44% [83,74 - 93,30] 144 / 161 Fälle	88,30% [82,63 - 92,30] 151 / 171 Fälle	
s40b-001	Möglichst frühzeitige Intervention	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 91,53%	87,29% [81,65 - 91,38] 158 / 181 Fälle	91,53% [86,49 - 94,80] 162 / 177 Fälle	
s02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 82,35%	83,33% [55,20 - 95,30] 10 / 12 Fälle	82,35% [58,97 - 93,81] 14 / 17 Fälle	
s03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 63,16%	82,35% [58,97 - 93,81] 14 / 17 Fälle	63,16% [41,04 - 80,85] 12 / 19 Fälle	
s11-004	Pneumonie als Komplikation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 18,87%	20,95% [17,05 - 25,46] 75 / 358 Fälle	18,87% [15,21 - 23,16] 70 / 371 Fälle	
s10a-004	Todesfälle	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 16,34%	12,32% [9,24 - 16,23] 42 / 341 Fälle	16,34% [12,86 - 20,54] 58 / 355 Fälle	
s10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 5,17%	3,89% [2,18 - 6,82] 11 / 283 Fälle	5,17% [3,16 - 8,36] 15 / 290 Fälle	

Abb. 2.2.1.6 Qualitätsindikatoren Subarachnoidalblutungen

Strukturierter Dialog

Qualitätsindikator	HI / TIA	ICB	SAB	Bewertung
03-004 Rehabilitation - Logopädie	0	1	0	U
12-004 Screening für Schluckstörungen	1	0	3	3x A, 1x U
15-003 Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	1	0	0	A
19-002 Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen (Rankin 2 - 5 bei Entlassung)	2	0	0	D, U
40-001 Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	0	0	1	D
Summe	4	1	4	3 x U, 4 x A 2 x D

U = Qualitativ Unauffällig, A = Qualitativ Auffällig, D = Dokumentationsfehler

Tab. 2.2.1.2 Strukturierter Dialog Auswertungsjahr 2024

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Insgesamt 21 Qualitätsindikatoren (Abb. 2.2.1.3) sowie 16 Kennzahlen (Abb. 2.2.1.4) umfasst die Auswertung zu den Hirninfarkten (HI) und Transitorisch Ischämische Attacken (TIA). Für die Intrazerebralen Blutungen (ICB) und die Subarachnoidalblutungen (SAB) wurden jeweils sechs bzw. sieben Qualitätsindikatoren sowie neun bzw. fünf Kennzahlen ausgewertet (Abb. 2.2.1.5 und 2.2.1.6)

Die eingesetzten Qualitätsindikatoren basieren in der Regel auf den S3-Leitlinien zur Schlaganfallbehandlung bzw. den S2-Leitlinien der Akuttherapie des Schlaganfalls. Sie können den Bereichen Diagnostik, Akuttherapie, Sekundärprophylaxe sowie Rehabilitation zugeordnet werden. Besonders relevant sind hierbei Indikatoren, die zeitkritische Prozesse, wie z. B. Zeit von der Aufnahme bis zur Bildgebung bzw. zur Thrombolyse abbilden – „time is brain“! Bei den ICBs und SABs sind unabhängig davon noch spezifische Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gültig. Insgesamt zeigen sich bei den Qualitätsindikatoren gegenüber dem Vorjahr stabile Ergebnisse für Hessen. Auffällig bei den Ergebnissen zu HI/TIA (Abb. 2.2.1.3) ist die gestiegene Zahl der Thrombektomien (QI-ID 23a) und im Kontext dazu die gesunkene Zahl der Thrombolyse (QI-ID 14d). Erstmals wurde auch die Indikation zur Thrombektomie außerhalb des Zeitfensters als Qualitätsindikator definiert (QI-ID 23b). Erfreulich ist die deutliche Verbesserung des Ergebnisses bei dem Qualitätsindikator „Frühzeitige Verlegung zur intraarte-

riellen Therapie“ (QI-ID 26). Bei den ICBs (Abb. 2.2.1.5) wurden neue Kennzahlen für die Antagonisierung (QI-ID I30a-d) und die blutdrucksenkende Therapie (QI-ID 32a-b) eingeführt. Bei der SAB-Versorgung (Abb. 2.2.1.6) fällt, trotz Verbesserung, nach wie vor die insgesamt noch zu niedrige Rate beim Screening für Schluckstörungen auf. Für die Intervention bei Aneurysmen wurde ein QI zur möglichst zeitnahen operativen bzw. interventionellen Versorgung eingeführt.

Für die meisten Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen einer Konsensfindung der Arbeitsgruppe Deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) bundesweit gültige Referenzbereiche definiert, ansonsten sind diese von dem hessischen Fachausschuss festgelegt worden. Mit Hilfe der Referenzbereiche sollen die Krankenhäuser mögliche Qualitätsdefizite erkennen und ggf. Maßnahmen einleiten. Gleichzeitig dienen sie auch als der Auslöser für einen Strukturierten Dialog.

Strukturierter Dialog

Auf Empfehlung des Fachausschusses wurde auf Basis der Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 mit acht Krankenhäusern zu neun rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren ein Strukturierter Dialog durchgeführt. Schwerpunkt waren hierbei die Prozessindikato-

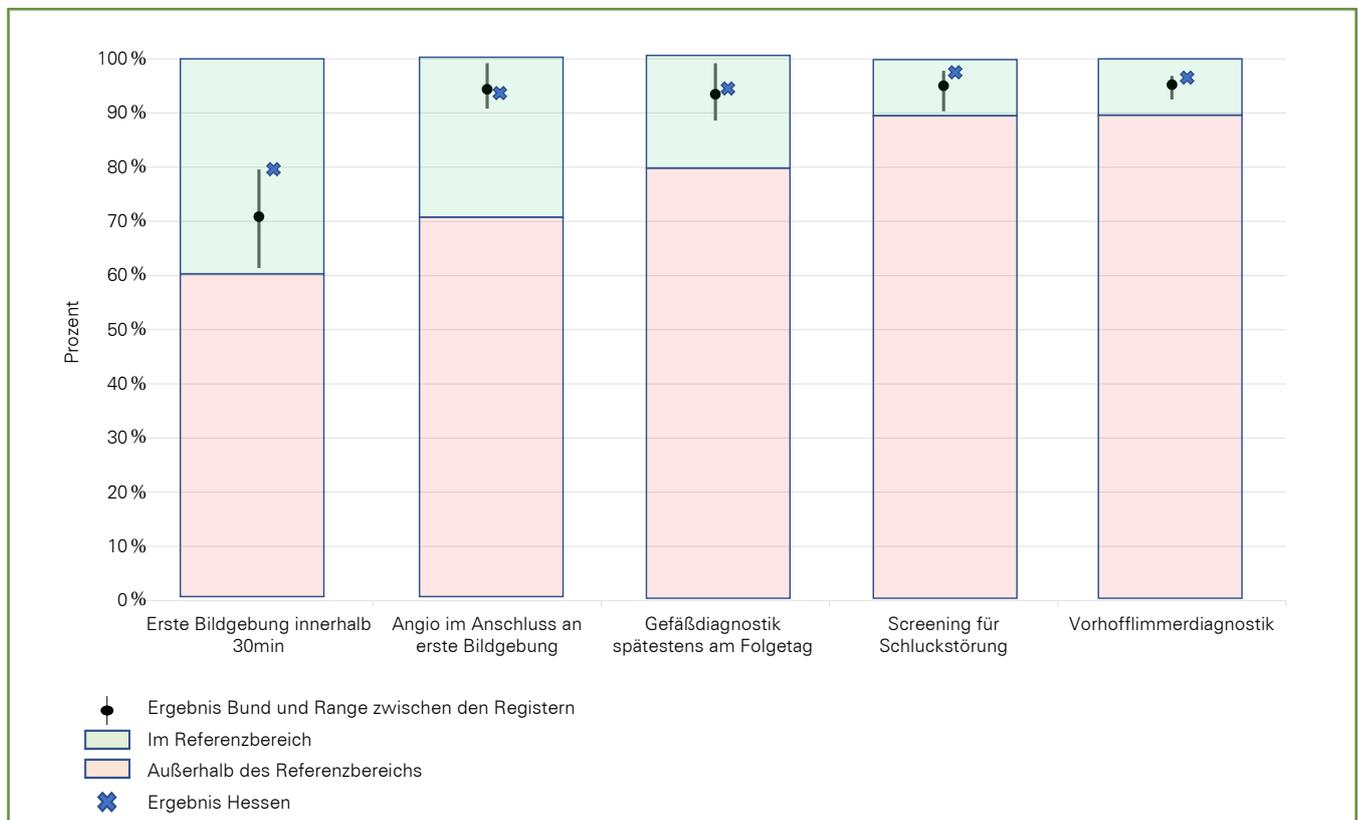
ren zum Screening für Schluckstörungen (siehe Tab. 2.2.1.2). Knapp die Hälfte der Kliniken wurde qualitativ auffällig bewertet, in drei Stellungnahmen konnte das Ergebnis durch besondere Fälle erklärt werden und bei zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen waren Dokumentationsfehler die Ursache.

Bundesweite QI-Ergebnisse EJ 2023 im Vergleich mit Hessen und Ausblick

Die Rechenregeln der ADSR werden (mehr oder weniger) gleich von allen teilnehmenden Registern umgesetzt. Im Rahmen einer Abfrage der QI-Ergebnisse bei allen Mitgliedern konnten die bundesweiten Ergebnisse (inkl. Range) zum Erfassungsjahr 2023 im Kontext zu den aktuell definierten Referenzbereichen dargestellt werden. Bis auf den QI Door-to-Lysezeit liegt der Bundesdurchschnitt pro QI innerhalb des Referenzbereichs. Der Range zwischen den Registern ist,

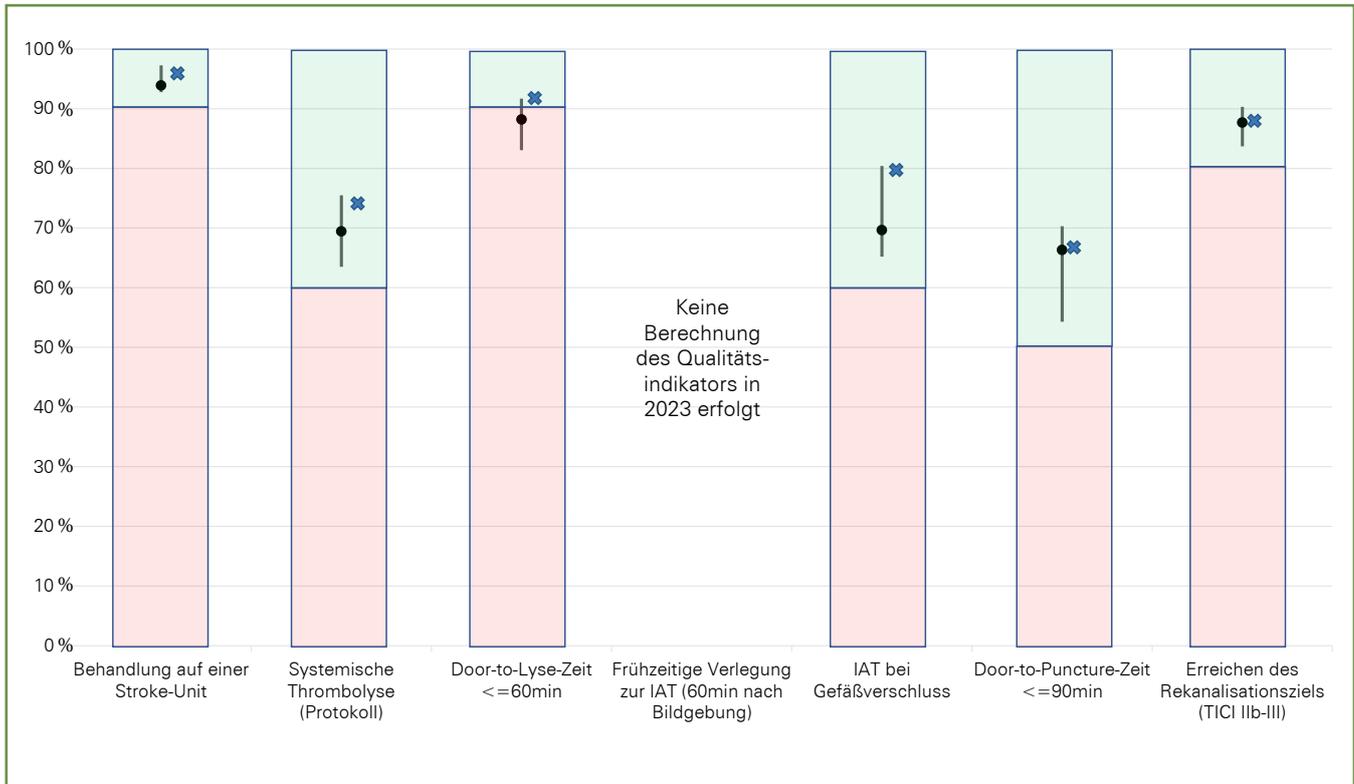
abhängig vom Qualitätsindikator, unterschiedlich. Erfreulicherweise zeigt sich für Hessen bei den meisten Qualitätsindikatoren ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis. Besonders deutlich ist dies bei den Qualitätsindikatoren zu den zeitkritischen Prozessen (frühzeitige Bildgebung bzw. Door-to-Lyse-Zeit) ersichtlich, aber auch bei der Indikation zur IAT bzw. zur Karotisrevascularisierung sowie zur Entlassung in die Rehabilitation. Auf Grund der Deckeneffekte bei mutmaßlich nicht steigerbarer Qualität sollen, auf Empfehlung der ADSR, ab dem EJ 2026 zwei Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe (Statingabe und Antikoagulation bei VHF) entfallen.

Qualitätsindikatoren zur Diagnostik – ADSR-Ergebnisse EJ 2023



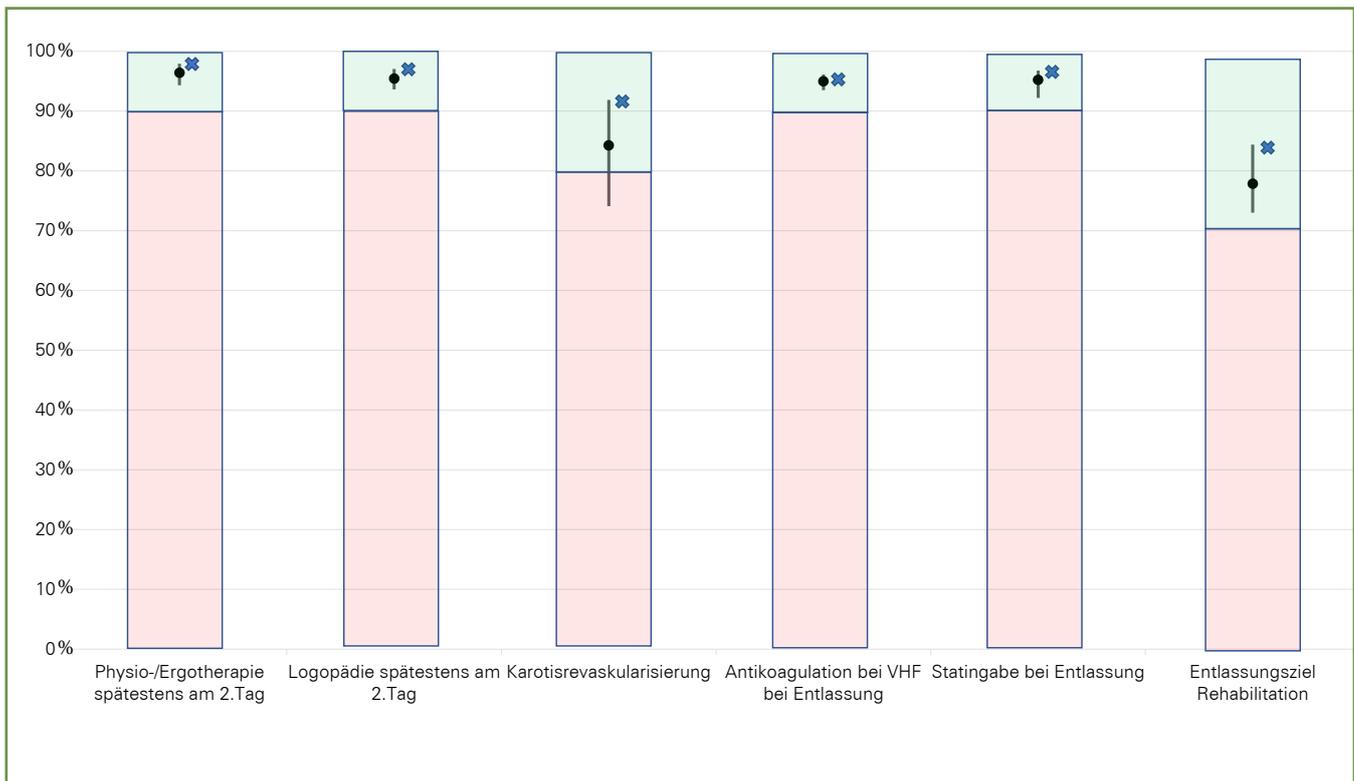
Tab. 2.2.1.7 Qualitätsindikatoren zur Diagnostik – ADSR-Ergebnisse EJ 2023

Qualitätsindikatoren zur Akuttherapie – ADSR-Ergebnisse EJ 2023



Tab. 2.2.1.8 Qualitätsindikatoren zur Akuttherapie – ADSR-Ergebnisse EJ 2023

Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe / Rehabilitation – ADSR-Ergebnisse EJ 2023



Tab. 2.2.1.9 Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe / Rehabilitation – ADSR-Ergebnisse EJ 2023

2.2.2 Frührehabilitation

Fallzahlverteilung 2024



Abb. 2.2.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2024)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 3

Einleitung

Die neurologische Frührehabilitation in der Phase B nach Schlaganfall ist die Nahtstelle zwischen der (intensiv-)medizinischen Behandlung des Schlaganfallereignisses in den Akutkrankenhäusern (Phase A) und der klassischen, weiterführenden Rehabilitation ab der Phase C. Hier werden Patient*innen mit komplexen und sehr schweren Krankheitsbildern behandelt, viele der Patient*innen sind noch bewusstseins eingeschränkt, desorientiert und/oder beatmet. In der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall werden akutmedizinische Maßnahmen fortgeführt und zeitgleich frühestmögliche Rehabilitationsmaßnahmen begonnen. Durch diesen Ansatz besteht eine deutlich größere Chance zur Erreichung erhöhter Selbstständigkeit im Alltag nach überstandener Akuterkrankung.

An dem hessischen Qualitätssicherungsverfahren neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall haben im EJ 2024 insgesamt 17 Klinikstandorte mit einer Fallrange zwischen vier und 343 einbezogenen Fällen teilgenommen. Insgesamt standen als Auswertungsgrundlage 2.904 Datensätze zur Verfügung, was dem Niveau der Vorjahre und damit einer erneut sehr guten Vollständigkeit von nahezu 100 % entspricht.

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 2.2.2.1) stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Klinikübersicht Hessen



Abb. 2.2.2.2 Kliniken mit neurologischer Frührehabilitation nach Schlaganfall

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	17	15
Fallzahlen	2.904	2.593
Minimaldatensätze	12	16
Summe (inkl. MDS)	2.916	2.609
Vollständigkeit	99,8 %	98,6 %

Tab. 2.2.2.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2023/2024)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2025/2024 (EJ 2024/2023)

Übersichtstabelle:			Hessen		
QI-ID		Gesamtfallzahl AJ2025 (ohne Minimaldatensätze): 2904	Gesamt AJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt AJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
		Referenzwerte			
SAFR-1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: >= 54,50 % Auffälligkeit: <= 32,60 % Ø in Hessen: 38,87 %	41,48 % [39,41 ; 43,58] 889 / 2143 Fällen	39,48 % [37,19 ; 41,83] 672 / 1702 Fällen	
SAFR-1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma	Ziel: >= 57,80 % Auffälligkeit: <= 35,70 % Ø in Hessen: 41,62 %	44,40 % [41,98 ; 46,84] 709 / 1597 Fällen	41,06 % [38,38 ; 43,8] 519 / 1264 Fällen	
SAFR-1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patient*innen	Ziel: >= 38,40 % Auffälligkeit: <= 20,00 % Ø in Hessen: 37,78 %	37,74 % [32,91 ; 42,83] 137 / 363 Fällen	36,91 % [31,63 ; 42,53] 110 / 298 Fällen	
SAFR-1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patient*innen mit Tracheostoma	Ziel: >= 31,30 % Auffälligkeit: <= 8,20 % Ø in Hessen: 31,54 %	32,56 % [28,67 ; 36,71] 169 / 519 Fällen	35,01 % [30,59 ; 39,71] 146 / 417 Fällen	
SAFR-2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	Ziel: >= 51,20 % Auffälligkeit: <= 33,80 % Ø in Hessen: 43,43 %	45,71 % [43,19 ; 48,26] 677 / 1481 Fällen	45,67 % [42,83 ; 48,54] 533 / 1167 Fällen	
SAFR-3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte)	Ziel: >= 29,00 % Auffälligkeit: <= 5,40 % Ø in Hessen: 25,66 %	25,24 % [23,57 ; 26,99] 624 / 2472 Fällen	23,10 % [21,27 ; 25,04] 441 / 1909 Fällen	
SAFR-3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte)	Ziel: >= 11,80 % Auffälligkeit: <= 2,30 % Ø in Hessen: 8,39 %	8,78 % [7,73 ; 9,96] 217 / 2472 Fällen	9,22 % [8 ; 10,6] 176 / 1909 Fällen	
SAFR-4	Dekannülierung	Ziel: >= 75,80 % Auffälligkeit: <= 37,00 % Ø in Hessen: 62,77 %	65,89 % [61,01 ; 70,45] 253 / 384 Fällen	71,33 % [65,97 ; 76,16] 214 / 300 Fällen	
SAFR-5	Sterblichkeit	Ziel: <= 2,00 % Auffälligkeit: >= 12,00 % Hessen: 46,55 % 7,55 %	6,71 % [5,86 ; 7,68] 195 / 2904 Fällen	7,02 % [6,03 ; 8,15] 158 / 2252 Fällen	
SAFR-5a	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma	Ziel: <= 1,50 % Auffälligkeit: >= 10,70 % Ø in Hessen: 5,37 %	4,91 % [4,1 ; 5,88] 111 / 2259 Fällen	5,67 % [4,68 ; 6,85] 99 / 1747 Fällen	
SAFR-5b	Sterblichkeit bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma	Ziel: <= 7,90 % Auffälligkeit: >= 15,40 % Ø in Hessen: 15,15 %	13,02 % [10,64 ; 15,84] 84 / 645 Fällen	11,68 % [9,17 ; 14,78] 59 / 505 Fällen	
SAFR-5c	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: <= 0,80 % Auffälligkeit: >= 3,30 % Ø in Hessen: 2,19 %	2,09 % [1,56 ; 2,78] 45 / 2155 Fällen	2,41 % [1,77 ; 3,28] 39 / 1618 Fällen	
SAFR-5d	Sterblichkeit bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: <= 3,40 % Auffälligkeit: >= 11,60 % Ø in Hessen: 9,68 %	8,63 % [6,18 ; 11,92] 32 / 371 Fällen	7,92 % [5,38 ; 11,51] 24 / 303 Fällen	
SAFR-6	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	Ziel: >= 42,80 % Auffälligkeit: <= 12,80 % Ø in Hessen: 28,50 %	30,03 % [28,18 ; 31,95] 682 / 2271 Fällen	32,94 % [30,78 ; 35,17] 579 / 1758 Fällen	
SAFR-7	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	Ziel: >= 45,70 % Auffälligkeit: <= 22,60 % Ø in Hessen: 36,84 %	39,57 % [36,3 ; 42,93] 330 / 834 Fällen	44,02 % [40,39 ; 47,71] 309 / 702 Fällen	
SAFR-8	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	Ziel: >= 21,30 % Auffälligkeit: <= 2,10 % Ø in Hessen: 12,94 %	13,60 % [10,58 ; 17,32] 54 / 397 Fällen	15,97 % [12,19 ; 20,65] 46 / 288 Fällen	
SAFR-9	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung	Ziel: >= 97,80 % Auffälligkeit: <= 91,30 % Ø in Hessen: 93,06 %	94,64 [91,35 ; 96,73] 265 / 280 Fällen	95,91 [92,41 ; 97,83] 211 / 220 Fällen	
SAFR-10	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	Ziel: <= 0,00 % Auffälligkeit: >= 4,70 % Ø in Hessen: 1,87 %	2,13 % [1,64 ; 2,77] 54 / 2533 Fällen	2,21 % [1,65 ; 2,96] 43 / 1945 Fällen	
SAFR-10a	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: <= 0,00 % Auffälligkeit: >= 2,80 % Ø in Hessen: 0,97 %	1,17 % [0,79 ; 1,74] 24 / 2046 Fällen	1,22 % [0,78 ; 1,89] 19 / 1561 Fällen	
SAFR-10b	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: <= 1,00 % Auffälligkeit: >= 14,50 % Ø in Hessen: 5,65 %	6,16 % [4,35 ; 8,66] 30 / 487 Fällen	6,25 % [77,05 ; 78,99] 24 / 384 Fällen	

Abb. 2.2.2.3 Phase B Hessen

Ergebnisse

Alle 17 am Verfahren teilnehmenden Kliniken erhielten eine jährliche Basisauswertung sowie die Auswertung zu insgesamt zehn berechneten Qualitätskennzahlen. Zusätzlich wurde den Kliniken für die Qualitätskennzahlen eine quartalsweise Auswertung zum jeweils aktuellen Datenstand zur Verfügung gestellt. In nahezu allen erhobenen Kennzahlen konnte im AJ 2025 im hessenweiten Durchschnitt ein ähnlich gutes Ergebnis wie im Vorjahr beobachtet werden, so dass seit Beginn der Kennzahlenberechnung im AJ 2021 ein positiver Trend bei den Ergebnissen konstatiert werden kann. Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse zeigt die Abbildung 2.2.2.3.

Wie in den Vorjahren ergibt eine nähere Auswertung zur Datengrundlage für das AJ 2025 eine Gesamtfallverteilung auf drei relevante Hauptdiagnosen des akuten Schlaganfallgeschehens, wobei der weitaus größte Anteil von 72 % auf die Diagnose Hirninfarkt (ICD-Kode I63) entfällt. Auch zu den zwei weiteren Hauptdiagnosen der intrazerebralen Blutung (ICD-Kode I61) mit 21 % und der Subarachnoidalblutung (ICD-Kode I60) mit 7 % der Fälle gibt es keine wesentlichen Veränderungen der Grunderkrankungsverteilung zu den Vorerhebungsjahren. Die Verteilung beatmeter (15 %) zu nicht-beatmeten Patient*innen (85 %) ändert sich zu den Vorjahren leicht. Die Abbildungen 2.2.2.4 und 2.2.2.5 stellen diese Ergebnisse grafisch dar.

Im AJ 2025 wurde auf Grundlage der Jahresergebnisse erstmals auch ein Strukturierter Dialog in zwei Kliniken zum Thema der erfolgreichen Dekanülierung durchgeführt. Die Stellungnahmen konnten von der Arbeitsgruppe Neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall als qualitativ unauffällig bewertet werden. Darüber hinaus wurden zwei Kliniken um Stellungnahme zu im hessischen Vergleich besonders positiven Kennzahlenergebnissen aus den Themen „PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung“ und „Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung“ gebeten, um weitere Erkenntnisse für die Validität und Belastbarkeit der Berechnungsgrundlage im Sinne einer Datenvalidierung zu gewinnen. Die Tabelle 2.2.2.2 zeigt alle Ergebnisse zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung.

Diagnoseverteilung

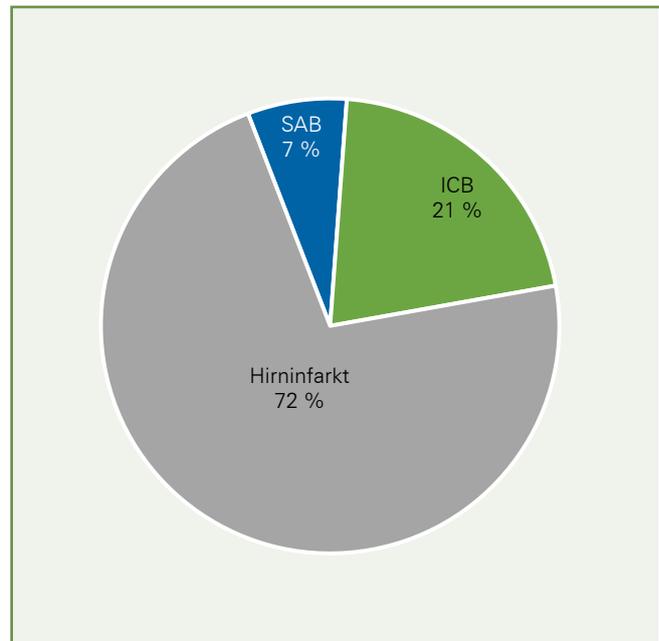


Abb. 2.2.2.4 Phase B Auswertungsjahr 2025

Beatmung bei Aufnahme

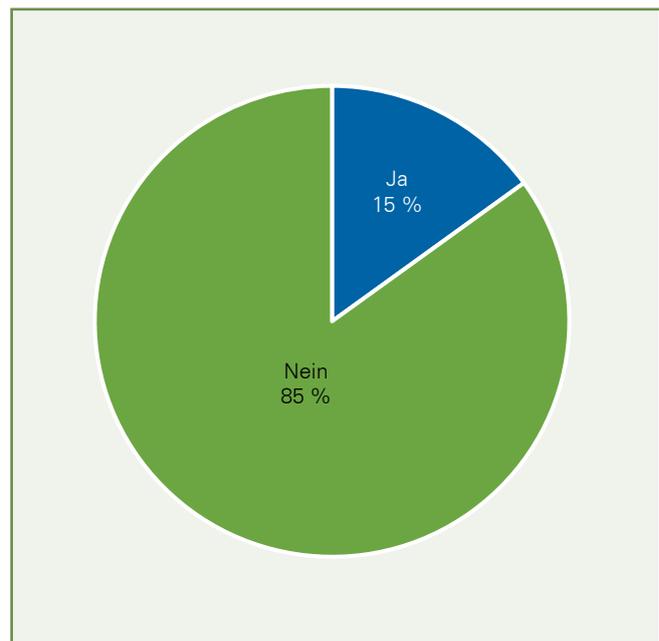


Abb. 2.2.2.5 Phase B Auswertungsjahr 2025

Strukturierter Dialog und Datenvalidierung

Kennzahl	Stellungnahmen	Bewertung
4 Dekanülierung	1 Stellungnahme SD	U
6 Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	1 Stellungnahme DV	U
8 PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	1 Stellungnahme DV	D
10 Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	1 Stellungnahme SD	U
	2 x SD, 2 x DV	3 x U, 1 x D

SD = Strukturierter Dialog, DV = Datenvalidierung, U = Qualitativ unauffällig, A = Qualitativ auffällig, D = Dokumentationsfehler

Tab. 2.2.2.2 Strukturierter Dialog Auswertungsjahr 2024

Ausblick

Mittelfristiges Ziel stellt die Weiterentwicklung aussagekräftiger und belastbarer Qualitätsindikatoren mit der Ausweitung des Strukturierten Dialoges analog zu den bereits etablierten Landesverfahren in Hessen dar. Hierzu arbeitet die Arbeitsgruppe Neurologische Frührehabilitation gemeinsam mit der LAGQH weiterhin an der Schärfung der Kennzahlen.

Zur Vollzähligkeitsüberprüfung der gelieferten Daten werden erstmals mit dem AJ 2025 zwei Auffälligkeitskriterien ausgewertet und regelhaft in den Strukturierten Dialog zur Datenvalidierung aufgenommen. Sie beleuchten eine Unter- bzw. Überdokumentation im Verfahren neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall. Anders als im Strukturierten Dialog zu den Qualitätskennzahlen wird hier nicht die Qualität der Behandlung bewertet, sondern die Qualität der Dokumentation. Für das Jahr 2025 sind darüber hinaus Datenvalidierungen im Rahmen einer Stichprobenprüfung geplant, um zum einen die Dokumentation in den Kliniken zu sichten und um zum anderen das Erhebungsinstrument im klinischen Alltag zu prüfen.



3. Verfahren nach DEQS-RL

Verfahren und Abläufe

Die bundesweit durchgeführten einrichtungsübergreifenden datengestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der (akut-)stationären und ambulanten Versorgung werden durch die DeQs-Richtlinie geregelt. Alle bundesweit festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den vertragsärztlichen Bereich sowie die zugelassenen Krankenhäuser betreffen, sind in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) geregelt.

In der DeQS-RL sind eine klare Aufgabenverteilung und auch definierte Regelungen zu den Datenarten und -flüssen verankert.

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

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

vorgesehen. Weiterhin ist die DAS auch verantwortlich für die Übermittlung der Rückmeldeberichte (Ergebnisse) an die Leistungserbringer*innen.

- 2) 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.
- 3) Die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) sind letztendlich dafür verantwortlich, sich, vereinfacht ausgedrückt, mit den Ergebnissen der landesbezogenen Verfahren zu beschäftigen. Sie umfassen je Bundesland eine unabhängige Geschäftsstelle, ein Lenkungsgremium und die Landesfachkommissionen und sind für die Umsetzung notwendiger Qualitätssicherungsmaßnahmen zuständig.
- 4) Eine Landesauswertungsstelle kann eingerichtet werden, um die LAGen bei ihren Aufgaben zu unterstützen. Ihr Zugang zu den Daten wird über eine vom IQTIG bereitgestellte mandantenfähige Datenbank gewährleistet.

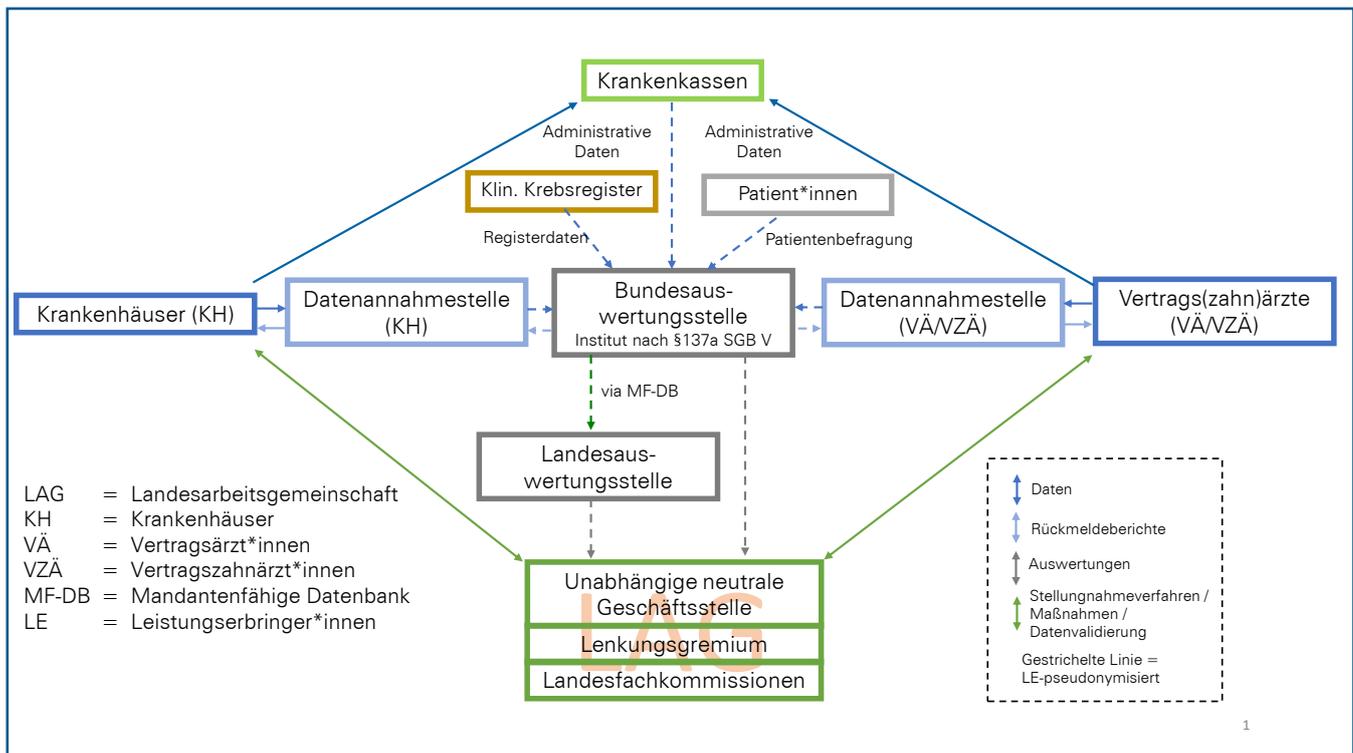


Abb. 3.1 Beteiligte und Prozesse für landesbezogene Verfahren im Rahmen der DeQS-Richtlinie

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

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

Tab. 3.1 Verfahren der DeQS-Richtlinie, Datengrundlage und Veröffentlichung im strukturierter Qualitätsbericht (Stand EJ 2024)

Stellungnahmeverfahren

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

Die Tabelle 3.1 zeigt die aktuellen Verfahren (Stand Erfassungsjahr 2024) der DeQS-RL mit den entsprechenden Datengrundlagen sowie, ob eine Veröffentlichung der Ergebnisse und Bewertungen im strukturierter Qualitätsbericht vorgesehen ist. Auf die einzelnen Verfahren (exkl. der Verfahren 5 und 6) wird in den folgenden Kapiteln noch detaillierter eingegangen.

Die Abbildung 3.2 stellt schematisch dar, wie in Hessen das Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 Abs. 2 DeQS-RL durchgeführt wird. Die Durchführungsverantwortung dazu liegt bei der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Sobald der Geschäftsstelle der LAG die (leistungserbringerbezogenen aber pseudonymisierten) Ergebnisse seitens des IQTIG vorliegen, können diese in den jeweiligen Fachkommissionen gesichtet und beurteilt werden.

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

Ablaufschema Stellungsnahmeverfahren

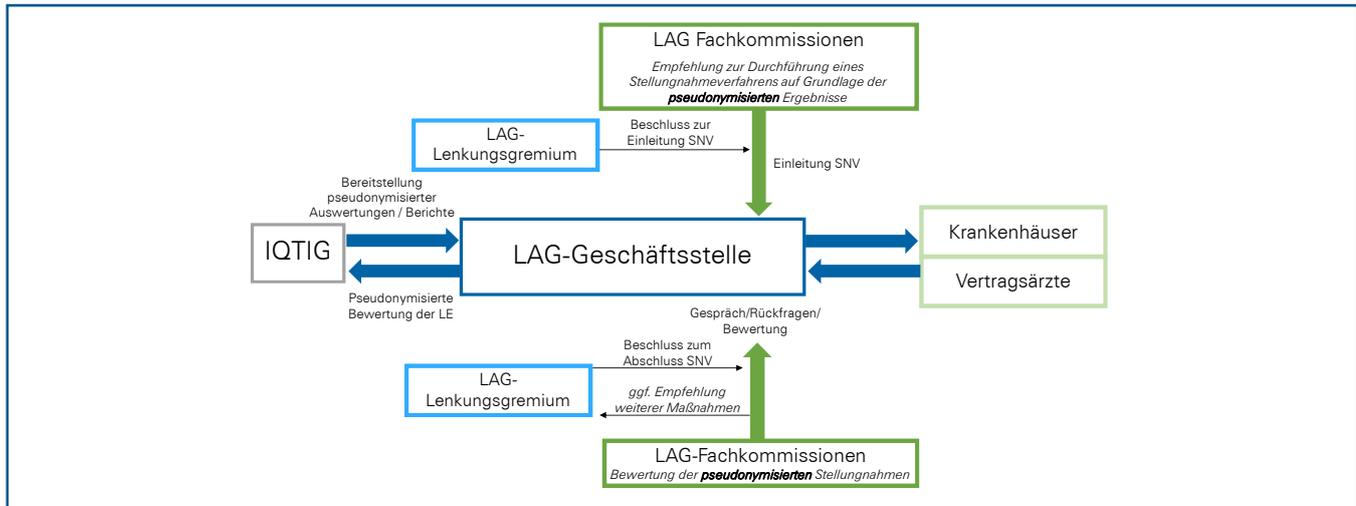


Abb. 3.2 Durchführung des Stellungsnahmeverfahrens nach DEQS-Richtlinie

DeQS – Verfahren - Bericht zum SNV 2024 (EJ2023)

Verfahren	Beschreibung	Kennzahl	Rechn. Auffälligkeit	Anzahl SNV	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokufehler	Sonstiges	MS 1
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	QI	205	44	7	28	4	5	3
		AK	35	35	16	2	-	17	-
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	QI	32	32	20	3	7	2	13
		AK	4	2	2	-	-	-	-
QS CHE	Cholezystektomie	QI	37	22	2	12	8	-	2
		AK	0	-	-	-	-	-	-
QS NET-DIAL	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation - Dialyse	QI	89	22	1	21	-	-	-
		AK	-	-	-	-	-	-	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	QI	20	13	9	3	1	-	2
		AK	3	3	2	1	-	-	-
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	QI	100	34	32	2	-	-	19
		AK	3	3	2	1	-	-	-
QS MC	Mammachirurgie	QI	52	18	4	14	-	-	3
		AK	7	5	4	1	-	-	-
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	QI	58	28	4	23	-	1	1
		AK	7	7	7	-	-	-	-
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	QI	44	44	12	9	23	-	9
		AK	16	15	15	-	-	-	1
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	QI	60	34	9	19	-	6	6
		AK	4	4	4	-	-	-	-
QS PM	Perinatalmedizin	QI	35	31	5	23	-	3	1
		AK	19	19	8	11	-	-	-
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	QI	92	52	16	27	7	2	12
		AK	24	19	13	2	-	4	-
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	QI	3	0	-	-	-	-	-
		AK	-	-	-	-	-	-	-
SUMME der Qualitätsindikatoren (QI)			827	374	121	184	50	19	71
SUMME der Auffälligkeitskriterien (AK)			122	112	73	18	0	21	1

Tab. 3.2 Übersicht Bewertungen nach Bewertungsschema des G-BA 2024 (EJ 2023)

Durchführung von QS-Maßnahmen

Nach Eingang der Stellungnahmen bei der LAG werden diese in den Sitzungen der zuständigen Fachkommissionen gesichtet und bewertet. Die betreffenden Leistungserbringer*innen bleiben hierbei für das Gremium anonym. Vorrangiges Ziel der Bewertung ist hierbei die Prüfung, ob für die rechnerischen Auffälligkeiten in den betreffenden Qualitätsindikatoren auch tatsächlich qualitative Mängel der Strukturen und/oder Prozesse ursächlich sind. Sollte dies der Fall sein, ist es die weitere Aufgabe der zuständigen Fachkommission die Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen zu prüfen und zu empfehlen.

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

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

Ablaufschema SNV und QS-Maßnahmen

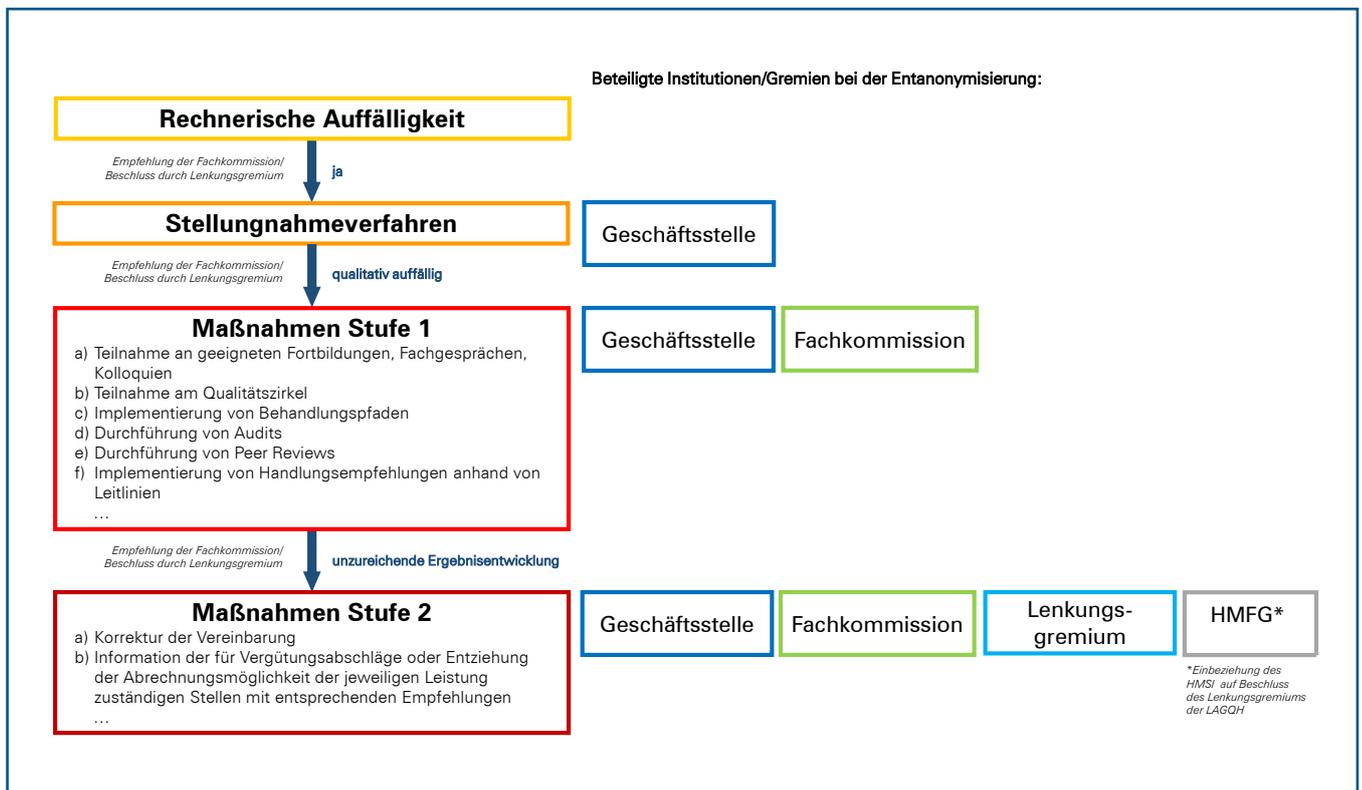


Abb. 3.3 Vorgehen SNV und QS-Maßnahmen

Bewertungen und Maßnahmen der Stufe 1

Sind die betroffenen Kliniken und/oder Praxen jedoch nicht in der Lage, mit Hilfe der beschlossenen Maßnahmen der Stufe 1 den Qualitätsmangel zu beheben, kann die Fachkommission als nächste Eskalationsstufe Maßnahmen der Stufe 2 empfehlen. Diese können darüber hinaus dann auch direkt eingeleitet werden, sollte sich ein Leistungserbringer in mehreren Auswertungsjahren im selben Qualitätsindikator wiederholt nicht oder nicht ausreichend am Stellungnahmeverfahren beteiligen. Hintergrund dieser direkten Einleitung von Maßnahmen der Stufe 2 ist u. a. die fehlende Möglichkeit zur Bewertung der zugrunde liegenden Behandlungsqualität durch die Fachkommission.

Erfolgt der formale Beschluss zu dieser Empfehlung durch das Lenkungsgremium, beinhaltet dies darüber hinaus eine Entanonymisierung des betreffenden Leistungserbringers gegenüber den zuständigen Vertreter*innen des Lenkungsgremiums und ggf. auch des HMFG. Die Einzelfallentscheidung obliegt hierbei dem Lenkungsgremium selbst nach Prüfung und Bewertung des individuellen Sachverhaltes. Inhaltlich können diese Maßnahmen - anders als bei denjenigen der Stufe 1 - auch monetäre Einbußen in Form von Vergütungsabschlägen bis hin zum Entzug der Abrechnungsmöglichkeit beinhalten.

Die Tabelle 3.2 stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens des Auswertungsjahres 2024 in Hessen dar.

Zu allen 13 in Hessen umgesetzten Verfahren der DeQS-RL werden in die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren 2024 in der vorliegenden Darstellung schematisch aufbereitet. Die Darstellung zeigt die Gesamtzahl der Ergebnisse pro Qualitätsindikator bzw. Auffälligkeitskriterium und darauf aufbauend die Anzahl der hiervon rechnerisch auffälligen Ergebnisse. Die folgenden Spalten beziehen sich auf die Anzahl der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren in den jeweiligen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien sowie die Bewertung dieser durch die jeweilige Fachkommission in die Kategorien „qualitativ auffällig“, „qualitativ unauffällig“ oder zu Grunde liegender „Dokumentationsfehler“ auf Grundlage des Bewertungsschemas der G-BA.

Die letzte Spalte zeigt zusätzlich wie oft pro vorliegendem Qualitätsindikator oder Auffälligkeitskriterium die Einleitung von Maßnahmen Stufe 1 nach DeQS-RL beschlossen wurde (Tab. 3.3). Detaillierte inhaltliche Darstellungen zu den einzelnen Qualitätsergebnissen werden in den entsprechenden Verfahrenskapiteln näher beschrieben.

Zum 01.01.2025 ist eine neue Fassung der DeQS-RL in Kraft getreten. In dieser sind auch die hier näher beschriebenen Inhalte des § 17 zur Bewertung der Auffälligkeiten und zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in vielen Punkten neu formuliert und weiter ausdifferenziert worden. Die Regelungen des § 17 werden mit dem Stellungnahmeverfahren 2026 auf Grundlage der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2025 wirksam werden. Zu näheren Einzelheiten wird der Jahresbericht der LAGQH im Folgejahr Auskunft geben.

DeQS – Verfahren - Bericht zu den Maßnahmen der Stufe 1 2024 (EJ 2023)

Verfahren	Beschreibung	Anzahl SNV	Anzahl MS	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstiges
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	79	3	-	3	-	-	-
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	34	13	-	-	-	-	13
QS CHE	Cholezystektomie	22	2	-	-	1	2	-
QS NET-DIAL	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschl. Pankreastransplantation - Dialyse	22	0	-	-	-	-	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	16	2	-	-	-	2	-
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	37	19	-	9	-	-	10
QS MC	Mammachirurgie	23	3	-	3	-	-	-
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	35	1	-	1	-	-	-
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	59	10	10	-	-	-	-
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	38	6	6	-	-	-	-
QS PM	Perinatalmedizin	50	1	-	-	-	-	1
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	71	12	6	9	-	-	4
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	0	-	-	-	-	-	-
Summe der Maßnahmen			72	22	25	1	4	28

Tab. 3.3 Übersicht Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-Richtlinie in den QS-Verfahren 2024 (EJ 2023)

Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung

Zum Auswertungsjahr 2025 hat das IQTIG für drei Verfahren (QS GYN-OP, QS CHE und QS MC) eine neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung eingeführt. Die entsprechende Methodik, welche im Verfahren QS PCI bereits seit dem AJ 2022 angewandt wird, erlaubt nach Aussage des IQTIG eine bessere Berücksichtigung von fallzahlabhängiger Unsicherheit. Ziel des IQTIG ist es die Methodik in den kommenden Jahren über alle QS-Verfahren hinweg zu etablieren und damit die Effizienz des Stellungnahmeverfahrens weiter zu optimieren. Durch die Einführung der neuen Methodik ändert sich der jeweilige Referenzbereich gegenüber vorher deutlich (in Richtung Bundesdurchschnitt) und bekommt damit eine neue Bedeutung. Leistungserbringer*innen, die unterhalb des Referenzbereichs liegen sind nicht mehr automatisch rechnerisch auffällig, sondern, nur wenn sie auch noch außerhalb des Konfidenzintervalls des Referenzbereichs liegen (Abb. 3.3 und 3.4). Nach einer Kalkulation des IQTIG, führt dies insgesamt auch zu einer Reduktion der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer und damit auch der einzuleitenden Stellungnahmeverfahren. Positiv scheint sich nach den Analysen des IQTIG die Umstellung der Methodik auf den Anteil der auffällig bewerteten Leistungserbringer*innen (Positiv prädiktiver Wert) auszuwirken. Die neue Auffälligkeitseinstufung führt jedoch auch dazu, dass Leistungserbringer*innen mit kleinen Fallzahlen seltener rechnerisch auffällig werden und somit eine schlechte Versorgungsqualität nicht mehr im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens aufgedeckt werden kann. Falls hier nicht sowieso in Zukunft Strukturvorgaben oder Mindestmengenregelungen greifen, könnten hier ggf. Zeitverläufe (z. B. mehrere aufeinander folgende Jahre außerhalb des Referenzbereichs) Abhilfe schaffen.

Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung - Vorher

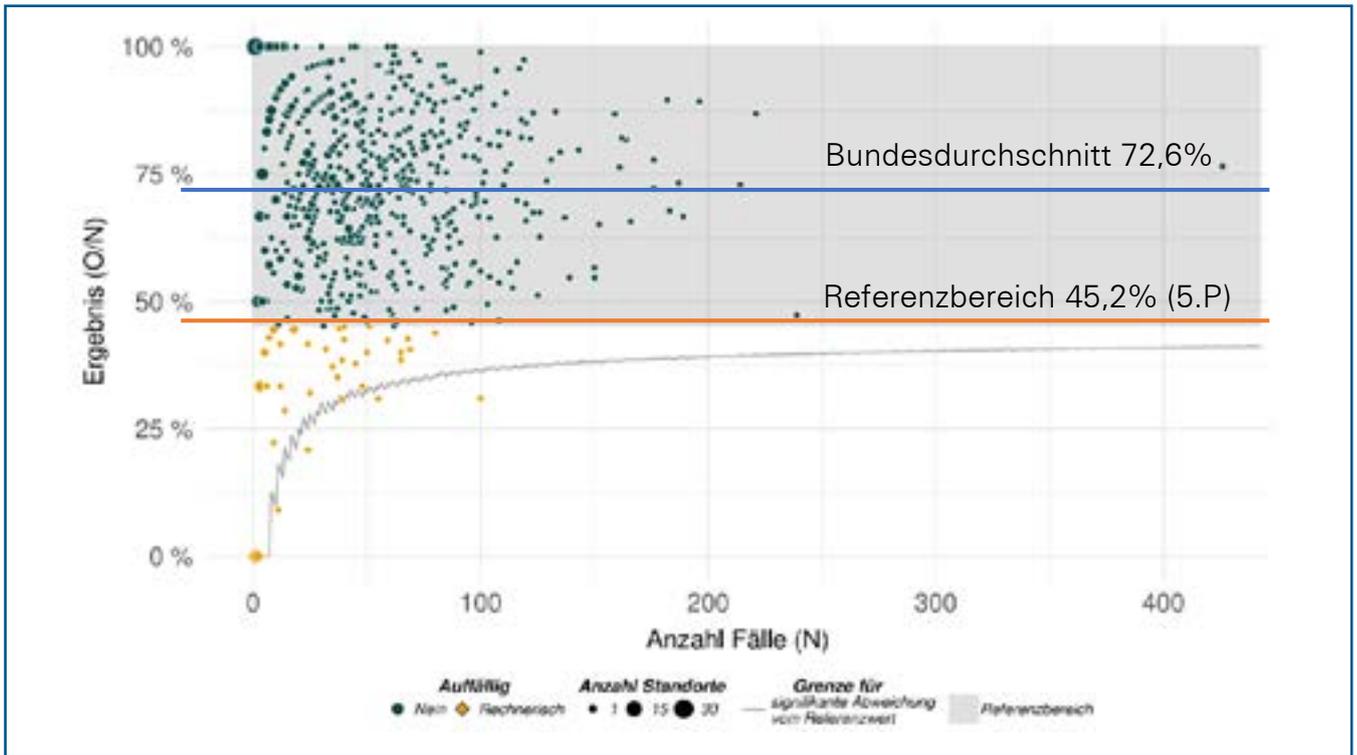


Abb. 3.3 Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeiten (Quelle: IQTIG - BUAW 2021)

Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung - Nachher

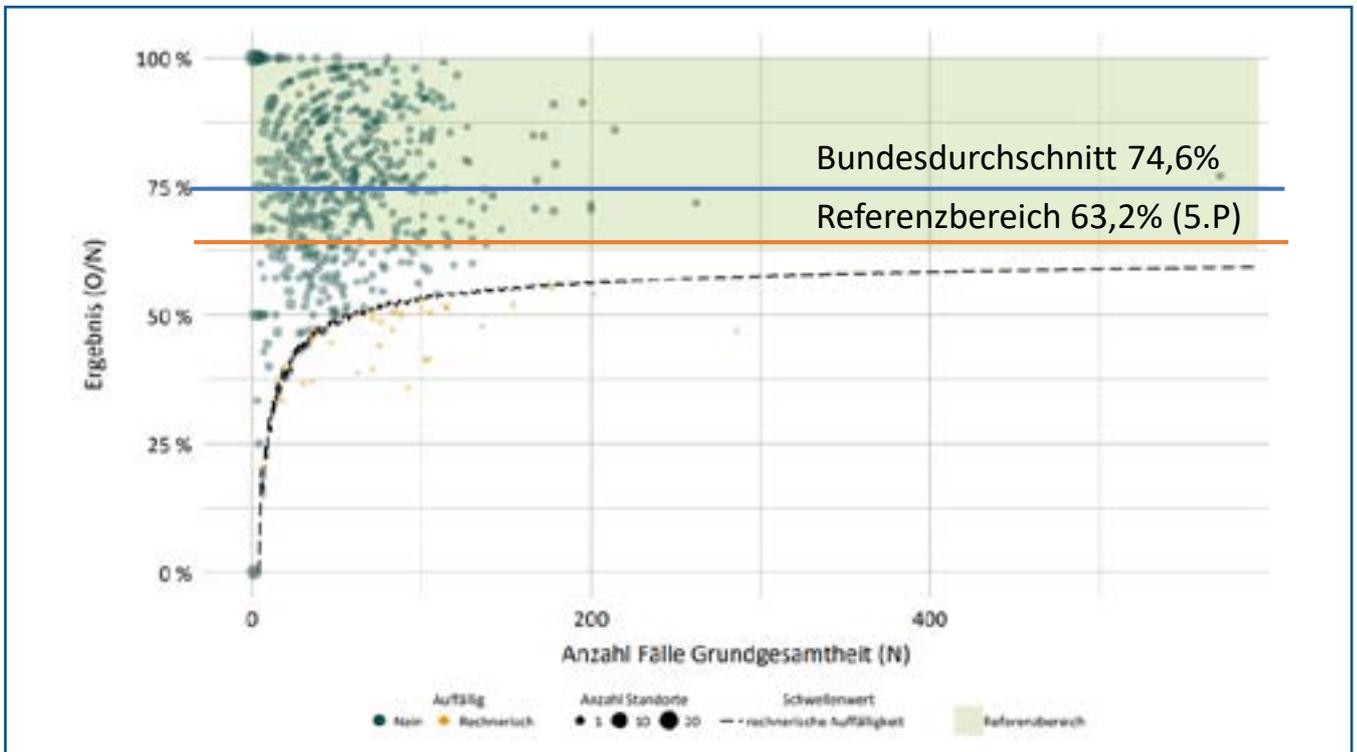


Abb. 3.4 Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeiten (Quelle: IQTIG - BUAW 2022)

Weiterentwicklung der DeQS-Verfahren

Der G-BA hat am 21.04.2022 einen Beschluss über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung getroffen. Hierbei stehen vor allem die Reduktion des Aufwands, die Identifikation und Fokussierung auf relevante Verbesserungspotenziale und die Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Mittelpunkt. Das IQTIG wurde mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der aktuellen Verfahren nach DeQS-RL beauftragt.

Diese „Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ vom 19.05.2022 ist für alle bestehenden datenbasierten Qualitätssicherungsverfahren anzuwenden. Abb. 3.4 zeigt die konkreten Inhalte des Beschlusses.

Bis Ende 2024 lag für neun der 15 laufenden QS-Verfahren der Abschlussbericht des IQTIG vor. Die bisherigen Empfehlungen reichen von wenigen leichten

Anpassungen bis hin zur Aussetzung von kompletten Verfahren. Sie gehen grundsätzlich mit einer zum Teil deutlichen Reduktion der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren einher. Wenn möglich, sollen diese stattdessen auf Basis von Sozialdaten berechnet werden. Der G-BA hat sich größtenteils an die Empfehlungen des IQTIG gehalten und die entsprechenden Beschlüsse im Rahmen der Spezifikationsanpassungen bereits verabschiedet (Abbildungen 3.5 und 3.6).

Link zu den bisherigen Abschlussberichten des IQTIG:

- <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>
- <https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>

„Es sind konkrete Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder des jeweiligen QS-Verfahrens [...] vorzulegen und umzusetzen in Form von Vorschlägen zur Tabelle der Erforderlichkeit der Daten (Exportfelder), Indikatorenliste, Rechenregeln und Spezifikationsempfehlungen sowie Kriterien und ggf. Kategorien für Datenbewertungen der jeweiligen Indikatoren. Dabei ist insbesondere zu prüfen, inwieweit sich die QS-Maßnahmen an bestehenden Qualitätsdefiziten ausrichten, ob die eingesetzten Qualitätsindikatoren geeignet sind, definierte Qualitätsziele des QS-Verfahrens zu erreichen, die eingesetzten Qualitätsindikatoren Deckeneffekte aufweisen (z. B. das Qualitätsziel erreicht ist, so dass keine wesentlichen Qualitätsverbesserungen mehr ersichtlich sind), ob die Definition der Datenfelder und Nutzung der zur Verfügung stehenden Datenquellen effizienter ausgestaltet und die händische Dokumentation und weitere Aufwände reduziert werden können. Sofern sich Hinweise ergeben, dass eine Qualitätsverbesserung gezielter und aufwandsärmer durch eine andere QS-Maßnahme erreicht werden kann, sind diese Hinweise dem Bericht beizugeben. Es soll auf Basis einer standardisierten Methode geprüft werden, inwieweit sich das Verhältnis von Aufwand und Nutzen für die tatsächliche Versorgung von Patientinnen und Patienten optimieren lässt. Dazu soll überprüft werden, ob die eingesetzten Qualitätsindikatoren geeignet sind, definierte Qualitätsziele zu erreichen und ob Anpassungen an den technischen Fortschritt in der Medizin notwendig sind und neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, z.B. durch Leitlinienaktualisierungen oder neue Forschungsergebnisse. Dabei sollen die bestehenden Daten- und Informationsquellen unter Anwendung geeigneter Methoden der Risikoadjustierung genutzt werden.“

Abb. 3.4 Neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeiten (Quelle: IQTIG - BUAW 2021/2022)

Tabelle 1: Überblick über die Empfehlungen zur Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses

	QS PCI	QS HSHDEF	QS KEP
Qualitätsindikatoren bisher	19	36	10
Qualitätskennzahlen bisher	0	2	2
Qualitätsindikatoren: Abschaffen	8	16	3
Qualitätskennzahlen: Abschaffen	entfällt	0	1
Qualitätsindikatoren ggf. Umstellung auf Sozialdaten bei den Krankenkassen	0	14	5
Qualitätskennzahlen: Umstellung auf Sozialdaten bei den Krankenkassen	entfällt	0	0
Qualitätsindikatoren Pausieren und Überarbeitung	6	7	5
Qualitätskennzahlen: Überarbeitung	entfällt	0	0
Aufwandseinheiten bisher	10.307.123	2.235.268	3.807.485
Bundesweite jährliche Einsparungen von Aufwandseinheiten durch Abschaffungen	2.001.752 (19%)	258.321 (12%)	1.599.633 (42%)

Anzahl QIs, die beibehalten werden (ggfs. Anpassungen)

5/19

6/36*

2/10

* Modul 9/2 und 9/5 (Aggregatwechsel) entfallen

G-BA-Beschluss vom 18.07.2024:

- Komplette Aussetzung des Verfahrens QS KEP ab EJ 2025

Abb. 3.5 Quelle: IQTIG Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung

Tabelle 1: Überblick über die Empfehlungen zu den Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV

	QS KCHK	QS CAP	QS MC	QS KAROTIS	QS DEK	QS HGV
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, für die eine Prüfung der Eignungskriterien erfolgte	57 / 9	6 / 1	13 / 1	8 / 6	2 / 0	18 / 3
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Abschaffen	9 / 9	5 / 1	3 / 0	4 / 2	keine	4 / 0
Qualitätsindikatoren: Umwandlung in Kennzahlen	6	keine	keine	keine	keine	keine
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Überarbeiten	3 / 0	keine	keine	keine	keine	keine
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen mit Anpassungen	21 / 0	1 / 0 (bis EJ 2026)	4 / 0	2 / 2	keine	10 / 0
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Weiterführen	18	keine	6 / 1	2 / 2	2 / 0	4 / 3
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Umstellung unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen	entfällt	1 / 0 (ab EJ 2027)	keine ¹	1 / 2 ²	keine	10 / 2

Anzahl QIs, die beibehalten werden (ggfs. Anpassungen)

51/57

1/6

10/13

4/8

2/2

14/18

G-BA-Beschluss vom 17.10.2024:

- Komplette Aussetzung des Verfahrens QS CAP ab EJ 2026
- Zwei überarbeitete QIs zum Verfahren QS Karotis werden weitergeführt, trotz der Empfehlung zur Abschaffung

Abb. 3.6 Quelle: IQTIG Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung

Neue Begrifflichkeiten der Zeiträume

Der folgende Text verwendet verschiedene Begrifflichkeiten zu den Zeiträumen über die jeweils berichtet wird. Alle Passagen, die sich auf Zeiträume der Datenlieferungen beziehen und Themen der Vollzähligkeit, Vollständigkeit sowie Anzahl gelieferter Datensätze darstellen, werden pro betreffendem Erfassungsjahr (EJ) dargestellt. Alle Abschnitte, die über Ergebnisse und deren Auswirkungen berichten werden pro Auswertungsjahr (AJ) beschrieben. Die genaue Definition der beiden Begriffe wird im Glossar erläutert.

Erläuterung zum Kapitelaufbau

Der Kapitelaufbau zu den jeweiligen QS-Verfahren der DEQS-RL gestaltet sich wie folgt.

- Zusammensetzung der Fachkommission (Stand 31.12.2024)
- Sitzungstermine (Stand 31.12.2024)
- Ansprechpartner der LAGQH
- Einleitungstext mit allgemeine Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zum EJ 2024/23
- Qualitätsindikatoren: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2025/24 und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 (inkl. Maßnahmen)
- Auffälligkeitskriterien: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2025/24 und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 (inkl. Maßnahmen)
- Ggfs. gesonderte Ergebnisse und Darstellungen
- Ausblick

Verzeichnis der Bundesverfahren		Details auf Seite
	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	56
	Verfahren 2: Postoperative Wundinfektionen (QS WI)	62
	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	70
	Verfahren 4: Nierenersatztherapie - Dialyse (QS NET - NET-DIAL)	74
	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	81
	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	85
	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	89
	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	94
	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	98
	Verfahren 12: Herzschrittmacher (QS HSMDEF-HSM)	104
	Verfahren 12: Implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF-DEF)	107
	Verfahren 13: Geburtshilfe (QS PM-GEBH)	112
	Verfahren 13: Neonatologie (QS PM-NEO)	115
	Verfahren 14: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (QS HGV-OSFRAK)	120
	Verfahren 14: Hüftendoprothesenversorgung (QS HGV-HEP)	123
	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	127

3.1 QS PCI

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. L. Born	Herz- und Gefäßzentrum Marburg	Vertragsärzt*innen
Herr Univ.-Prof. Dr. D. M. Leistner	Universitäres Herz- & Gefäßzentrum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. S. Ott	Kardio Praxis in der Burgstraße, Wiesbaden	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. C. Sellin	Klinikum Fulda	Krankenhäuser
Frau L. Vaskelyte	Cardiocentrum Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Herr Prof. Dr. T. Voigtländer	Cardioangiologisches Centrum Bethanien Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Herr Prof. Dr. G. Werner	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
13	01.07.2024
14	10.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

Bestandteil des Verfahrens sind alle an Krankenhäusern oder durch Vertragsärzt*innen ambulant oder stationär durchgeführten perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei Patient*innen ab 18 Jahren.

Seit Juli 2022 werden zusätzlich zur „klassischen“ QS-Datenerhebung auch Rückmeldungen aus Patientenbefragungsdaten ausgewertet (Patientenbefragung QS-PCI: „PPCI“). Seit dem Auswertungsjahr 2024 konnte somit erstmals mit den Qualitätsindikatoren 56100 bis 56118 ein komplettes Erfassungsjahr ausgewertet werden.

Die Tabelle 3.3.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten der Jahre 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024			Erfassungsjahr 2023		
	Krankenhausstandorte	Vertragsärzte*innen/MVZ/Praxen		Krankenhausstandorte	Vertragsärzte*innen/MVZ/Praxen	
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	59	33		61	28	
Fallzahlen	38.452	15.202	7*	37.390	13.625	7*
Minimaldatensätze	10	0	0*	7	0	0*
Summe (inkl. MDS)	53.664			51.029		
Vollständigkeit	100,1 %			99,5 %		

Tab. 3.1.1 Datengrundlage EJ 2024/23

* LE mit selektivvertraglichen Leistungen

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	n.d.	71,51 % 170.028 / 237.760	68,57 % 10.954 / 15.975	65,45 % 9.641 / 14.489
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 75,00 %	81,10 % 23.370 / 28.816	83,33 % 1.710 / 2.052	82,59 % 1.694 / 2.258
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 2,50 %	1,51 % 442 / 29.258	0,63 % 13 / 2065	1,68 % 35 / 2.301
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	≤ 1,37	0,94 584.795.689 / 484.716	0,73 31.039.627 / 33.452	0,71 31.555.531 / 31.201
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	≤ 1,16	0,98 78.465.621 / 24.245	0,78 4.125.528 / 1.625	0,74 5.171.723 / 1.695
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	≤ 1,34	0,95 872.287.659 / 284.669	0,79 52.121.177 / 20.763	0,78 49.696.874 / 18.187
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,25 %	0,23 % 1.863 / 795.541	0,16 % 90 / 55.932	0,28 % 149 / 51.154
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	n.d. O / E / N	1,07 3.828 / 3.581 / 752.266 0,51 %	1,18 286 / 243 / 51.856 0,55 %	1,03 243 / 236 / 50.754 0,48 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 94,29 %	95,08 % 36.212 / 38.084	95,65 % 2.507 / 2.621	95,26 % 2.533 / 2.660
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	n.d. O / E / N	1,02 6.625 / 6.488 / 435.262 1,52 %	0,99 448 / 451 / 30.170 1,48 %	0,88 402 / 458 / 29.312 1,37 %
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	n.d. O / E / N	0,96 9.386 / 9.760 / 256.434 3,66 %	1,09 713 / 656 / 17.667 4,04 %	1,04 614 / 592 / 17.387 3,53 %
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	n.d. O / E / N	1,04 5.945 / 5.712 / 43.728 13,60 %	1,04 411 / 393 / 3.023 13,60 %	1 387 / 388 / 3.010 12,86 %

Tab. 3.1.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (Patientenbefragung)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	≥ 1,09	1,09 n = 14.612	1,18 n = 1.137	1,18 n = 984
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	≥ 1,03	1,03 n = 33.998	1,02 n = 2.411	1,04 n = 2.183
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	n.d.	88,20 Punkte n = 30.816	85,64 Punkte n = 2.254	86,61 Punkte n = 2.117
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	≥ 89,18 Punkte	89,18 Punkte n = 71.106	89,50 Punkte n = 5.284	88,28 Punkte n = 4.684
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	≥ 86,68 Punkte	86,68 Punkte n = 71.106	86,17 Punkte n = 5.284	87,24 Punkte n = 4.684
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	≥ 85,11 Punkte	85,11 Punkte n = 71.106	85,50 Punkte n = 5.284	85,26 Punkte n = 4.684
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	≥ 75,10 Punkte	75,09 Punkte n = 48.610	77,05 Punkte n = 3.548	75,05 Punkte n = 3.167
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	≥ 89,65 Punkte	89,65 Punkte n = 40.832	90,45 Punkte n = 3.020	91,44 Punkte n = 2.673
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	≥ 80,49 Punkte	80,49 Punkte n = 48.610	81,76 Punkte n = 3.548	81,92 Punkte n = 3.167
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	≥ 84,20 Punkte	84,20 Punkte n = 48.610	83,48 Punkte n = 3.548	82,45 Punkte n = 3.167
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	≥ 91,25 Punkte	91,25 Punkte n = 18.189	92,04 Punkte n = 1.346	91,34 Punkte n = 1.298
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	≥ 79,82 Punkte	79,82 Punkte n = 71.106	80,29 Punkte n = 5.284	79,37 Punkte n = 4.684
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	≥ 61,62 Punkte	61,62 Punkte n = 21.614	62,66 Punkte n = 1.677	61,44 Punkte n = 1.524
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	≥ 49,10 Punkte	49,11 Punkte n = 11.015	43,30 Punkte n = 858	50,74 Punkte n = 791
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	≥ 91,87 Punkte	91,88 Punkte n = 7.947	89,69 Punkte n = 612	92,01 Punkte n = 585
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	≥ 78,26 Punkte	78,26 Punkte n = 71.106	77,57 Punkte n = 5.284	77,50 Punkte n = 4.684
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	≥ 93,53 Punkte	93,53 Punkte n = 71.106	92,66 Punkte n = 5.284	92,59 Punkte n = 4.684
56117	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur	≥ 1,02	1,02 n = 48.610	0,90 n = 3.548	0,92 n = 3.167
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	≥ 0,99	0,99 n = 14.612	0,99 n = 1.137	0,99 n = 984

Tab. 3.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.1.2 und 3.1.3 zeigen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Aufgrund der Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) wurden einige Referenzwerte ausgesetzt, da die Überarbeitung der entsprechenden Indikatoren noch nicht abgeschlossen ist.

Erstmalig aufgeführt sind die Indikatoren aus der Patientenbefragung PPCI (QIs 56100 bis 56118). Hier werden die Referenzwerte und Ergebnisse nicht ratenbasiert als Prozentwerte ausgewiesen, sondern als Punktzahlen, wobei 100 Punkte maximal erreichbar sind. Einige PPCI-Indikatoren (56100, 56101, 56117, 56118) sind risikoadjustiert und werden daher – ähnlich wie bei risikoadjustierten klassischen Indikatoren – dimensionslos dargestellt.

Die Referenzbereiche werden vom IQTIG vorgegeben. Sie entsprechen häufig der bundesweiten 95. bzw. 5. Perzentile, im Falle der Patientenbefragungs-QIs dem bundesweiten Mittelwert. Für die Indikatoren 56003, 56004 und 56008 wurden erstmalig feste Referenzwerte festgelegt.

Bei den Follow-up-Indikatoren, die aus Sozialdaten berechnet werden (ID 50012 und 56018 bis 56022), werden Eingriffe betrachtet, die bereits im Vorjahr, also 2023 (bzw. 2022) durchgeführt wurden. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen erst mit zeitlichem Verzug zur Verfügung stehen.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.1.4 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Jahr 2024 dargestellt. Die Anzahl der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten betrug 205. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr (49) eine Vervielfachung. Ursache hierfür ist die erstmalige Auswertung von 19 Indikatoren aus der Patientenbefragung. Allerdings wurde bei diesen neuen Indikatoren gemäß der Festlegungen in der DeQS-RL noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei den übrigen Indikatoren wurden annähernd bei jeder rechnerischen Auffälligkeit Stellungnahmeverfahren eingeleitet, insgesamt in 44 Fällen (Vorjahr: 42). Von diesen wurden 13 (Vorjahr: 7) durch die Fachkommission als qualitativ auffällig bewertet.

Die Fachkommission hat in drei Fällen Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-RL empfohlen, welche mit den entsprechenden Leistungserbringer*innen vereinbart wurden. Hierbei handelte es sich um die Erstellung von SOPs zur Behebung von festgestellten Prozessmängeln.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
56000	79	4	-	2	2	-	-
56003*	51	2	1	1	-	-	1
56004*	52	2	1	1	-	-	-
56005*	84	2	1	1	-	-	-
56006*	51	-	-	-	-	-	-
56007*	73	2	1	1	-	-	-
56008*	88	11	-	8	-	3	-
56012*	88	8	3	3	1	1	2
56014*	53	2	-	2	-	-	-
56018*	87	2	-	2	-	-	-
56020*	78	6	-	4	1	1	-
56022*	57	3	-	3	-	-	-
Summe		44	7	28	4	5	3

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse und Bewertungen der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in der Tabelle 3.1.5 dargestellt. Diese Überprüfung betrachtet nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität und wird im Verfahren QS-PCI im Rahmen der DeQS-Richtlinie seit dem Erfassungsjahr 2021 durchgeführt.

Stellungnahmeverfahren

Zu allen rechnerisch auffälligen AKs wurden Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (ID 852201 bis ID 852209) konnten jedoch zu einem großen Teil nicht bewertet werden, da die zugrunde liegenden Soll-Zahlen fehlerhaft ermittelt worden waren. Daher erfolgte hier eine Bewertung jeweils mit „Sonstiges“. Bei fast allen anderen auffälligen Ergebnissen musste eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
852103	Angabe EF "unbekannt"	≤ 12,76 %	3,65 % 27.776 / 761.825	2,78 % 1.489 / 53.596	4,22 % 2.148 / 50.938
852104	Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	n. d.	1,26 % 9.719 / 771.234	0,95 % 518 / 54.303	0,84 % 426 / 50.860
852105	Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	≤ 1,10 %	0,21 % 1.584 / 763.026	0,49 % 265 / 53.654	0,47 % 240 / 51.022
852106	Angabe Kreatininwert "unbekannt"	≤ 1,75 %	0,45 % 3.200 / 703.626	0,28 % 141 / 49.518	0,36 % 168 / 46.605
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	101,22 % 763.454 / 754.238	100,05 % 53.664 / 53.639	99,5 % 51.029 / 51.284
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	101,22 % 763.454 / 754.238	100,05 % 53.664 / 53.639	99,5 % 51.029 / 51.284
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,06 % 428 / 754.238	0,02 % 10 / 53.639	0,01 % 7 / 51.284

Tab. 3.1.5 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
852103	4	4	2	2	-	-
852104	0	-	-	-	-	-
852105	8	8	8	-	-	-
852106	2	2	2	-	-	-
852201	15	15	2	-	13	0
852208	5	5	2	-	3	0
852209	1	1	-	-	1	0
Summe	35	35	16	2	17	0

Tab. 3.1.6 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.2 QS WI

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
11	04.07.2024
12	08.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Das Verfahren QS WI basiert auf zwei Säulen (siehe Abbildung 3.2.1). Es wird zum einen das Hygiene- und Infektionsmanagement einer Einrichtung/eines Leistungserbringers auf Basis einer jährlichen einrichtungsbezogenen Erhebung untersucht, zum anderen die nosokomialen postoperativen Wundinfektionen, die fallbezogen und stationär dokumentiert werden. Durch die Verknüpfung mit den Sozialdaten der Krankenkassen können letztere der Einrichtung/Leistungserbringer*in zugeordnet werden, der den entsprechenden Indexeingriff durchgeführt hat, welcher wiederum eine mutmaßliche stationär dokumentierte Wundinfektion zur Folge hatte.

Das QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) befindet sich nach wie vor im Erprobungszeitraum, der auf zehn Jahre und damit bis Ende 2026 verlängert wurde. Jedoch wird das Verfahren QS WI – auf Basis eines

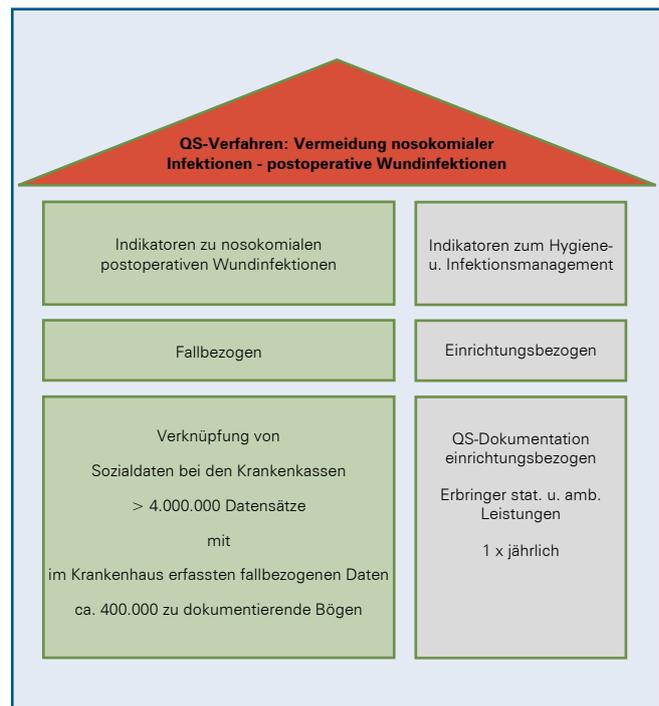


Abb. 3.2.1 Säulen des Verfahrens QS WI (Quelle IQTIG)

Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens – schon seit 2023 grundsätzlich auf dessen Eignung geprüft und u. a. folgende Aspekte untersucht, um dem G-BA entsprechende Empfehlungen zur Umsetzung zu geben:

- a) Abgleich der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation mit anderen gesetzlich geregelten Dokumentationspflichten
- b) Prüfung der Eignung und ggfs. Überarbeitung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement
- c) Prüfung der Gewichtung der Einzel-/Unterkennzahlen bei den beiden Qualitätsindikatoren
- d) Prüfung der Möglichkeit der Datenvalidierung der einrichtungsbezogenen Dokumentation
- e) Prüfung der Reduzierung der Auslösekriterien im QS-Filter der einrichtungsbezogenen Dokumentation und ggfs. gemeinsame Darstellung der Ergebnisse beider Erhebungsbögen
- f) Erstellung eines zusammengeführten Fragebogens, der die beiden derzeitigen Fragebögen (ambulant und stationär) in ein gemeinsames Erfassungsmodul überführen soll

3.2.1. WI-HI

Hygiene- und Infektionsmanagement (WI-HI)

Tabelle 3.2.1.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollzähligkeit zur einrichtungsbezogenen Erhebung dar.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Rahmen der einrichtungsbezogenen Erhebung wird das Hygiene- und Infektionsmanagement einer ambulanten bzw. stationären Einrichtung durch jeweils einen Qualitätsindikator (ID 1000 und ID 2000) mit je zehn Unterkennzahlen ermittelt. Bei diesen Unterkennzahlen ist wiederum jeweils ein Wert zwischen 0 und 100 Punkten erreichbar. Für das Auswertungsjahr 2024 sind die Ergebnisse nicht plausibel abzubilden, da die Ergebnisse in fünf Unterkennzahlen und damit auch das Gesamtergebnis der QI zum Hygiene- und Infektionsmanagement verzerrt sind. Einige Leistungserbringer*innen haben z. B. zu den Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen angegeben, dass mehr Personal geschult wurde als insgesamt in der jeweiligen Personalgruppe vorhanden ist. Diese Tatsache hat bei den betroffenen Leistungserbringern zu falsch ho-

hen Ergebnissen geführt, da die Kennzahlen z. T. deutlich über die maximal erreichbare Punktzahl von 100 hinaus gehen. Dies hat wiederum zur Folge, dass auch die Landes- und Bundesergebnisse verzerrt sind.

Die fünf Unterkennzahlen sind:

- Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie (ambulante und stationäre Erhebung)
- Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (ambulante und stationäre Erhebung)
- Durchführung von Compliance-Beobachtungen (stationäre Erhebung)

Die Abb. 3.2.1.1 stellt die Ergebnisse der Unterkennzahlen im QI 1000 (Hygiene- und Infektionsmanagement ambulante Versorgung) für die AJ 2023, 2024 und 2025 dar.

Bei der differenzierten Betrachtung der Unterkennzahlen für die ambulante Versorgung zeigt sich eine positive Entwicklung bei der Kennzahl „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“. Auch das Ergebnis bei den Patienteninformationen zur Hygiene bei

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024		Erfassungsjahr 2023	
	Krankenhausstandorte	Belegärzte oder Praxen/MVZ	Krankenhausstandorte	Belegärzte oder Praxen/MVZ
Anzahl Auswertungstandorte mit Datensätzen				
Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren (WI-HI-A)	73	32	75	51
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren (WI-HI-S)	55	111	53	134
Fallzahlen (Summe)				
Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren	105		126	
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren	166		187	
Vollzähligkeit				
Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren	87,5 %		86,9 %	
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren	89,3 %		89,1 %	

Tab. 3.2.1.1 Datengrundlage EJ 2024/23

Stellungnahmeverfahren

MRSA-Besiedlungen hat sich im AJ 2025 verbessert. Nach wie vor gibt es Optimierungspotenzial bei der Teilnahme an Informationsveranstaltungen, sowohl zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie als auch zur Hygiene- und Infektionsprävention. Die Ergebnisse in den beiden entsprechenden Unterkennzahlen sind im AJ 2024 durch unplausible Angaben verzerrt und daher nicht verwertbar.

Die Abb. 3.2.1.2 stellt die Ergebnisse der Unterkennzahlen im QI 2000 (Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Versorgung) für die AJ2023, 2024 und 2025 dar,

Gegenüber den Vorjahren sind in fast allen Unterkennzahlen leichte Verbesserungen zu sehen. Die Ergebnissen in den Unterkennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“ und „Durchführung von Compliance-Beobachtungen“ liegen trotz Verbesserung im Vergleich zum AJ 2023 noch deutlich unterhalb des Zielwertes. Die entsprechenden Kennzahlen sind im AJ 2024 durch unplausible Angaben verzerrt und daher nicht verwertbar.

Obwohl sich das Verfahren nach wie vor in Erprobung befindet, wird ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, auch um Rückmeldungen zu erhalten, wie die Erhebungsinstrumente optimiert und geschärft werden sollten. Im Auswertungsjahr 2024 wurden 19 Stellungnahmen für das Hygiene- und Infektionsmanagement angefordert, 15 für den QI 1000 (ambulante Versorgung) und vier für den QI 2000 (stationäre Versorgung). Die Bewertung der Stellungnahmen erfolgte in qualitativ auffällig, qualitativ unauffällig (ggf. mit nachfolgenden Zielvereinbarungen), Dokumentationsfehler oder „Sonstiges“.

Im Indikator 1000 (Hygiene- und Infektionsmanagement in ambulanten Einrichtungen) wurden vier Dokumentationsfehler festgestellt. Zwei Stellungnahmen wurden mit der Kategorie „Sonstiges“ bewertet, da die Leistungserbringer*innen ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben oder nicht mehr in Hessen tätig sind. Neun Stellungnahmen wurden als qualitativ auffällig bewertet, da diese entweder keine adäquate Antwort enthielten oder sie Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität lieferten. Sieben davon enthielten zudem eine Vereinbarung über Maßnahmen der Stufe 1, die darauf abzielen, die Versorgung zu verbessern. Konkret werden Nachweise über interne Leitlinien/SOP/Arbeitsanweisungen zu den Aspekten gefordert, die bislang bei den ambulanten Leistungserbringer*innen nicht qualitativ ausreichend aufgestellt sind.

Im QI 2000 (Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären Einrichtungen) wurde dreimal eine fehlerhafte Dokumentation im Erhebungsbogen festgestellt und eine Stellungnahme als qualitativ auffällig bewertet.

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
WI-HI-A	1000	Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen	≥ 49,56 / 100 Punkte	78,22 / 100 Punkte N = 3.118	76,67 / 100 Punkte N = 166	*
WI-HI-S	2000	Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen	≥ 62,17 / 100 Punkte	78,03 / 100 Punkte N = 1.178	78,80 / 100 Punkte N = 105	*

* keine Empfehlung zur Veröffentlichung auf Grund von verzerrtem Ergebnis durch unplausible Angaben

Tab. 3.2.1.2 Auswertungsjahr 2024/23 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

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

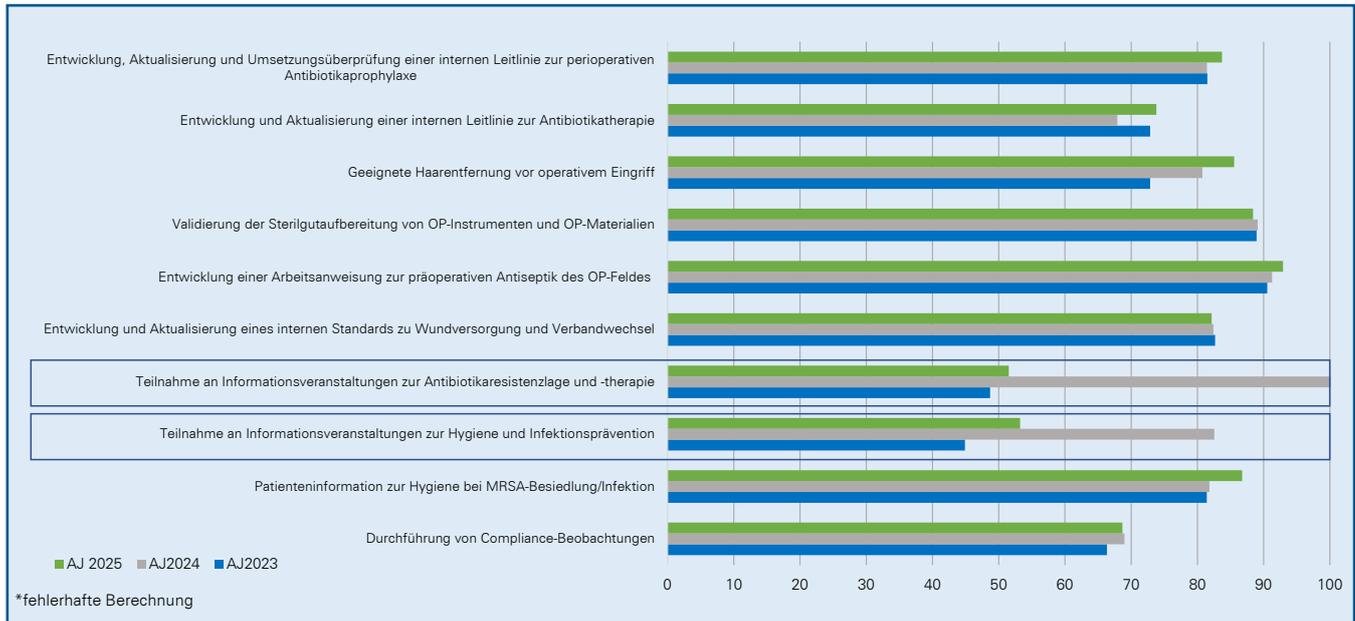


Abb. 3.2.1.1 Vergleich der Kennzahlen/Ergebnisse AJ2023-AJ2025

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

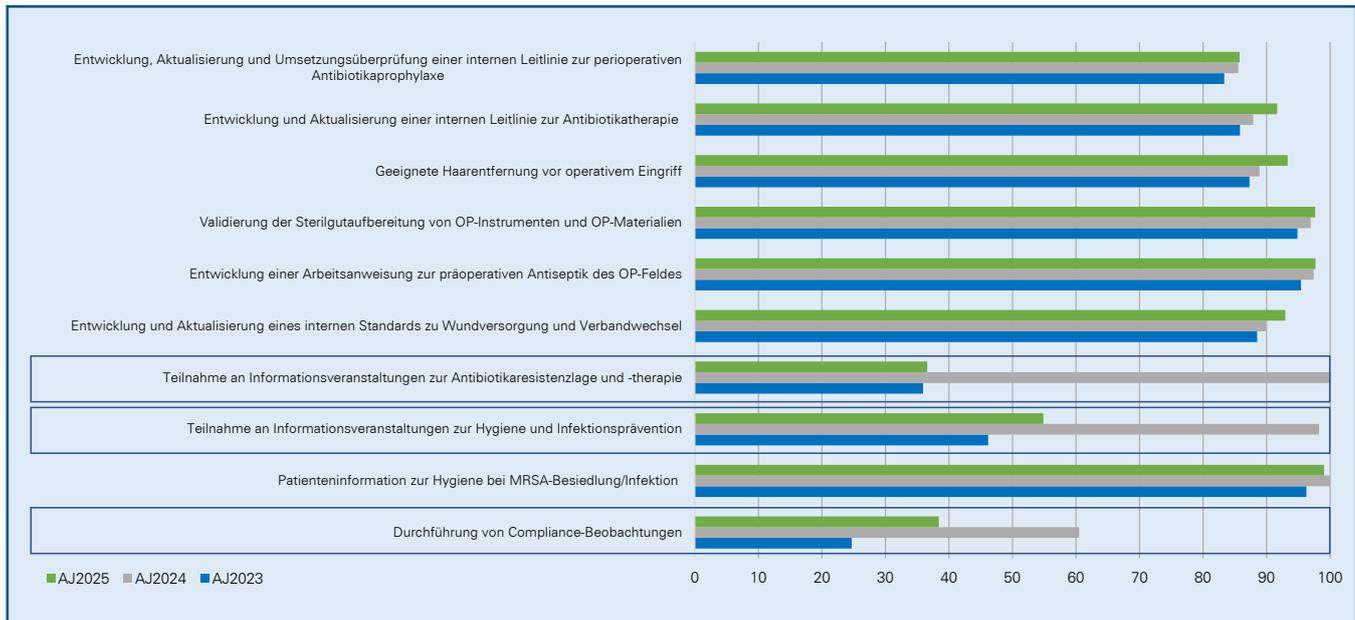


Abb. 3.2.1.2 Vergleich der Kennzahlen/Ergebnisse AJ2023-AJ2025

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
WI-HI-A	1000	15	15	9	-	4	2	7
WI-HI-S	2000	4	4	1	-	3	-	-
	Summe	19	19	10	0	7	2	7

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.2.1.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.2.2 WI-NI

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen (WI-NI)

Tabelle 3.2.2.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für die Erfassungsjahre (Jahr der Indexeingriffe) 2022 und 2023 zur fallbezogenen Erhebung dar. Wie bereits im Vorjahr zeigt sich eine hohe Vollzähligkeit bei der Erfassung der entsprechenden QS-Daten.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Bei den Indikatoren der (mutmaßlich) nosokomialen postoperativen Wundinfektionen, die fallbezogen und stationär erfasst werden, sind die Ergebnisse in Tabelle 3.2.2.2 dargestellt. Insgesamt zeigt sich bei in den Wundinfektionen nach Implantat-Operationen sowohl im Vergleich zu den Bundesergebnissen als auch im Vergleich zum Vorjahr für Hessen ein besseres Ergebnis. Bei den Nicht-Implantat-Operationen hat sich das risikoadjustierte Ergebnis zwar leicht verbessert, liegt jedoch noch über dem Bundeswert. Interessant dabei ist, dass die rohe Rate im Bundesschnitt jedoch leicht darunter liegt (Tabelle 3.2.2.2).

Stellungnahmeverfahren

Obwohl sich das Verfahren nach wie vor in Erprobung befindet, wird ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, auch um Rückmeldungen zu erhalten, wie ggf. die Erhebungsinstrumente optimiert und geschärft werden sollten.

Bei den Qualitätsindikatoren gab es im QI „nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up“ einen rechnerisch auffälligen Leistungserbringer*innen.

Bei den stationären Operationen im Bereich „nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ waren sechs Leistungserbringer*innen rechnerisch auffällig, in den Unterkennzahlen der tiefen nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach (Nicht-)Implantat-Operationen, 30 (90) Tage Follow-up waren vier bzw. zwei Leistungserbringer*innen rechnerisch auffällig.

Um diese Fälle aufzubereiten, wurde eine befüllbare einheitliche Excel-Datei durch die LAGQH zur Verfügung gestellt, die sämtliche auffälligen Fälle mit Angaben aus der QS-Dokumentation (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, Aufnahme- und OP-Datum, Tracer-OP, ICD- und OPS-Infektion) beinhaltet. Darüber hinaus enthielt sie leere Spalten bzw. Zellen zur Vervollständigung der jeweiligen Fälle durch die Klinik (entweder Freitextangaben oder Auswahlmöglichkeit).

Dies waren:

- Vorerkrankungen
- Indikatoren des Tracer-Eingriffs
- Lokale Besonderheiten im OP-Gebiet
- Stationärer Verlauf
- Postoperative Wundinfektion: ja/nein
- Wenn postoperative Wundinfektion = ja, welche operativen/ konservativen Maßnahmen wurden durchgeführt
- Eigene kritische Analyse des Falles

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2023	Erfassungsjahr 2022
Anzahl Leistungserbringer*innen auf Standortebene mit dokumentierten Fällen (IST)	117	115
Datensätze	20.351	17.493
Vollzähligkeit	100,7 %	102,6 %

Tab. 3.2.2.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2023/22)

Ziel dieses Vorgehens ist, jeden einzelnen auffälligen Fall zu prüfen, ob tatsächlich eine postoperative Wundinfektion vorlag und wenn ja, ob und wie sie hätte ggf. verhindert werden können. Die Analyse der Klinik zu sämtlichen Fällen lässt auch Hinweise zu, ob Struktur- oder Prozessmängel vorliegen.

Bei den fallbezogenen rechnerischen Auffälligkeiten wurde die Stellungnahme des Leistungserbringers, nach dessen ambulanten Eingriff eine nosokomiale

Wundinfektion dokumentiert wurde, als unauffällig bewertet. Zwei der restlichen zwölf Stellungnahmen wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zehn jedoch als qualitativ auffällig. Vier Leistungserbringer*innen erhielten zudem eine Vereinbarung über Maßnahmen der Stufe 1, die darauf abzielen, die Versorgung zu verbessern. Konkret wurde z. B. gefordert, die aufgetretenen Fälle kritisch intern zu prüfen oder eine Arbeitsanweisung bezüglich der Antibiotikaphylaxe einzureichen

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
WI-NI-A	1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	≤ 1	0,00 600 / 633.826	0,00 43 / 59.843	0,00 30 / 55.279
	1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 1	0,00 92 / 68.245	0,00 5 / 6.698	x * ≤3 / 5.149
WI-NI-S	2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	≤ 2,00 O / E / N	1,09 18.367 / 16.863 / 1.235.190 1,49 %	1,13 1.261 / 1.112 / 86.722 1,45 %	1,15 1.136 / 991 / 79.811 1,42 %
	2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 2,16 O / E / N	1,04 11.419 / 10.949 / 1.152.761 0,99 %	0,94 727 / 771 / 84.185 0,86 %	1,15 655 / 567 / 71.401 0,92 %
	2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	≤ 2,25 O / E / N	1,09 12.778 / 11.675 / 1.235.190 1,03 %	1,17 890 / 763 / 86.722 1,03 %	1,21 787 / 652 / 79.811 0,99 %
	2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	≤ 2,26 O / E / N	1,06 9.578 / 9.003 / 1.152.761 0,83 %	0,97 612 / 633 / 84.185 0,73 %	1,18 532 / 452 / 71.401 0,75 %

Tab. 3.2.2.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
WI-NI-A	1500	1	1	-	1	-	-	-
	1501	0	-	-	-	-	-	-
WI-NI-S	2500	6	6	6	-	-	-	4
	2501	0	-	-	-	-	-	-
	2502	4	4	3	1	-	-	2
	2503	2	2	1	1	-	-	-
	Summe	13	13	10	3			6

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.2.2.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien

Stellungnahmeverfahren

Bei den beiden Auffälligkeitskriterien zur Über- und Unterdokumentation (>110 % bzw. <95 % Vollständigkeit) gab es im EJ 2023 vier auffällige Einrichtungen. Bei zwei Kliniken mit einer Überdokumentation wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Die Überdokumentation begründet sich primär durch fälschlicherweise ausgelöste Fälle.

Ausblick

Unabhängig vom Abschlussbericht, der – wie in der Einleitung erwähnt – zum 15.03.2025 abgegeben wurde, sind bereits folgende Anpassungen für das Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der einrichtungsbezogenen Erhebung ab dem Erfassungsjahr 2025 bekannt:

- a) Keine Änderungen in den Auslösekriterien
- b) Aufhebung der Dokumentationspflicht für Belegärzte (WI-HI_S_KV)
- c) Anpassung von Wertebereichsgrenzen „> 0“ auf „>= 0“, sodass auch „0“ dokumentiert werden kann
- d) Ausfüllhinweise der Datenfelder „Freigabe und Aktualisierung der Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ und „Freigabe zur Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie“ werden um Antibiotic Stewardship (ABS)-Kommission ergänzt.

- e) Ausfüllhinweise Datenfelder mit Angabe „Normalstation“ (WI-HI-S) werden gemäß DEMIS Wissensdatenbank der gematik ergänzt
- f) Ausfüllhinweise zur Spezifizierung der Zählweise von Mitarbeitern für die Datenfelder Reinigungspersonal, Sterilgutaufbereitung und Küchenpersonal (WI-HI-S): Die Mitarbeiter werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit).
- g) Änderung der Frage in Datenfeld „Compliance-Beobachtungen“ (WI-HI-A): „Wurden bei den Mitarbeitern Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt?“

Diskutiert wird aktuell vor allem, ob die QI-ID 2500 und QI-ID 2501 wegen Überschneidung zu den QI der tiefen Wundinfektionen (QI-ID 2502 und QI-ID 2503) gestrichen werden. Für die Kennzahl 34200 der 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) wird eine Risikoadjustierung erwogen und bei den QI-ID 1500 und QI-ID 1501 soll evtl. die A1-Wundtiefe entfallen.

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	Maßnahmen Stufe 1
WI-NI-D	852303	2	-	-	-	-	-
	852304	2	2	2	-	-	2
	Summe						

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.2.2.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.3 QS CHE

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	19.06.2024
8	15.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Das Verfahren QS Cholezystektomie ist bisher das einzige QS-Verfahren, in welchem alle Qualitätsindikatoren primär auf Basis von Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen berechnet werden. Da jedoch die Sozialdaten hinsichtlich der zeitlichen Zuordnung von Diagnosen und Eingriffen limitiert sind, müssen in den Krankenhäusern zu jedem operierten Fall zusätzliche Informationen im Rahmen einer separaten

QS-Dokumentation erfasst werden. Diese werden im Nachgang mit den Sozialdaten verknüpft und erhöhen damit die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. So wird beispielsweise bei codierter Sepsis (ICD A41) abgefragt, ob diese bereits vor der OP vorlag oder nicht. Dies wird dann bei der Berechnung des entsprechenden Qualitätsindikators berücksichtigt.

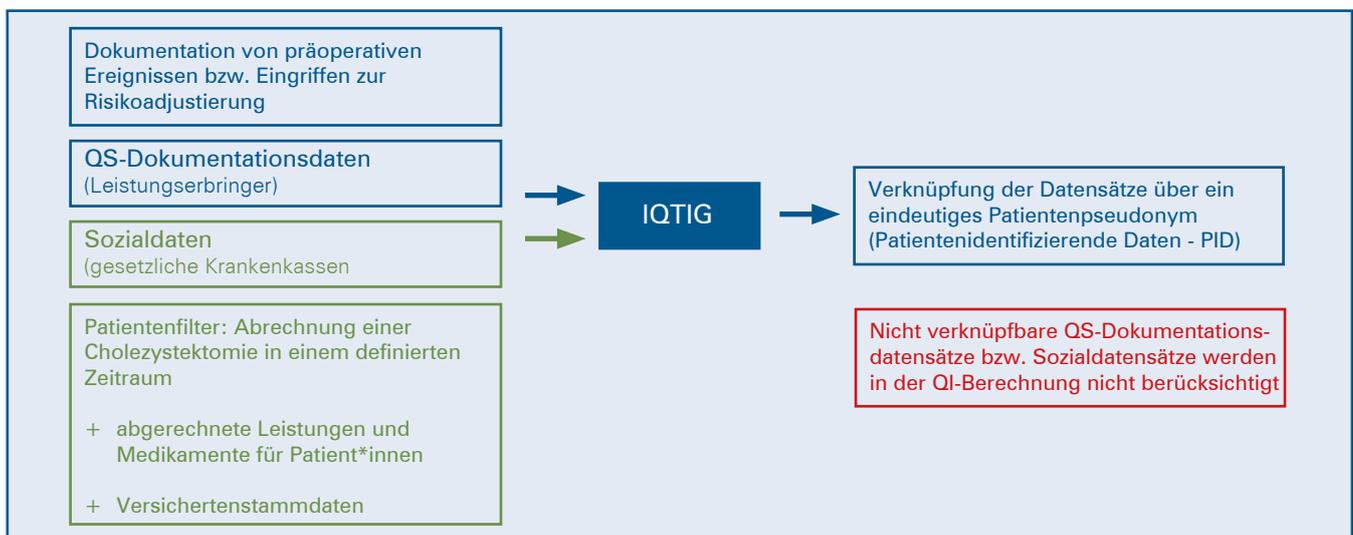


Abb. 3.3.1 Datengrundlage/-verknüpfung im Verfahren QS CHE

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	78	78
Fallzahlen	11.806	11.448
Minimaldatensätze	2	3
Summe (inkl. MDS)	11.808	11.451
Vollständigkeit	99,9 %	100,2 %

Abb. 3.3.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Die Tabelle 3.3.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar. Für das Erfassungsjahr 2024 wurden 11.806 Gallenblasentfernungen aus 78 hessischen Kliniken in die Berechnung einbezogen. Gegenüber dem Vorjahr haben sich die Fallzahlen nur leicht erhöht. Erfreulich ist die erneut vollzählige Erfassung der QS-Daten in den Krankenhäusern sowie die nahezu 100%ige Verknüpfungsrates der QS-Daten mit den Sozialdaten zu sehen. Damit konnten auch nahezu alle Eingriffe für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Grundsätzlich werden für das Verfahren QS CHE ausschließlich Follow Up-Indikatoren auf Basis von Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen berechnet. Die Follow up-Zeiträume betragen 30, 90 und 365 Tage und weisen codierte Komplikationen, Infektionen, Blutungen oder die Sterblichkeit aus. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich beim Follow up-Zeitraum von 30 Tagen (QI 58000, 58002, 58003 und 58004) auf Gallenblasentfernungen in 2024, beim Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen (QI 58001 und 58006) bzw. 365 Tagen (QI 58005) auf die entsprechenden Eingriffe im Jahr 2023.

Auf Grund der Einführung der neuen Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung im QS-Verfah-

ren CHE (siehe hierzu auch Einleitung Kapitel 3) haben sich die Referenzbereiche für alle Qualitätsindikatoren deutlich verringert. Leistungserbringer*innen die mit Ihrem Ergebnis unterhalb des neuen Referenzbereichs liegen sind nur rechnerisch auffällig, wenn die Abweichung auch statistisch signifikant vom Referenzbereich abweicht.

Insgesamt liegen die hessischen Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren zum Teil deutlich unterhalb des Bundesergebnisses (ID 58000 und ID 58002), zum Teil aber auch darüber (IDs 58001, 58003, 58004 und 58006). Durch die neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung liegt das hessische Ergebnis bei dem QI zur Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen sogar außerhalb des Referenzbereichs. Dies kann jedoch nicht per se mit einer schlechten Versorgungsqualität in Zusammenhang gebracht werden, da gerade bei diesem Qualitätsindikator im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens häufig keine Kausalität zwischen Eingriff und Tod hergeleitet werden kann. Das IQTIG hat für das AJ 2025 auch die Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren zum FU-Zeitraum 90 Tage bzw. 365 Tage erweitert. Dies sollte sich mutmaßlich auch im Stellungnahmeverfahren 2025 bemerkbar machen.

Stellungnahmeverfahren

Insgesamt 22 Stellungnahmeverfahren wurden Grundlage der Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 durchgeführt. Zu 15 der 37 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde dagegen auf Empfehlung der Fachkommission kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Hintergrund hierfür sind Einzelfälle oder nicht signifikante rechnerische Auffälligkeiten.

Auf Grundlage der Epikrisen sowie der angeforderten Arztbriefe, OP-Berichte und Histologiebefunde wurde eine Bewertung der Ergebnisse durchgeführt. Bei der

Mehrzahl der Klinik konnte auf Basis der vorliegenden Unterlagen kein qualitatives Problem erkannt werden. In über einem Drittel lagen Dokumentationsprobleme vor, die sich sowohl durch eine fehlerhafte QS-Dokumentation als auch durch eine mutmaßlich falsche Codierung von Diagnosen oder Eingriffen erklären lassen. Letztendlich ergaben nur zwei der 22 durchgeführten STNV Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel. Bei den beiden Kliniken wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, bei einer davon in Form eines Peer-Reviews.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich*	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,15 O / E / N	0,95 1.202 / 1.264 / 158.995 0,76 %	0,78 68 / 87 / 11.419 0,6 %	0,96 83 / 87 / 11.411 0,73 %
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,30 O / E / N	1 6.637 / 6.637 / 156.685 4,24 %	1,05 468 / 445 / 11.279 4,15 %	0,98 465 / 474 / 11.098 4,19 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,26 O / E / N	0,92 1.959 / 2.137 / 158.995 1,23 %	0,74 112 / 151 / 11.419 0,98 %	0,81 154 / 148 / 11.411 1,35 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,24 O / E / N	1,02 2.330 / 2.280 / 158.995 1,47 %	1,09 167 / 153 / 11.419 1,46 %	0,95 144 / 151 / 11.411 1,26 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,24 O / E / N	1,06 4.245 / 4.011 / 158.995 2,67 %	1,1 306 / 279 / 11.419 2,68 %	1,01 272 / 269 / 11.411 2,38 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 1,11 O / E / N	1 4.484 / 4.484 / 156.685 2,86 %	0,94 285 / 304 / 11.279 2,53 %	0,91 262 / 199 / 11.098 2,36 %
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,05 O / E / N	1 2.838 / 2.834 / 156.685 1,81 %	1,09 195 / 179 / 11.279 1,73 %	1,02 203 / 215 / 11.098 1,83 %

*Neue Referenzbereiche nach der neuen Methodik zur Auffälligkeitseinstufung

Tab. 3.3.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
58000*	5	3	1	2	-	-	1
58001	4	2	-	-	2	-	-
58002*	7	4	-	-	4	-	-
58003*	6	4	-	4	-	-	-
58004*	6	4	-	2	2	-	-
58005	5	1	1	-	-	-	1
58006	4	4	-	4	-	-	-
Summe	37	22	2	12	8	0	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.3.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,64 % 164.486 / 163.441	99,86 % 11.808 / 11.824	100,18 % 11.451 / 11.430
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	100,64 % 164.486 / 163.441	99,86 % 11.808 / 11.824	x %* ≤ 3* / 11.430
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	0,02 % 40 / 163.441	x %* ≤ 3* / 11.824	100,18 % 11.451 / 11.430

Tab. 3.3.4 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die hohe Vollständigkeit in der Erfassung der QS-Daten für das Verfahren QS CHE spiegelt sich auch bei den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien wider. So gab es keine auffällige Klinik in Hessen bei dem AK zur Unterdokumentation. Auch bei den AKs zur Überdokumentation und zu den Minimaldatensätzen musste kein Krankenhaus im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angeschrieben werden (Tab. 3.3.3).

Ausblick

Das Verfahren QS CHE wurde erst in der letzten Runde zur Weiterentwicklung der DeQS-Verfahren vom IQTIG begutachtet und bewertet (siehe hierzu auch Kapitel 3. Einführung). Aktuell (Frühjahr 2025) liegt noch kein Abschlussbericht vor, jedoch gibt es keine Anzeichen großer Änderungen des Verfahrens. Grundsätzlich wird wohl darüber nachgedacht auch die zunehmend ambulanten Gallenblasenentfernungen mit einzubeziehen. Erneut ist ein Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer von akut steinbedingten Gallenblasenentzündungen im Gespräch.

* Datenschutz

3.4 QS NET-DIAL

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	10.07.2024
6	10.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau C. Herrler Frau A. Meister

Einleitung

Unter dem Sammelbegriff „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreas-transplantationen (QS NET)“ werden folgende vier QS-Verfahren subsumiert:

- ✓ Dialyse (NET-DIAL)
- ✓ Nierentransplantationen (NET-NTX)
- ✓ Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (NET-PNTX-D)
- ✓ Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen (NET-PNTX)

Im Folgenden wird lediglich das Verfahren QS NET-DIAL betrachtet, da es als einziges QS-Verfahren in die

Zuständigkeit der Landesebene fällt. Hintergrund ist, dass Dialysen landesweit sehr häufig und oftmals auch im ambulanten Sektor stattfinden.

Die anderen drei QS-Verfahren sind aufgrund ihrer geringen Fallzahl (Transplantationen werden nur in bestimmten Zentren mit überschaubarer Anzahl durchgeführt) auf Bundesebene verortet und werden durch das IQTIG betreut. Tabelle 3.4.1 zeigt die entsprechende Anzahl der Fälle in den Jahren 2023 und 2024. Die Erfassung ist bei den teilstationären Eingriffen wie schon im Vorjahr vollzählig. Die Vollzähligkeit von 90 % bei den kollektivvertraglichen Leistungen begründet sich durch den Totalausfall einiger weniger Leistungserbringer.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2023		Erfassungsjahr 2024	
	Kollektivvertragliche Leistungen	Teilstationäre Leistungen	Kollektivvertragliche Leistungen	Teilstationäre Leistungen
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	52	16	52	16
Fallzahlen	21.459	2.348	21.767	2.504
Minimaldatensätze	563	0	443	0
Summe (inkl. MDS)	22.022	2.348	22.201	2.504
Vollzähligkeit	90,6 %	100,0 %	n. b.	99,8 %

Tab. 3.4.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Aufgrund der Empfehlung des IQTIG zur Weiterentwicklung der DeQS-Verfahren wurden zum Verfahren QS-DIAL für das Auswertungsjahr 2025 bei diversen Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität keine Referenzbereiche mehr ausgewiesen (siehe hierzu Tab. 3.4.3 und Ausblick). Übrig geblieben sind die beiden Indikatoren zur Hospitalisierung, zum einen auf Grund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse, zum anderen auf Grund von Peritonealdialyse (PD)-assozierten Infektionen. Beide QIs generieren sich aus Sozialdaten. Erstmals wurde hierbei auch eine Risikoadjustierung durchgeführt. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr bzw. zum Bundesergebnis finden sich in Tabellen 3.4.2 und 3.4.3. Als Transparenzkennzahlen werden jährlich auch die 1-, 2- und 3-Jahresüberlebensraten berechnet.

Stellungnahmeverfahren

Wie in der Beschreibung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren deutlich wird, sind die Stellungnahmeverfahren für rechnerisch auffällige Leistungserbringer methodisch nur eingeschränkt valide und dementsprechend vorsichtig durchzuführen. In Hessen wurden im QI 572003 und im QI 572004 nur rechnerisch auffällige

Leistungserbringer*innen mit mehr als zehn Fällen im Nenner um Stellungnahme gebeten.

Für den QI 572006 gab es eine Empfehlung des IQTIG zur Aussetzung des SNV, da hier „eher Dokumentationsprobleme vorliegen als qualitative Mängel“. Die Vermutung besteht, dass sogenannte wesentliche Ereignisse nicht dokumentiert werden, die aber bei Berechnung des Indikators ausgeschlossen werden, sodass letztendlich die Dialysedauer als zu gering ausgegeben wird. Jedoch wurde diese Empfehlung vom G-BA kurz darauf widerrufen und in einer Aktualisierung solle „die LAG diese Information bei der Durchführung des SNV berücksichtigen“. Aufgrund der massiven methodischen Mängel dieses Indikators war das Ziel, tatsächlich nur die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer um Stellungnahme zu bitten, die für uns nachvollziehbar zu geringe Dialysedauern pro Woche aufwiesen. Um dies zu identifizieren, wurden die Mediane aller rechnerisch auffälligen Leistungserbringer ermittelt und nur die um Stellungnahme gebeten, die deutlich vom erwarteten Wert von zwölf Stunden pro Woche abwichen. Bei den QI 572009 und QI 572010 wurden nur statistisch auffällige Leistungserbringer*innen angefragt.

Ergebnisübersicht (Follow-up-Kennzahlen)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	≤ 2,03 O / E / N	0,98 7.213 / 7.380 / 7.9645 9,06 %	0,88 513 / 581 / 5.959 8,61 %	n. b. 542 / n. b. / 5.696 9,52 %
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 2,26 O / E / N	0,88 352 / 402 / 2.106 16,71 %	0,87 17 / 20 / 94 18,09 %	n. b. 16 / n. b. / 63 25,40 %
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	89,06 % 9.947 / 11.169	87,43 % 758 / 867	84,98 % 696 / 819
572012	2-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	73,43 % 7.762 / 10.571	68,30 % 573 / 839	74,11 % 561 / 757
572013	3-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	61,64 % 5.951 / 9.655	63,08 % 492 / 780	61,21 % 213 / 348

Tab. 3.4.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Ergebnisübersicht

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	n. d.	82,08 % 8.449 / 10.293	76,25 % 581 / 762	64,32 % 485 / 754
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	n. d.	43,52 % 6.899 / 15.854	44,3 % 529 / 1.194	42,22 % 521 / 1.234
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	n. d.	26,02 % 18.568 / 71.366	28,03 % 1.496 / 338	27,29 % 1.422 / 5.210
572005	Dialysefrequenz pro Woche	n. d.	14,08 % 7.069 / 50.215	10,08 % 372 / 3.689	13,67 % 511 / 3.737
572006	Dialysedauer pro Woche	n. d.	29,8 % 14.965 / 50.215	21,77 % 803 / 3.689	27,75 % 1.022 / 3.683
572007	Ernährungsstatus	Transparenzkennzahl	5,62 % 4.012 / 71.376	6,59 % 357 / 5.415	5,32 % 286 / 5.379
572008	Anämiemanagement	Transparenzkennzahl	0,42 % 299 / 71.376	0,41 % 22 / 5.415	0,45 % 24 / 5.379

Tab. 3.4.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
572002	0	-	-	-	-	-	-
572003	9	4	-	4	-	-	-
572004	14	10	-	10	-	-	-
572005	5	3	-	3	-	-	-
572006	42	3	-	3	-	-	-
572009	9	2	1	1	-	-	-
572010	10	0	-	-	-	-	-
Summe	89	22	1	21	0	0	0

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.4.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Ausblick

Auf Basis des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde das IQTIG beauftragt, alle bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung zu überarbeiten (siehe hierzu Einleitung Kapitel 3).

Vor diesem Hintergrund haben die LAG-Geschäftsstellen aus Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein folgende Stellungnahme zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens NET-DIAL an das IQTIG gerichtet:

Das QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) startete im Rahmen der DeQS-Richtlinie am 1. Januar 2020. Die Erfassung der QS-Daten begann im Jahr 2021.

Tabelle 3.4.5 zeigt die bisherige Entwicklung des Verfahrens hinsichtlich der Parameter Vollständigkeit, Auffälligkeitskriterien (AK), Qualitätsindikatoren (QI), Transparenzkennzahlen (TKZ), Risikoadjustierung (RS), Ergebnisveröffentlichung (Ergebnisse) und Stellungnahmeverfahren (STNV) nach Auswertungsjahr (AJ).

Die Vollständigkeit hat sich mutmaßlich nach dem ersten Jahr verbessert und lag im Auswertungsjahr 2024 bei knapp 95 %. Die Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da das IQTIG bei der Berechnung der Vollständigkeit die unter- und überdokumentierten IST-Fälle (geliefert) summiert hat. Dieses Vorgehen kann die tatsächliche Vollständigkeit verfälschen und demnach deutlich überschätzen. Unklar bleiben bisher auch die Gründe für die knapp 10.000 (ca. 3 %) Minimaldatensätze (MDS) im AJ 2023 bezogen auf die kollektivvertraglichen Leistungen. Bisher kamen keine Auffälligkeitskriterien zum

AJ	Vollständigkeit	AK	QI (QS-Daten)	QI (Sozialdatenbasiert)	TKZ (nur <18J)	RS	Ergebnisse	SNV
2022	118,0 % (EJ 2021)	-	5	Sozialdatenbasiert	(nur <18J)	Keine	*Nicht veröffentlicht	Nicht regelhaft durchgeführt
2023	91,68 %	-	6	3	2 (10)	Keine	*Nicht veröffentlicht	„vorsichtig“ 20 % rechnerisch auffällig davon in 5,5 % ein SNV
2024	(EJ 2022)	3	5	4	2 (12)	Keine	Veröffentlicht (BUAW, BQB)	Durchgeführt (bisher noch keine Ergebnisse)

Tab. 3.4.5 Entwicklung im Verfahren QS NET-DIAL (Quelle: BQB AJ 2022-2024, BUAW AJ 2024)

Beispiel für eine fehlerhafte Berechnung der Vollständigkeit

	geliefert	erwartet	Vollständigkeit
LE1	100	100	100 %
LE2	50	100	50 %
LE 3	150	100	150 %
Summe	300	300	≠ 100 %

Tab. 3.4.6 Beispieldarstellung

Einsatz. Für das AJ 2024 konnten die definierten AK zur Vollzähligkeit und zu den MDS auf Grund eines Fehlers nicht eingesetzt werden. Somit gibt es bisher keine verlässlichen Informationen hinsichtlich der Ursachen von Über- und Unterdokumentationen sowie den Hintergründen zu der teilweise hohen Anzahl an MDS.

Für das AJ 2024 erfolgte erstmals eine Veröffentlichung der Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht (BQB) bzw. in einer Bundesauswertung (BUAW). Für die AJ 2022 und AJ 2023 hat sich der G-BA aufgrund einer unzureichenden bzw. unsicheren Datengrundlage auf Empfehlung des IQTIG gegen eine Veröffentlichung ausgesprochen. Zum AJ 2023 sollte auf Beschluss des G-BA „aufgrund noch bestehender Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Sollstatistik ein „vorsichtiges“ Stellungnahmeverfahren im Ermessen der LAGen“ erfolgen (BQB 2024). Erkenntnisse aus dem Stellungnahmeverfahren sind daher bisher nur eingeschränkt verwertbar.

Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 wurden sieben Qualitätsindikatoren eingesetzt, fünf davon QS-datenbasiert, zwei davon QS- und sozialdatenbasiert. Die Qualitätsindikatoren sowie die entsprechenden Referenzbereiche wurden seit ihrer Einführung in ihrer Methodik nicht wesentlich verändert.

Der Qualitätsindikator 57002 (Keine Evaluation zur Transplantation) fällt dadurch auf, dass ein Referenzbereich von $\leq 100\%$ (95 % Perzentile) festgelegt wurde. Somit ist bei einem bundesweiten Ergebnis von 70,6 % kein Leistungserbringer rechnerisch auffällig. Die Hintergründe für dieses bedenkliche Ergebnis konnten auf Grund der starren Referenzbereichsmethodik des IQTIG im Rahmen der Stellungnahmeverfahrens nicht ansatzweise eruiert werden. Das gleiche gilt auch für den ausgesetzten QI 572001 (Aufklärung über Behandlungsoptionen).

Die Qualitätsindikatoren 572003 (Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung) und 572004 (Katheterzugang bei Hämodia-

lyse) fokussieren beide den Hämodialysezugang. Die Berechnung beider QI führt zu Kreuzauffälligkeiten, d. h. bei vielen Leistungserbringern (LE) (in Hessen im AJ 2024 ca. 40 %) betrifft dies sowohl QI 572003 als auch QI 572004. Gerade im SNV führt dies zu einem unnötig erhöhten Aufwand und zu Missverständnissen. Bezüglich der Ergebnisse lässt sich für beide Indikatoren im AJ 2024 eine große Streuung feststellen, und dies auch bei Leistungserbringern mit hoher Fallzahl (QI 572003: 12 - 55 % [LE mit $N \geq 100$], QI 572004: 12,5 - 40 % [LE mit $N \geq 200$] (BUAW AJ 2024). Die Ergebnisse sprechen (bei fehlender Risikoadjustierung) für mögliche Unterschiede in der Versorgungsqualität.

Die Qualitätsindikatoren 572005 (Dialysefrequenz pro Woche) und 572006 (Dialysedauer pro Woche) setzen ihren Schwerpunkt auf eine adäquate Dialyseversorgung. Beim QI 572006 waren im AJ 2024 auf Grundlage des festen Referenzbereichs ($\leq 15\%$) ca. 75 % aller Leistungserbringer bundesweit rechnerisch auffällig. Dies kann zum einen auf ein extremes Versorgungsproblem in Deutschland hinweisen, zum anderen aber auch auf methodisch-fachliche Defizite bei der Berechnung der Indikatoren. Eine valide Antwort auf diese Frage ist bisher nicht möglich. Unabhängig davon zeigen auch hier die Ergebnisse eine starke Streuung (QI 572005: 0 - 90 % [LE mit $N \geq 100$], QI 572006: 1 - 90 % [LE mit $N \geq 100$] (BUAW AJ2024), was die Frage nach der Plausibilität der Ergebnisse aufwirft, aber auch auf Unterschiede in der Versorgungsqualität hinweisen könnte. Weiterhin sind bei diesen Qualitätsindikatoren (logischerweise) Kreuzauffälligkeiten ersichtlich, die aktuell zu einem unnötigen Aufwand im Stellungnahmeverfahren führen.

Die Qualitätsindikatoren 572009 (Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse) und 572010 (Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen) basieren auf QS- und Sozialdaten. Auf die Herausforderungen zur Durchführung einer suffizienten Qualitätssicherung auf Grundlage von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren wurde bereits im Rahmen der Stellungnahme zu den Verfahren QS CAP, QS MC, QS Karotis, QS DEK und QS HGV eingegangen. Eine offensichtliche und schwerwiegende Einschränkung zeigt die hier feh-

lende Risikoadjustierung. So sind im QI 572009 überdurchschnittlich viele teilstationäre Leistungserbringer rechnerisch auffällig (in Hessen acht von neun rechnerisch auffälligen LE).

Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung ist notwendig, wenn patientenbezogene Faktoren, die nicht vom Leistungserbringer beeinflussbar sind, Auswirkungen auf das Ergebnis haben.

Abbildung [3.4.1] zeigt die Unterschiede der QI-Ergebnisse aus dem AJ2024 zwischen den ambulanten und teilstationären Fällen. Es lassen sich über alle ausgewerteten QI (exkl. QI-ID 572010) signifikante Unterschiede zwischen den teilstationären und ambulanten Fällen feststellen, sogar bei den Prozessindikatoren (572002, 572003, 572004, 572005 und 572006). Mit der Annahme, dass die teilstationäre Versorgung nicht grundsätzlich schlechter ist als die ambulante Versorgung, lässt sich somit die unabdingbare Notwendigkeit einer Risikoadjustierung herleiten. Ob diese jedoch

ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand die patientenbezogenen Faktoren ausreichend berücksichtigt, muss analysiert noch werden. Ggf. wäre hier auch eine separate Auswertung für die ambulanten und teilstationären Fälle angezeigt.

Unabhängig davon ist auch der Patientenwille bei der chronischen Therapie im besonderen Maße durch die Leistungserbringer zu beachten. Die Therapie wird durch viele patientenindividuelle Faktoren beeinflusst. Beide Aspekte finden derzeit keine Beachtung.

Unabhängig davon ist auch der Patientenwille bei der chronischen Therapie im besonderen Maße durch die Leistungserbringer zu beachten. Die Therapie wird durch viele patientenindividuelle Faktoren beeinflusst. Beide Aspekte finden derzeit keine Beachtung.

Zusammenfassung und Empfehlung

Das Verfahren QS NET-DIAL wirft fünf Jahre nach dem Start noch viele ungeklärte Fragen hinsichtlich Vollständigkeit, Datenplausibilität, Rechenregeln und Risiko-

Ergebnisse ausgewählter QI's (ambulante - (teil-)stationäre Leistungserbringer im Vergleich)

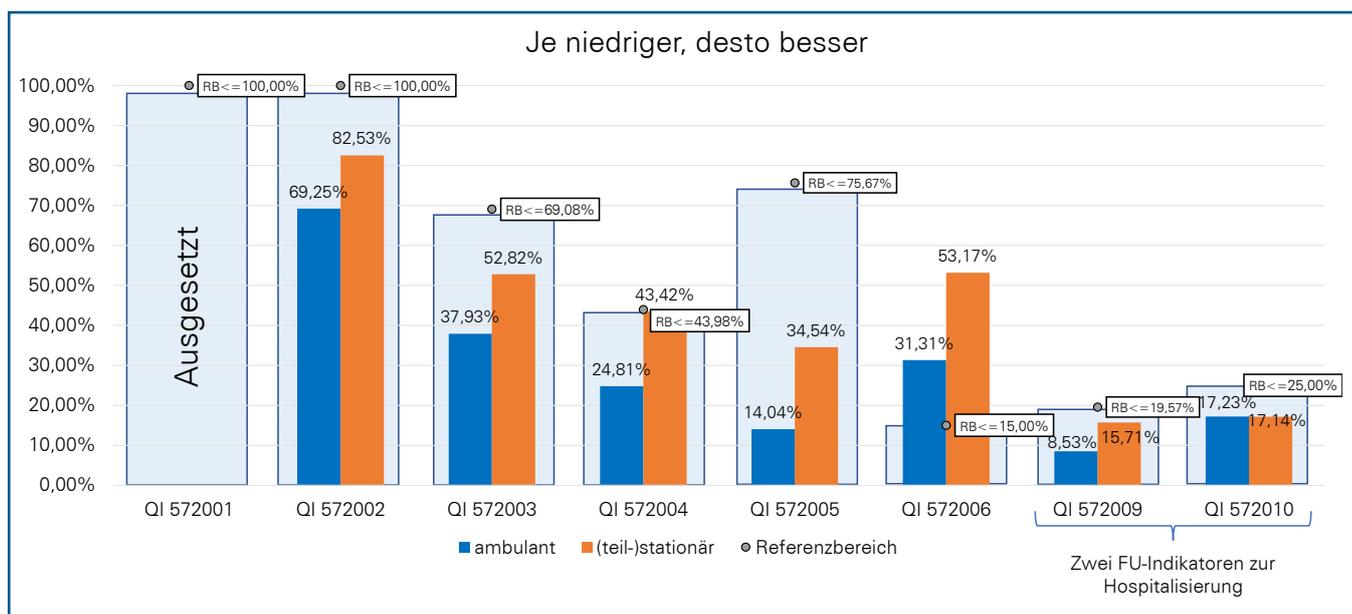


Abb.. 3.4.1 Vergleich der QI-Ergebnisse (ambulante und (teil-) stationäre Leistungserbringer)

adjustierung auf. Bis dato wurden viele Möglichkeiten ungenutzt gelassen, das Verfahren diesbezüglich weiterzuentwickeln. Durch die genannten Probleme konnte bisher auch kein suffizientes Stellungsverfahren durchgeführt werden. Unabhängig von den methodischen Limitationen zeigen die aktuellen Ergebnisse zum Teil deutliche Abweichungen vom Referenzbereich bzw. starke Streuungen zwischen den Leistungserbringern, was auf tatsächliche Versorgungsprobleme hinweisen könnte. Dies kann nur mit einem Stellungsverfahren auf Basis von hinreichend validen und risikoadjustierten Qualitätsindikatoren nachgewiesen werden.

Eine Qualitätssicherung ausschließlich auf Grundlage von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (Hospitalisierung, Sterblichkeit) würde mutmaßlich nicht zu einer direkten Verbesserung der Prozessqualität bei den Leistungserbringern führen.

Das Verfahren sollte daher mit QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren in überarbeiteter Form weitergeführt werden. Es sollte auf eine vollzählige und valide Datengrundlage geachtet werden. Verwandte Qualitätsindikatoren, die zu Kreuzauffälligkeiten führen, sollten zusammengeführt werden. Eine Risikoadjustierung über alle Qualitätsindikatoren ist unabdingbar. Ggf. ist eine Trennung der Auswertungen nach ambulanten und teilstationären Fällen notwendig.

3.5 QS KAROTIS

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	24.06.2024
6	19.08.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Bei etwa 1,2 Millionen Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 Prozent – verengt. Diese sogenannte Karotisstenose erhöht das Risiko für Durchblutungsstörungen im Gehirn erheblich. Schätzungen zufolge sind jährlich etwa 25.000 bis 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen (Quelle: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extrakraniellen Karotisstenose, Stand 2023).

Zur interventionellen Prophylaxe stehen zwei bewährte Methoden zur Verfügung. Bei der Thrombendarte-

riektomie werden die Ablagerungen offen-chirurgisch aus dem Blutgefäß entfernt, um die erkrankte Arterie zu rekonstruieren (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann das Gefäß auch durch einen Ballonkatheter (kathetergestützt) geweitet und mittels eines eingesetzten Drahtgeflechts (Stent) behandelt werden. Die Wahl der geeigneten Therapie erfolgt in enger Abstimmung mit den Patient*innen sowie allen behandelnden Fachdisziplinen, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

In den hessischen Krankenhäusern wurden in 2024 nach den Daten der Qualitätssicherung 2.586 inter-

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	40	42
Fallzahlen	2.564	2.483
Minimaldatensätze	12	11
Summe (inkl. MDS)	2.576	2.494
Vollständigkeit	100,1 %	100,0 %

Tab. 3.5.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

ventionelle Karotisrevaskularisierungen bei 2.564 Patient*innen durchgeführt, davon 1.862 offen-chirurgisch und 543 kathetergestützt. Die restlichen Fälle verteilen sich auf Umstiegs-OPs oder Eingriffe die primär als Zugang zu intrakraniellen Prozeduren genutzt wurden und nicht direkt mit einer Revaskularisation in Zusammenhang stehen (N = 181). Insgesamt 50 Krankenhausstandorte in Hessen waren an der entsprechenden Versorgung beteiligt.

Die Tabelle 3.5.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens richten sich auf die Indikationsstellung, auf schwere Komplikationen (Schlaganfall oder Tod) im zeitlichen Umfeld des Eingriffs sowie die postprozedurale fachneurologische Untersuchung (Quelle: IQTIG).

Sechs Qualitätsindikatoren wurden aus den vorliegenden Daten berechnet, zwei zur Indikationsstellung, einer zur Prozessqualität und drei zu schweren Komplikationen nach dem Eingriff. Die beiden Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (QI-ID 162400 und QI-ID 162401) sind neu und ersetzen die vier bisherigen Indikatoren. Sie betrachten die Indikationsstellung der asymptomatischen und symptomatischen Karotisstenose, unabhängig von der Art der Intervention (offen-chirurgisch/kathetergestützt). Neben einem definierten Mindeststenosegrad wird nun auch eine interdisziplinäre Indikationsstellung und eine Überprüfung des Stenosegrades durch einen zweiten Untersuchenden oder ein anderes diagnostisches Verfahren gefordert. Mit einem Informationsschreiben der LAGQH von Oktober 2024 wurden die Leistungserbringer*innen schon über die wesentlichen Änderungen der zwei neuen Qualitätsindikatoren (QI-ID 162400 und QI-ID 162401) informiert.

Die Ergebnisse liegen für Hessen deutlich im Referenzbereich (Tab. 3.5.2). Das Ergebnis im QI 161800 (Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung) hat sich zwar gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert, liegt jedoch noch signifikant unterhalb des Bundesergebnisses. Eine leichte Verschlechterung der Ergebnisse zeigt sich bei den Qualitätsindikatoren zur periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen sowohl nach offen-chirurgischem als auch nach kathetergestütztem Eingriff. Die beiden neuen Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung liegen zwar leicht über dem Bundesschnitt, haben aber noch deutlich Optimierungspotenzial.

Stellungnahmeverfahren

Zum Erfassungsjahr 2023 konnten 20 rechnerische Auffälligkeiten eruiert werden. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde 13 rechnerischen Auffälligkeiten nachgegangen, acht zur fachneurologischen Untersuchung und fünf zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod im Krankenhaus (offen-chirurgisch und kathetergestützt) (Tab. 3.5.3).

Bei neun rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein Qualitätsproblem festgestellt, dies betraf die Qualitätsindikatoren zu den periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus (offen-chirurgisch) und zur fachneurologischen Untersuchung (Tab. 3.5.2). Bei zwei Leistungserbringer*innen wurde eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

In der Tabelle 3.5.4 sind die hessischen Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zu den Bundesergebnissen und zum Vorjahr abgebildet.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 3,1 O / E / N	1,01 569 / 566 / 23.916 2,38 %	1,08 50 / 47 / 1.834 2,73 %	0,86 39 / 45 / 1.800 2,17%
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	≥ 80 %	92,31 % 28.838 / 31.240	87,25 % 2.040 / 2.338	76,66 % 1.734 / 2.262
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	≥ 2,91 %	62,99 % 10.990 / 17.448	63,03 % 825 / 1.309	n. b.
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 50,82 %	83,39 % 9.227 / 11.065	84,14 % 679 / 807	n. b.
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 2,26 O / E / N	0,92 233 / 253 / 6.677 3,49 %	0,79 12 / 15 / 442 2,71 %	0,61 11 / 18 / 425 2,59 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	= 0 %	6,98 % 6 / 86	x %* ≤ 3* / 18	x %* ≤ 3* / 10

Tab. 3.5.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
603*	1	-	-	-	-	-	-
604*	0	-	-	-	-	-	-
11704*	2	2	2	-	-	-	2
51437*	0	-	-	-	-	-	-
51443*	0	-	-	-	-	-	-
51873*	2	2	-	2	-	-	-
52240*	1	1	-	1	-	-	-
161800*	14	8	7	-	1	-	-
Summe	20	13	9	3	1	0	2

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.5.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Stellungnahmeverfahren

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde drei rechnerischen Auffälligkeiten nachgegangen. Bei den Auffälligkeitskriterien zur häufigen Angabe von ASA 4 und zur häufigen Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen wurden drei Leistungserbringer*innen

angeschrieben. Bei den zwei Leistungserbringer*innen die in mehr als 8 % Ihrer Fälle im Feld „sonstige Karotisläsionen“ „sonstige“ angegeben haben, konnten auch ursächlich Dokumentationsprobleme identifiziert werden (Tab. 3.5.5).

* Datenschutz

Ausblick

Im Abschlussbericht des IQTIG über Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 16. August 2024 (siehe hierzu auch Einleitung zu Kapitel 3), wurden auch die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zum Verfahren QS KAROTIS geprüft. Grundlage der Überprüfung war das Indikatorenset aus dem Erfassungsjahr 2022, welches aus acht Qualitätsindikatoren und neun Kennzahlen besteht.

Ab dem Erfassungsjahr 2026 wird die weitere Umsetzung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung zum Tragen kommen. Das Ergebnis der Prüfung und die kurzgefasste Empfehlung für die Weiterentwicklung des Indikatorensets für das Verfahren KAROTIS lautet wie folgt:

Die vier Indikatoren zur Indikationsstellung werden abgeschafft, da dafür schon ab dem EJ 2024 die zwei neuen QI's eingeführt wurden. Die QI's zu periprozeduralen und schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen werden mit Anpassungen weitergeführt. Die QI's zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen nach einem Simultaneingriff und zur fachneurologischen Untersuchung werden vorerst ohne Anpassungen weitergeführt.

Geplant ist auch die Einführung von Follow-Up-Indikatoren auf Basis von Sozialdaten. Hierzu hat das IQTIG bereits einen ersten Vorschlag dem G-BA unterbreitet.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 4,99 %	1,23 % 391 / 31.703	1,39 % 33 / 2.378	1,18 % 27 / 2.292
852200	Häufige Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	≤ 5,64 %	1,77 % 561 / 31.703	1,51 % 36 / 2.378	2,57 % 59 / 2.292
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,1 % 34.562 / 34.529	100,08 % 2.576 / 2.574	100,04 % 2.494 / 2.493
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,1 % 34.562 / 34.529	100,08 % 2.576 / 2.574	100,04 % 2.494 / 2.493
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,65 % 225 / 34.529	0,47 % 12 / 2.574	0,44 % 11 / 2.493

Tab. 3.5.4 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850085	0	-	-	-	-	-
850086	0	-	-	-	-	-
850223	0	-	-	-	-	-
850332	1	1	-	1	-	0
852200	2	2	2	-	-	0
Summe	3	3	2	1	0	0

Tab. 3.5.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.6 QS CAP

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	07.06.2024
6	02.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

Das QS-Verfahren QS CAP („community-acquired pneumonia“) betrachtet neben der rechtzeitigen und kontinuierlichen Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Prozessindikatoren 2005 bis 50722) auch die Sterblichkeit im Krankenhaus (Outcome-Indikator 50778).

Die Tabelle 3.6.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	96	101
Fallzahlen	28.731	23.694
Minimaldatensätze	26	29
Summe (inkl. MDS)	28.757	23.723
Vollständigkeit	100,1 %	100,5 %

Tab. 3.6.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.6.2 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Das IQTIG hatte in seinem Bericht zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) empfohlen, alle Prozessindikatoren im Verfahren QS CAP abzuschaffen und nur den risikoadjustierten Indikator 50778 zur Sterblichkeit mit Anpassungen weiterzuführen bzw.

auf Sozialdaten umzustellen. Nachdem der G-BA daraufhin beschlossen hatte (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>) das Verfahren im Erfassungsjahr 2026 komplett auszusetzen, wurden die Referenzwerte aller Indikatoren bereits zum AJ 2025 ausgesetzt. Dies hat zur Folge, dass nun kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden kann (siehe auch Kapitel 3).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	n. d.	98,92 % 386.268 / 390.484	99,12 % 28.479 / 28.731	98,72 % 23.391 / 23.694
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	n. d.	94,05 % 275.223 / 292.636	94,00 % 20.547 / 21.858	93,67 % 14.771 / 15.770
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	n. d.	93,18 % 170.721 / 183.209	90,74 % 11.797 / 13.001	91,85 % 10.215 / 11.121
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	n. d.	96,9 % 285.683 / 294.808	96,76 % 21.041 / 21.745	94,34 % 16.011 / 16.972
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	n. d.	0,88 22.187 / 340.975	0,91 1.706 / 25.468	0,93 1.680 / 1.815
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	n.d.	97,01 % 371.511 / 382.969	97,51 % 27.383 / 28.083	96,38 % 22.241 / 23.077

Tab. 3.6.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
2005*	7	1	1	-	-	-	1
2009*	24	3	3	-	-	-	3
2013	23	9	9	-	-	-	5
2028	18	12	12	-	-	-	6
50722*	22	7	7	-	-	-	1
50778*	6	2	-	2	-	-	-
Summe	100	34	32	2	0	0	16

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.6.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.6.3 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Jahr 2024 dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Bei den Prozessindikatoren (QI 2005 bis 50722) mussten ausnahmslos alle angefragten rechnerischen Auffälligkeiten auch als qualitativ auffällig bewertet werden. Im Gegensatz hierzu kam es beim Indikator zur Sterblichkeit, wie auch in den Vorjahren, nur zu unauffälligen Bewertungen. Offenbar gelingt es hier nicht ausreichend, mittels Risikoadjustierung qualitätsrelevante Sterbefälle zu ermitteln. Man darf gespannt sein, ob dies künftig mit Sozialdaten besser funktioniert.

Die Fachkommission hat in der Hälfte der qualitativen Auffälligkeiten Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-RL empfohlen, welche mit den entsprechenden Leistungserbringer*innen vereinbart wurden. Hierbei handelte es sich meist um die Implementierung von Behandlungspfaden und/oder die Durchführung von Schulungsmaßnahmen zur Behebung von festgestellten Prozessmängeln.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in Tabelle 3.6.4 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850101, 850102 und 850229) und auch plausibel und vollständig (IDs 811822, 811826 und 851900) erfasst wurden. Im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren wurden bei den Auffälligkeitskriterien die Referenzwerte nicht ausgesetzt, sodass weiterhin ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden kann.

Stellungnahmeverfahren

Insgesamt gab es hier sehr wenige rechnerische Auffälligkeiten, zu denen dann jeweils Stellungnahmen angefordert wurden. In zwei der drei durchgeführten Stellungnahmeverfahren lagen tatsächlich auch Dokumentationsmängel vor.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20 %	4,48 % 12.744 / 284.625	5,42 % 1.147 / 21.171	6,65 % 1.105 / 16.619
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 16,39 %	6,54 % 22.029 / 337.055	6,85 % 1.692 / 24.693	7,92 % 1.448 / 18.287
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	≤ 50 %	14,06 % 2.755 / 19.590	13,05 % 182 / 1.395	14,91 % 190 / 1.274
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,69 % 390.971 / 388.275	100,12 % 28.757 / 28.723	100,48 % 23.723 / 23.609
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,69 % 390.971 / 388.275	100,12 % 28.757 / 28.723	100,48 % 23.723 / 23.609
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,13 % 487 / 388.275	0,09 % 26 / 28.723	0,12 % 29 / 23.609

Tab. 3.6.4 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
811822	1	1	1	-	-	0
811826	2	2	1	1	-	0
850101	-	-	-	-	-	-
850102	-	-	-	-	-	-
850229	-	-	-	-	-	-
851900	-	-	-	-	-	-
Summe	3	3	2	1	0	0

Tab. 3.6.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.7 QS MC

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

Expert*in	Institution
Herr Dr. K. Doubek	Wiesbaden

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	13.06.2024
6	18.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

Lymphknoten sowie den zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation berücksichtigt.

Die Tabelle 3.7.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	44	47
Fallzahlen	7.337	7.436
Minimaldatensätze	9	16
Summe (inkl. MDS)	7.346	7.452
Vollständigkeit	100,5 %	100,0 %

Abb. 3.7.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.7.2 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Aufgrund der Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) werden für die beiden Indikatoren zur HER2-Positivitätsrate (QI-ID 52267 und QI-ID 52278) nun keine Referenzbereiche mehr definiert. Grund ist eine festgestellte mangelnde Eignung als Qualitätsindikatoren.

Auch der Indikator zur primären Axilladisektion bei DCIS (QI-ID 2163) wird nicht mehr fortgeführt. Grund hierfür ist, dass nach Jahren sehr guter Ergebnisse nur noch ein geringes Potenzial zur Verbesserung gesehen wird.

Der Referenzwert des Indikators zur Nachresektionsrate (QI-ID 60659) wurde ausgesetzt, da er wegen einer nicht angemessenen Risikoadjustierung überarbeitet werden soll. Grund für die Aussetzung dieses Indikators im Vorjahr war allerdings eine fehlerhafte Spezifikation.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.7.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS MC dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die meisten Stellungnahmeverfahren wurden zum Indikator zur prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung (QI-ID 51846) durchgeführt. Bei diesem Indikator wird geprüft, ob bei bösartigen Brustkrankungen möglichst häufig eine leitliniengerechte feingewebliche Untersuchung vor Beginn einer operativen oder medikamentösen Therapie durchgeführt wurde. In zwei Fällen wurden Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel festgestellt, sodass hier qualitätsfördernde Maßnahmen vereinbart wurden.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	n. d.	0,08 % 6 / 7.413	0 % 0 / 518	0 % 0 / 519
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5 %	3,04 % 176 / 5.790	2,12 % 9 / 424	2,43 % 11 / 452
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 1,91 %	1,64 % 799 / 48.771	1,58 % 60 / 3.801	2,12 % 80 / 3.771
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 97 %	98,65 % 74.855 / 75.876	99,03 % 5.395 / 5.448	98,69 % 5.336 / 5.407
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90 %	97,33 % 28.229 / 29.003	98,11 % 2.342 / 2.387	97,75 % 2.306 / 2.359
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	n. d. O / E / N	0,95 8.609 / 9.047 / 67.169 12,82 %	0,95 582 / 610 / 4.816 12,08 %	0,96 583 / 606 / 4.769 12,22 %
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	n. d. O / E / N	0,95 8.609 / 9.047 / 67.169 12,82 %	0,95 582 / 610 / 4.816 12,08 %	0,96 583 / 606 / 4.769 12,22 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	98,97 % 32.967 / 33.309	98,92 % 2.748 / 2.778	98,8 % 2.625 / 2.657
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	98,9 % 17.294 / 17.487	99,73 % 1.108 / 1.111	99,29 % 1.263 / 1.272
60659	Nachresektionsrate	n. d.	10,31 % 6.293 / 61.005	8,53 % 378 / 4.429	-
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 98,69 %	99,63 % 64.557 / 64.795	99,72 % 4.700 / 4.713	99,66 % 4.623 / 4.639
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 38,35 %	80,1 % 58.336 / 72.826	76,23 % 3.973 / 5.212	-
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	≥ 94,85 %	96,2 % 6.855 / 7.126	94,53 % 518 / 548	96,24 % 538 / 559
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	≥ 70,92 %	88,66 % 22.508 / 25.387	89,27 % 1.605 / 1.798	87,8 % 1.554 / 1.770

*Neue Referenzbereiche nach der neuen Methodik zur Auffälligkeitseinstufung

Tab. 3.7.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.7.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850093, 850094 und 850227) und auch plausibel und vollständig (IDs

850363, 850364, 813068, 850372 und 852000) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.7.4).

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
211800*	5	3	-	3	-	-	-
212000*	3	1	-	1	-	-	-
212001*	7	1	-	1	-	-	-
2163*	0	-	-	-	-	-	-
50719*	6	1	1	-	-	-	-
51370*	9	3	-	3	-	-	-
51846*	6	5	2	3	-	-	2
51847*	2	2	-	2	-	-	-
52267*	1	0	-	-	-	-	-
52278	7	0	-	-	-	-	-
52279*	5	1	1	-	-	-	1
52330*	1	1	-	1	-	-	-
Summe	52	18	4	14	0	0	3

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.7.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 477 / 74.919	0,00 24 / 5.430	0,41 % 22 / 5.358
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,61 %	0,4 % 269 / 67.650	0,33 % 16 / 4.846	0,52 % 25 / 4.814
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,87 %	0,15 % 102 / 68.113	0,08 % 4 / 4.862	x %* ≤ 3* / 4.703
850372	Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 1,13 %	0,26 % 174 / 67.650	0,31 % 15 / 4.846	0,39 % 19 / 4.814
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 4,36 %	0,69 % 607 / 88.136	0,28 % 18 / 6.336	0,44 % 28 / 6.296
850093	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95 %	100,23 % 104.605 / 104.367	100,52 % 7.346 / 7.308	99,97 % 7.452 / 7.454
850094	Auffälligkeitskriterium zur Overdokumentation	≤ 110 %	100,23 % 104.605 / 104.367	100,52 % 7.346 / 7.308	99,97 % 7.452 / 7.454
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,21 % 215 / 104.367	0,12 % 9 / 7.308	0,21 % 16 / 7.454

Tab. 3.7.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/2023), Hessen/Bund

Stellungnahmeverfahren

Die Auffälligkeitskriterien 580363 (HER2-Status), 580364 (R0-Resektion) und 850372 (Immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus) werden künftig nicht mehr erforderlich sein, da die davon betroffenen Qualitätsindikatoren abgeschafft sind.

Insgesamt gab es im Bereich der statistischen Basisprüfung sehr wenige rechnerische Auffälligkeiten (fünf), von denen vier auch auf tatsächliche fehlerhafte Dokumentationen hinwiesen.

* Datenschutz

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
813068	1	-	-	-	-	-
850093	1	1	1	-	-	-
850094	0	-	-	-	-	-
850227	0	-	-	-	-	-
850363	2	2	2	-	-	-
850364	1	1	-	1	-	-
850372	1	1	1	-	-	-
852000	0	-	-	-	-	-
Summe	6	5	4	1	0	0

Tab. 3.7.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.8 QS GYN-OP

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	13.06.2024
6	18.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

Die Tabelle 3.8.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	71	75
Fallzahlen	13.973	13.577
Minimaldatensätze	8	2
Summe (inkl. MDS)	13.981	13.579
Vollständigkeit	99,7 %	100,3 %

Tab. 3.8.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.8.2 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Der Indikator 12874 misst, ob immer ein histologisches Ergebnis vorliegt, wenn Gewebe operativ entfernt wurde. Da dies immer der Fall sein sollte, wird dieser Indikator nun auf Betreiben des Expertengremiums auf Bundesebene als Sentinel-Event geführt. Beim Indikator 10211, welcher der Tatsache Rechnung trägt, dass möglichst selten ein gesundes Organ entfernt werden soll, wurde der Referenzbereich von ≤ 20 auf ≤ 10 Prozent herabgesetzt.

Da sich seitens des IQTIG die Berechnungsmethodik für rechnerische Auffälligkeiten u. a. auch im Verfahren QS GYN-OP geändert hat, haben sich die Referenzwerte hier teilweise deutlich verschärft (s. Kap. 3). Hintergrund ist, dass – wie schon seit mehreren Jahren auch im Verfahren QS PCI – statistische Unsicherheiten bei kleinen Fallzahlen besser berücksichtigt werden.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.8.3 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS GYN-OP dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (18) fanden sich, trotz durchschnittlich sehr guten Ergebnissen in Hessen (Tab. 3.8.2) beim Qualitätsindikator zur beidseitigen Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahren mit Normalbefund oder benigner Histologie (ID 60685) gefolgt vom Indikator zum transurethralen Dauerkatheter (ID 52283). Im Indikator 60685 wurden alle rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Nur in zwei Fällen konnte aus Sicht der Fachkommission keine ausreichende Begründung für die Ovariectomie geliefert werden. Jeweils eine auffällige Bewertung wurde in dem Indi-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	$\geq 81,46$ %	89,36 % 33.618 / 37.621	89,71 % 2.510 / 2.798	89,63 % 2.429 / 2.710
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 10 %	6,99 % 1.352 / 19.351	8,61 % 139 / 1.614	8,27 % 92 / 1.113
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariectomie mit Gewebeentfernung	≤ 0 %	0,88 % 363 / 41.335	0,78 % 26 / 3.342	0,75 % 19 / 2.546
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	$\leq 4,18$ O / E / N	1,08 1.464 / 1.352 / 147.396	0,89 88 / 99 / 10.924	0,85 78 / 92 / 10.441
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	$\leq 4,46$ %	3,01 % 3.393 / 112.856	3,2 % 269 / 8.412	3,64 % 260 / 7.144
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 0 %	0,77 % 330 / 42.986	0,62 % 20 / 3.245	1 % 31 / 3.093
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	$\leq 29,96$ %	18,44 % 1.954 / 10.596	16,99 % 150 / 883	17,43 % 144 / 826

*Neue Referenzbereiche nach der neuen Methodik zur Auffälligkeitseinstufung

Tab. 3.8.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10211*	8	3	-	2	-	1	-
12874*	3	3	1	2	-	-	-
51906*	3	1	-	1	-	-	-
52283*	12	2	-	2	-	-	-
60685*	18	18	2	16	-	-	1
60686*	7	1	1	-	-	-	-
612*	7	0	-	-	-	-	-
Summe	58	28	4	23	0	1	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.8.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

kator zur fehlenden Histologie (ID 12874) und zur beidseitigen Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre (ID 60686) vergeben. Insgesamt wurde lediglich in vier von 28 der angeforderten Stellungnahmen eine auffällige Bewertung durch die Fachkommission vergeben.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.8.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850099, 850100 und 850225) und auch plausibel und vollständig (IDs 850231 und 851912) erfasst wurden.

Stellungnahmeverfahren

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

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

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 6,06 %	1,42 % 274 / 19.351	1,43 % 23 / 1.614	0,99 % 11 / 1.113
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0 256 / 195.832	0 20 / 13.973	0,14 % 19 / 13.577
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,36 % 196.198 / 195.502	99,71 % 13.981 / 14.021	100,27 % 13.579 / 13.543
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,36 % 196.198 / 195.502	99,71 % 13.981 / 14.021	100,27 % 13.579 / 13.543
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,19 % 366 / 195.502	0,06 % 8 / 14.021	x %* ≤3* / 13.543

Tab. 3.8.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850099	0	-	-	-	-	-
850100	0	-	-	-	-	-
850225	0	-	-	-	-	-
850231	2	2	2	-	-	-
851912	5	5	5	-	-	-
Summe	7	7	7	0	0	0

Tab. 3.7.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

* Datenschutz

3.9 QS DEK

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr M. Becker	Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH	Krankenhäuser
Frau V. Gualdi	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau I. Gühl	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau C. Haupt	Universitätsklinikum Frankfurt	Krankenhäuser
Herr H. Hautzel	St. Vincenz Krankenhaus Limburg	Krankenhäuser
Herr PD Dr. M. H.-D. Pfisterer	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau B. Steindecker	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau F. Winkler	Wicker-Kliniken, Bad Wildungen	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	04.06.2024
6	27.08.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau V. Weck

Einleitung

Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Wunde der Haut bzw. des darunterliegenden Gewebes. Er stellt eine sehr ernst zu nehmende Komplikation bei zu pflegenden Patient*innen dar. Darauf fokussiert sich das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK). Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer sowie aus ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe).

Ziel des QS-Verfahrens ist daher die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Zur Berechnung der in den folgenden Abschnitten dargestellten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien steht für das Erfassungsjahr 2023 eine stabile Datengrundlage mit einer Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze von annähernd 100 % zur Verfügung. Sie bleibt damit auf einem konstant sehr guten Niveau.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungsorte mit dokumentierten Fällen (IST)	130	132
Fallzahlen	21.123	20.187
Minimaldatensätze	2	2
Summe (inkl. MDS)	21.125	20.189
Vollzähligkeit	100,1 %	100,4 %

Tab. 3.9.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Die Tabelle 3.9.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollzähligkeit dar.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

In der Tabelle 3.9.2 werden die Ergebnisse der Auswertungsjahre 2024 und 2025 zum Verfahren Dekubitus in einer tabellarischer Übersicht dargestellt. Wie in den Vorjahren werden auf Bundesebene für zwei der berechneten Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Im O/E-Indikator 52009 „Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ lag die berechnete Rate in Hessen in beiden Berichtszeiträumen bei 1,10 und somit nahezu beim zu erwartenden Wert. Damit hat sich das Ergebnis zum Vorjahr nicht verändert und liegt leicht über dem Niveau des Bundesergebnis mit dem aktuellen Jahresergebnis von 1,06.

Im Erfassungsjahr 2023 lag die Zahl der Sentinel Events im Qualitätsindikator 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ in Hessen bei 59 gemeldeten Fällen, die in 35 Klinikstandorten aufgetreten sind. Die aktuellen Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2024 liegen mit 56 Fällen auf einem vergleichbaren Niveau. Prozentual wird ein leichter Rückgang von 0,0048 % (Vorjahr 0,0052 %) erreicht. Im Vergleich zum Bundesergebnis mit 0,0046 % liegt das Hessenresultat auf einem nahezu identischen Niveau.

Stellungnahmeverfahren

Die LAGQH hat in den beschriebenen Qualitätsindikatoren Stellungnahmeverfahren durchgeführt, die hier pro Indikator dargestellt werden:

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

Alle sieben hessischen Klinikstandorte, die in diesem Indikator außerhalb des Referenzwertes lagen und damit rechnerisch auffällig wurden sind zur Ursachenanalyse in Form einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert worden. Bei fünf Leistungserbringer*innen ermittelte die Fachkommission ein Dokumentationsdefizit als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 2,45 O / E / N	1,06 66.309 / 62.411 / 15.893.663 0,42 %	1,1 4.994 / 4.558 / 1.154.833 0,43 %	1,04 4.794 / 4.595 / 1.125.157 0,43 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0046 % 724 / 15.893.663	0,0048 % 56 / 1.154.833	0,0052 % 59 / 1.125.157

Tab. 3.9.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
52009*	7	7	2	-	5	-	-
52010*	37	37	10	9	18	-	9
Summe	44	44	12	9	23	-	9

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.9.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Durch eine unzureichende Abbildung der Risikofaktoren des Gesamtpatientenkollektivs, kam es zu einem zu niedrigen und damit falschen Wert der erwarteten Dekubitusfälle in den Häusern, so dass bei vollständiger Dokumentation und damit realistischer Abbildung des behandelten Patient*innenklientels die tatsächlich beobachtete Fallzahl nicht zu einer rechnerischen Auffälligkeit geführt hätte.

Die zwei weiteren angeschriebenen Leistungserbringer*innen konnten auf Grundlage ihrer Stellungnahme als qualitativ unauffällig bewertet werden.

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

In diesem Indikator wurden alle 35 Klinikstandorte zur Aufarbeitung der aufgetretenen Einzelfälle mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens aufgefordert. Nach Sichtung der Stellungnahmen musste in zehn Klinikstandorten von der Fachkommission aufgrund der geschilderten Fälle eine qualitative Auffälligkeit festgestellt werden. In diesen Fällen gab es Mängel in der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell und lassen sowohl Rückschlüsse auf strukturelle, als auch auf prozessbedingte Mängel in der betreffenden Klinik zu.

In 18 Kliniken musste ein zugrundeliegendes Dokumentationsdefizit als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit ermittelt werden. Es zeigte sich, wie in den Vorjahren, dass entweder der betreffende Dekubitus bereits bei der Aufnahme der Patient*innen vorhanden war und/oder eine falsche Einstufung der Wundtiefe (< Stadium/Kategorie 4) bzw. eine gänzlich andere Wundart vorlag. Diese Fälle hätten somit bei korrekter Dokumentation nicht zu einer rechnerischen Auffälligkeit in diesem Indikator geführt.

Bei neun Leistungserbringern war die Entstehung des Dekubitus aufgrund der individuellen, sehr schweren Behandlungsverläufe nicht vermeidbar und diese wurden deshalb durch die Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet.

Mit neun Kliniken wurden als Verbesserungsmaßnahmen individuelle Zielvereinbarungen als Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 der DeQS-RL vereinbart. Bei

einem dieser Leistungserbringer fand zur Klärung vorab ein Fachgespräch mit Vertreter*innen der Klinik und der Fachkommission statt, in dem die Zielvereinbarungen gemeinsam definiert und festgelegt wurden.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Alle Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien im Verfahren Dekubitusprophylaxe sind der Tabelle 3.9.4 zu entnehmen. Die erreichten Ergebnisse in Hessen liegen in allen berechneten Kennzahlen auf einem leicht besseren Niveau wie die Bundesergebnisse. Im Vergleich zum Vorjahr ist ebenfalls ein Rückgang der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten zu verzeichnen.

Stellungnahmeverfahren

Insgesamt wurden 15 Klinikstandorte zum Erfassungsjahr 2023 in das Stellungnahmeverfahren zur Bewertung der Dokumentationsqualität im Verfahren Dekubitusprophylaxe einbezogen. Nach Sichtung der Stellungnahmen musste in allen Häusern die fehlerhafte Dokumentation aufgrund vorliegender Prozessmängel bestätigt werden. Der beschriebene Anstieg der beobachteten rechnerischen Auffälligkeiten relativiert sich bei Analyse der Stellungnahmen, da betreffende Kliniken durch einen zugrunde liegenden Dokumentationsfehler in mehreren Auffälligkeitskriterien eine rechnerische Auffälligkeit generiert haben. Positiv zu werten sind die bereits eigeninitiativ durch die Kliniken eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen zur zukünftig korrekten Dokumentation.

Ausblick

Der G-BA hat das IQTIG im Jahr 2022 mit einer umfangreichen Prüfung und Weiterentwicklung der bestehenden Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beauftragt. Diese wurde im Jahr 2022 zunächst exemplarisch an drei Verfahren durchgeführt und 2023 u. a. auf das Verfahren Dekubitusprophylaxe ausgeweitet. Wesentliche Ziele der Beauftragung waren vor allem die Effizienz und Effektivität der Ver-

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen 2025	AJ	Ergebnis Hessen AJ 2024
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 3,58 %	0,74 % 2.033 / 275.722	0,65 % 137 / 21.123		0,85 % 172 / 20.187
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20 %	0,81 % 2.243 / 275.722	0,04 % 9 / 21.123		1,23 % 249 / 20.187
850095	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95 %	100,31 % 275.828 / 274.968	100,06 % 21.125 / 21.113		100,35 % 20.189 / 20.118
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,31 % 275.828 / 274.968	100,06 % 21.125 / 21.113		100,35 % 20.189 / 20.118
851806	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik	≥ 95 %	99,94 % 15.895.429 / 15.905.104	100,07 % 1.154.834 / 1.154.035		99,42 % 1.125.157 / 1.131.686
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110 %	99,94 % 15.895.429 / 15.905.104	100,07 % 1.154.834 / 1.154.035		99,42 % 1.125.157 / 1.131.686
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,04 % 106 / 274.968	x %* ≤ 3* / 21.113		x %* ≤ 3* / 20.118

Tab. 3.9.4 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850095	2	1	1	-	-	-
850096	0	-	-	-	-	-
850230	0	-	-	-	-	-
850359	7	7	7	-	-	1
851805	2	2	2	-	-	-
851806	4	4	4	-	-	-
851808	1	1	1	-	-	-
Summe	16	15	15	0	0	1

Tab. 3.9.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

fahren zu erhöhen, Qualitätspotential gezielter auszu-schöpfen sowie Möglichkeiten der Reduktion des ad-ministrativen Aufwands zu prüfen.

Nach umfangreicher Prüfung sollen im Verfahren De-kubitusprophylaxe alle bestehenden Qualitätsindikatoren beibehalten werden.

* Datenschutz

3.10 QS HSMDEF

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	27.06.2024
6	07.10.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

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

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

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

Die Tabelle 3.10.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollzähligkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024		Erfassungsjahr 2023	
	HSM	DEFI	HSM	DEFI
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)				
Implantationen	63	49	62	45
Aggregatwechsel	52	38	50	43
Revision/-Systemwechsel/-Explantation	52	37	50	38
Fallzahlen				
Implantationen	5.071	1.399	5.001	1.499
Aggregatwechsel	404	289	615	403
Revision/-Systemwechsel/-Explantation	560	477	591	493
Minimaldatensätze				
Implantationen	11	3	1	0
Aggregatwechsel	0	0	0	0
Revision/-Systemwechsel/-Explantation	2	0	0	1
Summe				
Implantationen	5.082	1.402	5.002	1.499
Aggregatwechsel	404	289	615	403
Revision/-Systemwechsel/-Explantation	562	477	591	494
Vollständigkeit				
Implantationen	100,3 %	100,0 %	100,3 %	100,2 %
Aggregatwechsel	101,0 %	101,1 %	102,0 %	100,5 %
Revision/-Systemwechsel/-Explantation	100,4 %	100,2 %	100,3 %	100,2 %

Abb. 3.1.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

3.10.1 HSMDEF-HSM

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
HSM-IMPL	2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,54 O / E / N	0,99 2.666 / 2.685 / 61.210 4,36 %	1,05 185 / 146 / 3.978 4,65 %	0,97 172 / 178 / 4.033 4,26 %
	2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,51 O / E / N	0,9 201 / 223 / 60.839 0,33 %	0,69 10 / 15 / 3.951 0,25 %	0,81 12 / 15 / 4.002 0,30 %
	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 3,38 O / E / N	0,87 1.009 / 1.154 / 77.222 1,31 %	0,87 71 / 82 / 5.071 1,40 %	0,79 69 / 87 / 5.001 1,38 %
	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	96,13 % 266.071 / 276.773	96,05 % 17.639 / 18.364	96,25 % 17.596 / 18.281
	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,43 O / E / N	0,95 1.007 / 1.065 / 77.222 1,3 %	0,8 57 / 71 / 5.071 1,12 %	1,12 73 / 65 / 5.001
	54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	≤ 10,00 %	3,43 % 2.024 / 59.081	2,68 % 105 / 3.913	1,86 % 72 / 3.863
	101800	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,3 O / E / N	0,99 3.875 / 3.927 / 76.705 5,05 %	1,15 298 / 258 / 5.043 5,91 %	0,73 230 / 315 / 4.984 4,61 %
	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,6%	0,86 % 661 / 77.222	0,79 % 40 / 5.071	1,00 % 50 / 5.001
HSM-REV	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4 O / E / N	1,07 199 / 186 / 8.688 2,29 %	0,78 9 / 12 / 560 1,61 %	0,71 9 / 13 / 591 1,52 %

Tab. 3.10.1.1 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
					Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
HSM-IMPL	101800*	62	7	3	-	-	-	3	-
	101801*	62	8	6	1	5	-	-	1
	2194*	64	6	2	1	-	-	1	1
	2195*	64	2	0	-	-	-	-	-
	51191*	62	4	4	-	4	-	-	-
	52305*	62	1	0	-	-	-	-	-
	52311*	62	6	6	5	1	-	-	3
HSM-REV	54143*	62	3	3	-	1	-	2	-
HSM-REV	51404*	50	1	1	-	1	-	-	-
	Summe		38	25	7	12	0	6	5

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.10.1.1 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Aufgrund der Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) wurden einige Referenzwerte ausgesetzt, da die Überarbeitung der entsprechenden Indikatoren noch nicht abgeschlossen ist.

Die Indikatoren der Module 09/2 und 09/5 erfüllten nicht mehr die Eignungskriterien des IQTIG und entfallen damit komplett. Dies hat zur Folge, dass auch die Erfassungsmodule (hier zum Aggregatwechsel) nicht mehr benötigt werden. Entsprechend kommt es zu vielfältigen Anpassungen, Streichungen und Ergänzungen in den Dokumentationsbögen und Ausfüllhinweisen der Spezifikation im Verfahren QS-HSMDEF.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der zwei Module zur Herzschrittmacherversorgung sind in der Tabelle 3.10.1.1 im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt. Insgesamt kamen neun Qualitätsindikatoren zur Anwendung, acht im Modul Erstimplantation und einer für das Modul Revision.

Stellungnahmeverfahren

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

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich beim Indikator zu „Nicht sondensbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen“ (QI-ID 101801). Hier wurden bei statistisch signifikanter

Abweichung um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Diese wurden dann aber in der überwiegenden Mehrzahl als qualitativ unauffällig bewertet. In einem Fall wurden Maßnahmen der Stufe 1 gemäß § 17 Absatz 3 Teil 1 DeQS-RL vereinbart. Auch beim Indikator 2194 (Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres) und 52311 (Sondendislokation oder -dysfunktion) wurden mit vier Leistungserbringer*innen Maßnahmen Stufe 1 festgelegt. Beim Indikator 52311 mussten zudem auch die meisten Leistungserbringer*innen als qualitativ auffällig bewertet werden.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

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

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

Stellungnahmeverfahren

Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet, die in allen Fällen als qualitativ auffällig bewertet werden mussten (siehe Tab. 3.10.1.4).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
HSM-IMPL	813071	Führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,7 %	0,84 % 651 / 77.222	0,73 % 37 / 5.071	0,56 % 28 / 5.001
	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,32 % 66.187 / 65.976	99,41 % 4.195 / 4.220	98,24 % 4.183 / 4.258
	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95	100,64 % 77.350 / 76.856	100,34 % 5.082 / 5.065	100,3 % 5.002 / 4.987
	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,64 % 77.350 / 76.856	100,34 % 5.082 / 5.065	100,3 % 5.002 / 4.987
	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,17 % 128 / 76.856	0,22 % 11 / 5.065	x %* ≤ 3* / 4.987
HSM-REV	850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 9,64 %	2,79 % 156 / 5.585	3,27 % 13 / 398	3,08 % 12 / 390
	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,48 % 7.576 / 7.540	99,79 % 476 / 477	99,8 % 495 / 496
	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,75 % 8.740 / 8.675	100,36 % 562 / 560	100,34 % 591 / 589
	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,75 % 8.740 / 8.675	100,36 % 562 / 560	100,34 % 591 / 589
	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,6 % 52 / 8.675	x %* ≤ 3* / 560	0 % 0 / 589

Tab. 3.10.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
HSM-IMPL	813071	1	1	1	-	-	-
	813072	1	1	1	-	-	-
	850097	1	1	1	-	-	-
	850098	0	-	-	-	-	-
	850217	0	-	-	-	-	-
HSM-REV	813074	0	-	-	-	-	-
	850166	0	-	-	-	-	-
	850167	0	-	-	-	-	-
	850219	0	-	-	-	-	-
	850339	0	-	-	-	-	-
	Summe	3	3	3	0	0	0

Tab. 3.10.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

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

macht, können einzelne Kennzahlen nicht korrekt berechnet werden.

* Datenschutz

3.10.2 HSMDEF-DEF

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.10.2.1 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Aufgrund der Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) wurden einige Referenzwerte ausgesetzt, da die Überarbeitung der entsprechenden Indikatoren noch nicht abgeschlossen ist (siehe Kapitel 3).

Die Indikatoren der Module 09/2 und 09/5 erfüllten nicht mehr die Eignungskriterien des IQTIG und entfallen damit komplett. Dies hat zur Folge, dass auch die Erfassungsmodule (hier zum Aggregatwechsel) nicht mehr benötigt werden. Entsprechend kommt es zu vielfältigen Anpassungen, Streichungen und Ergänzungen in den Dokumentationsbögen und Ausfüllhinweisen der Spezifikation im Verfahren QS-HSMDEF.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der zwei Module des Verfahrens zur Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren sind in der Tabelle 3.10.2.1 im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt. Insgesamt kamen sieben Qualitätsindikatoren zur Anwendung, fünf im Modul Erstimplantation und zwei für das Modul Revision.

Stellungnahmeverfahren

Die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren in den zwei Modulen der Defibrillatoreingriffe sind in Tabelle 3.10.2.2 dargestellt. Analog zu den Herzschrittmachereingriffen wurden auch hier nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Bei fast allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den entsprechenden fünf Indikatoren zeigten sich keine medizinisch-qualitativen Auffälligkeiten. Lediglich zwei Leistungserbringer wurden bei dem Indikator ID 131801 (Dosis-Flächen-Produkt) als qualitativ auffäl-

lig bewertet. Die Fachkommission hat in einem dieser Fälle Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-RL empfohlen, welche mit dem entsprechenden Leistungserbringer vereinbart wurde.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.10.2.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (Über- bzw. Unterdokumentation, Minimaldatensatz) und auch plausibel und vollständig (IDs 850313 und 851904) erfasst wurden.

Stellungnahmeverfahren

Hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.10.2.4). Im Erfassungsjahr 2023 war lediglich ein Leistungserbringer bei dem Auffälligkeitskriterium 851801 rechnerisch auffällig und musste eine Stellungnahme abgeben. Die Fachkommission bewertet diese als qualitativ auffällig.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
DEFI-IMPL	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	96,93 % 66.533 / 68.640	97,23 % 4.604 / 4.735	97,06 % 4.958 / 5.108
	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 4,85 O / E / N	0,85 137 / 161 / 19.500 0,7 %	x* ≤3* / 11 / 1.307 x %*	0,61 8 / 13 / 1.427 0,56 %
	131801	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,12 O / E / N	0,97 1.356 / 1.392 / 19.412 6,96 %	0,9 84 / 94 / 1.305 6,44 %	0,66 96 / 147 / 1.424 6,74 %
	132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,72 O / E / N	0,97 661 / 682 / 16.542 4,0 %	0,95 46 / 49 / 1.149 4,0 %	1,25 60 / 48 / 1.145 5,24 %
	132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 6,62 O / E / N	1,20 140 / 117 / 16.445 0,85 %	0,62 5 / 8 / 1.140 0,44 %	1,00 8 / 8 / 1.136 0,70 %
DEFI-REV	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,62 O / E / N	0,76 124 / 164 / 7.058 1,76 %	0,85 8 / 9 / 477 1,68 %	0,58 6 / 10 / 493 1,22 %
	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,9 %	1,33 % 94 / 7.058	1,26 % 6 / 477	1,01 % 5 / 493

Tab. 3.10.2.1 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
DEFI-IMPL	131801*	4	4	2	2	-	-	1
	132001*	9	1	-	1	-	-	-
	132002*	3	1	-	1	-	-	-
	52316*	0	-	-	-	-	-	-
	52325*	2	2	-	2	-	-	-
DEFI-REV	151800*	3	-	-	-	-	-	-
	51196*	1	1	-	1	-	-	-
	Summe	22	9	2	7	0	0	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
DEFI-IMPL	850193	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95 %	100,46 % 20.964 / 20.867	100 % 1.402 / 1.402	100 % 1.499 / 1.496
	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,46 % 20.964 / 20.867	100 % 1.402 / 1.402	100,20 % 1.499 / 1.496
	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,16 % 33 / 20.867	x %* ≤3* / 1.402	0,00 % 0 / 1.496
	851801	Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,31 % 18.247 / 18.191	99,75 % 1.200 / 1.203	99,14 % 1.271 / 1.282
DEFI-REV	851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 16,1 %	6,53 % 461 / 7.058	7,13 % 0 / 477	6,09 % 30 / 493
	850197	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95 %	100,51 % 7.089 / 7.053	98,74 % 477 / 476	100,20 % 494 / 493
	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,51 % 7.089 / 7.053	98,74 % 477 / 476	100,20 % 494 / 493
	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,44 % 31 / 7.053	0 % 0 / 476	x %* ≤3* / 493
	851803	Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,98 % 6.259 / 6.260	99,53 % 427 / 429	98,36 % 419 / 426

Tab. 3.10.2.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
DEFI-IMPL	850193	0	-	-	-	-	-
	850194	0	-	-	-	-	-
	850220	0	-	-	-	-	-
	850313	0	-	-	-	-	-
	851801	1	1	1	-	-	-
DEFI-REV	850197	0	-	-	-	-	-
	850198	0	-	-	-	-	-
	850222	0	-	-	-	-	-
	851803	0	-	-	-	-	-
	851904	0	-	-	-	-	-
	Summe	1	1	1	0	0	0

Tab. 3.10.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

* Datenschutz

3.11 QS PM - Perinatalmedizin

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	17.06.2024
6	29.08.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

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

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

Die Tabelle 3.11.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2023 und 2024 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024		Erfassungsjahr 2023	
	GEBH	NEO	GEBH	NEO
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	43	22	44	24
Fallzahlen	48.604	6.977	49.347	7.007
Minimaldatensätze (MDS)	38	45	23	41
Summe (inkl. MDS)	48.642	7.022	49.370	7.048
Vollständigkeit	100,2 %	100,0 %	100,1 %	100,2 %

Abb. 3.11.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

3.11.1 PM-GEBH

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.11.1.1 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Die Qualitätsindikatoren im Verfahren Geburtshilfe (Tab. 3.11.1.1) zeigen in Hessen insgesamt gute Ergebnisse. Dabei ist das Ergebnis bei dem Prozessindikator zur Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittgeburten (ID 50045) wie auch im Vorjahr signifikant besser als im Bundesdurchschnitt.

Dahingehend ist die risikoadjustierte Sectorate (ID 52249) in Hessen wie auch im Vorjahr signifikant höher (=schlechter) als im Bundesdurchschnitt.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-GEBH dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen dazu getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich beim Indikator zur Sectorate (ID 52249). Hier wurden vier Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten, von welchen drei auch als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
318	Anwesenheit eines Pädaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	96,67 % 18.818 / 19.466	96,81 % 1.337 / 1.381	96,83 % 1.407 / 1.453
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	= 0 %	0 % 22 / 653.722	x %* ≤ 3* / 48.604	0,01 % 4 / 49.347
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	≤ 0 %	0,37 % 32 / 8.714	x %* ≤ 3* / 646	x %* ≤ 3* / 780
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	99,04 % 216.584 / 218.675	99,46 % 16.851 / 16.942	99,34 % 16.966 / 17.079
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32 O / E / N	1,12 4.812 / 4.295 / 608.540 0,79 %	1,20 380 / 317 / 45.299 0,84 %	1,01 326 / 323 / 45.995 0,71 %
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 4,72 O / E / N	1,16 314 / 270 / 36.317 0,86 %	1,45 30 / 21 / 2.643 1,14 %	1,07 21 / 20 / 2.676 0,78 %
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,28 O / E / N	1,06 216.940 / 205.364 / 649.047 33,42 %	1,13 16.808 / 14.809 / 48.277 34,82 %	1,12 16.930 / 15.130 / 48.992 34,56 %
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	= 0 %	0,12 % 75 / 61.053	x %* ≤ 3* / 1.480	x %* ≤ 3* / 1.544
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 4,66 %	2,63 % 2.230 / 84.771	2,49 % 108 / 4.334	1,74 % 59 / 3.385
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 11,76 %	8,49 % 15.511 / 182.735	8,59 % 1.614 / 18.800	8,61 % 1.736 / 20.161

Tab. 3.11.1.1 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

* Datenschutz

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
318*	4	4	-	4	-	-	-
331	4	4	-	1	-	3	-
1058*	1	1	-	1	-	-	-
50045*	0	-	-	-	-	-	-
51803*	1	1	1	-	-	-	1
51831*	2	2	1	1	-	-	-
52249*	8	4	3	1	-	-	-
182010*	1	1	-	1	-	-	-
182011*	0	-	-	-	-	-	-
182014*	0	-	-	-	-	-	-
Summe	21	17	5	9	0	3	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

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

Stellungnahmeverfahren

Beim AK 850318 wird geprüft, ob die Angabe, bei Notfallkaiserschnitten habe die E-E-Zeit weniger als drei Minuten betragen, korrekt ist. Bei drei rechnerischen Auffälligkeiten in dieser Kennzahl fand sich in einer Klinik tatsächlich eine Fehldokumentation.

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

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen
			AJ 2025	AJ 2025	AJ 2024
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0 %	0,50 % 44 / 8.714	0,62 % 6 / 646	0,58 % 265 / 45.953
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,5 %	0,85 % 5.159 / 608.489	0,63 % 284 / 45.293	0,64 % 5 / 780
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,47 % 654.174 / 651.135	100,17 % 48.642 / 48.558	100,10 % 49.370 / 49.319
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,47 % 654.174 / 651.135	100,17 % 48.642 / 48.558	100,10 % 49.370 / 49.319
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,07 % 452 / 651.135	0,08 % 38 / 48.558	0,05 % 23 / 49.319

Tab. 3.11.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850081	0	-	-	-	-	-
850082	0	-	-	-	-	-
850224	0	-	-	-	-	-
850226	0	-	-	-	-	-
850318	3	3	1	2	-	-
Summe	3	3	1	2	0	0

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.11.2 PM-NEO

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.11.2.1 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Ein signifikant besseres Ergebnis als im Bundesschnitt zeigt sich beim Indikator zur Durchführung eines Hörtestes (QI-ID 50063). Die Kennzahl 51070 zur Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten wurde erstmalig als risikoadjustierter Indikator ausgewiesen und wird nun unter der ID 222402 geführt. Sowohl bei der rohen Rate (51070), als auch beim risikoadjustierten QI (222402) zeigen sich in Hessen schlechtere Ergebnisse als im Bundesschnitt, jedoch nicht statistisch signifikant.

Stellungnahmeverfahren

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

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich bei dem Indikator zur Sterblichkeit (QI-ID 51070). Dieser Indikator war im letzten Jahr noch als Sentinel-Event-Indikator ausgewiesen, sodass hier alle auffälligen

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,6 O / E / N	0,9 819 / 909 / 73.969 1,11 %	0,98 64 / 66 / 5.373 1,19 %	1,26 87 / 69 / 5.272 1,65 %
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,36 O / E / N	1,04 815 / 783 / 33.443 2,44 %	1,06 60 / 57 / 2.434 2,47 %	0,85 52 / 61 / 2.314 2,25 %
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95 %	98,13 % 81.866 / 83.423	98,84 % 6.418 / 6.493	98,39 % 6.342 / 6.446
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,97 O / E / N	0,96 384 / 399 / 9.183 4,18 %	0,45 13 / 29 / 656 1,98 %	0,7 20 / 29 / 693 2,89 %
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 1,96 O / E / N	0,9 2.581 / 2.857 / 77.106 3,35 %	0,61 135 / 220 / 6.015 2,24 %	0,91 176 / 194 / 5.913 2,98 %
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	Transparenz-kennzahl	0,23 % 179 / 76.662	0,38 % 23 / 6.032	0,19 % 11 / 5.914
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 3,84 O / E / N	0,94 179 / 191 / 76.662 0,23 %	1,43 23 / 16 / 6.032 0,38 %	n. b.
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 2,43 O / E / N	1,26 1.141 / 906 / 8.847 12,9 %	1,32 86 / 65 / 632 13,61 %	0,72 63 / 88 / 695 9,06 %
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 21,28 %	9,71 % 1.102 / 11.346	6,51 % 55 / 845	8,79 % 81 / 922

Tab. 3.11.2.1 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
50060*	2	2	-	2	-	-	-
50062*	0	-	-	-	-	-	-
50063*	1	1	-	1	-	-	-
50069*	0	-	-	-	-	-	-
50074*	1	1	-	1	-	-	-
51070*	9	9	-	9	-	-	-
51901*	0	-	-	-	-	-	-
52262*	1	1	-	1	-	-	-
Summe	14	14	0	14	0	0	0

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme zu jedem einzelnen Fall gebeten wurden. Es zeigten sich dabei in keinem Fall qualitative Mängel, sondern es handelte sich um jeweils schicksalhafte Verläufe, die nicht der behandelnden Klinik zuzuschreiben waren.

zahl fanden sich in zwei Kliniken tatsächlich Fehldokumentationen.

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

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in Tabelle 3.11.2.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850200 und 850208) und auch plausibel und vollständig erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.11.2.4).

Stellungnahmeverfahren

Beim AK 851902 wird geprüft, ob die Angabe, es habe keine relevante Lungenerkrankung vorgelegen, obwohl eine Beatmung durchgeführt wurde, korrekt ist. Bei sechs rechnerischen Auffälligkeiten in dieser Kenn-

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessn AJ 2024
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 2,68 %	0,72 % 628 / 87.623	0,24 % 16 / 6.747	x %* ≤3* / 950
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 2,86 %	0,63 % 75 / 11.889	x %* ≤3* / 874	x %* ≤3* / 950
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0 %	14,78 % 458 / 3.099	16,26 % 33 / 203	10,53 % 26 / 247
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	≤ 80 %	57,5 % 598 / 1.040	54,22 % 45 / 83	76,92 % 80 / 104
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	≤ 57,44 %	37,66 % 1.656 / 4.397	39,67 % 121 / 305	35,83 % 129 / 360
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	= 0 %	15,10 % 108 / 715	6,56 % 4 / 61	47,62 % 30 / 63
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	≤ 11,3 %	3,46 % 3.150 / 90.914	2,99 % 208 / 6.961	3,58 % 250 / 6.985
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,31 % 91.833 / 91.550	100,03 % 7.022 / 7.020	100,18 % 7.048 / 7.035
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,31 % 91.833 / 91.550	100,03 % 7.022 / 7.020	100,18 % 7.048 / 7.035
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,75 % 686 / 91.550	0,64 % 45 / 7.020	0,58 % 41 / 7.035

Tab. 3.11.2.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850199	1	1	1	-	-	-
850200	0	-	-	-	-	-
850206	0	-	-	-	-	-
850207	0	-	-	-	-	-
850208	0	-	-	-	-	-
851813	3	3	1	2	-	-
851902	6	6	2	4	-	-
852001	1	1	-	1	-	-
852300	5	5	3	2	-	-
852301	0	-	-	-	-	-
Summe	16	16	7	9	0	0

Tab. 3.11.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

3.12 QS HGV

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	20.06.2024
6	24.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten: Indikationsstellung, Peri- und postoperative Komplikationen, Prozessqualität, Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung sowie Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

Die Eingriffszahlen in Hessen lagen in 2024 bei etwas über 25 Tsd. Eingriffen, davon ca. 17,7% frakturbedingte osteosynthetische Eingriffe, 77,2 % HEP-Erstimplantationen sowie 5,1 % Wechsel-Operationen. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der eingegangenen Datensätze nur leicht erhöht.

Die Tabelle 3.12.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 sowie deren Dokumentationsvollständigkeit dar.

Ausblick

Das IQTIG hat im Rahmen des Auftrages zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung (siehe hierzu auch Einleitung Kapitel 3) Empfehlungen für das Verfahren HGV abgegeben. Die Qualitätsindikatoren zur Sturzprophylaxe (QI 54004 und QI 54050) sollen auf Grund der geringen Validität, Objektivität, Reliabilität und Datenqualität abgeschafft werden. In Zukunft soll auf Grund der geringen Validität und der geringen Datenqualität auch auf die Qualitätsindikatoren zur

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungsorte mit dokumentierten Fällen (IST)		
HEP-Erstimplantationen	82	84
HEP-Wechseloperationen	72	74
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	72	74
Fallzahlen		
HEP-Erstimplantationen	19.451	19.295
HEP-Wechseloperationen	1.276	1.311
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	4.450	4.449
Minimaldatensätze		
HEP-Erstimplantationen	6	6
HEP-Wechseloperationen	2	5
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	11	6
Summe		
HEP-Erstimplantationen	19.457	19.301
HEP-Wechseloperationen	1.278	1.316
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	4.461	4.455
Vollständigkeit		
HEP-Erstimplantationen	99,10 %	99,40 %
HEP-Wechseloperationen	99,53 %	100,01 %
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	100,4 %	100,44 %

Abb. 3.12.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Indikationsstellung der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (QI-ID 54001) sowie des Hüftendoprothesenwechsels bzw. -Komponentenwechsels (QI-ID 54002) verzichtet werden. Die Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen empfiehlt das IQTIG mit Anpassungen weiterzuführen und parallel die Umstellung auf Sozialdaten bei den Krankenkassen zu implementieren. Dagegen sollen die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer bei frakturbedingten Eingriffen sowie zur Gehunfähigkeit ohne Änderungen weitergeführt werden. Der G-BA hat sich den Empfehlungen angeschlossen und bereits

die angepassten Rechenregeln und Spezifikationsänderungen beschlossen. Für das AJ 2025 (EJ 2024) sind daher schon diverse Referenzbereiche gestrichen, für die Datenerfassung ist somit zum Erfassungsjahr 2026 mit einer Reduktion des Dokumentationsaufwandes zu rechnen.

Im Folgenden soll modulbezogen näher auf die aktuellen Ergebnisse und die Stellungnahmeverfahren eingegangen werden.

3.12.1 HGV-OSFRAK

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Für die osteosynthetisch versorgten Femurfrakturen werden insgesamt fünf Qualitätsindikatoren berechnet, vier davon mit Referenzbereich. Gegenüber dem Vorjahr hat sich das Ergebnis bei der Präoperativen Verweildauer unter 24 Stunden zwar verbessert, es liegt aber mit 7,9 % noch unter dem Bundesergebnis. Auch der Anteil der spezifischen Komplikationen hat sich gegenüber Vorjahr verbessert und liegt sowohl risikoadjustiert (0,96) als auch roh (1,82 %) unter dem bundesweiten Durchschnitt. Die weiteren Ergebnisse im Vorjahres- und Bundesvergleich finden sich in Tab. 3.12.1.1.

Stellungnahmeverfahren

Wie bereits in den Vorjahren zeigt der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (QI-ID 54030) den höchsten Anteil (50 %) an rechnerisch auffälligen Standorten. Die weiteren Auffälligkeiten verteilen sich auf die QIs zu den spezifischen und allgemeinen Komplikationen (N=4) sowie auf die Gehunfähigkeit bei Entlassung (N=4) und die Sturzprophylaxe (N=3). Zu Letzterem ist auf Empfehlung der Fachkommission kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt worden da dieser QI im Rahmen der Weiterentwicklungsberichts des IQTIG als ungeeignet eingestuft wurde (siehe hierzu auch 3.12).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,87 O / E / N	1,01 1.286 / 1.268 / 64.972 1,98 %	0,96 81 / 84 / 4.450 1,82 %	1,2 103 / 86 / 4.447 2,32 %
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	7,57 % 4.851 / 64.052	7,85 % 345 / 4.393	9,07 % 399 / 4.400
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,37 O / E / N	1 6.932 / 6.946 / 44.348 15,63 %	1,07 459 / 431 / 2.736 16,78 %	0,8 568 / 713 / 3.547 16,01 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,21 O / E / N	1,05 8.743 / 8.303 / 64.972 13,46 %	1,06 585 / 553 / 4.450 13,15 %	1,36 564 / 415 / 4.447 12,68 %
54050	Sturzprophylaxe	n. d.	97,93 % 56.186 / 57.373	98,25 % 3.885 / 3.954	97,65 % 3.866 / 3.959

Tab. 3.11.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
54029*	3	3	-	3	-	-	-
54030*	10	10	2	7	1	-	1
54033*	4	2	-	2	-	-	-
54042*	1	1	1	-	-	-	1
54050	3	0	-	-	-	-	-
Summe	21	16	3	12	1	0	2

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Insgesamt drei der 16 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren wurden nach dem Stellungnahmeverfahren auch qualitativ auffällig bewertet. Eine Klinik lag mit dem Anteil der Patienten die erst später als 24h nach Aufnahme operiert wurden deutlich außerhalb der Referenzbereichs. Nach Einschätzung des Expertengremiums lag dies an einem Unklaren Umgang bei Patienten in Betreuung oder bei Patienten die unter Gerinnungshemmender Medikation standen. Auch die Indikation für eine perioperative Überwachung war nicht klar geregelt. Mit der Klinik wurde daher als QS-Maßnahme vereinbart entsprechende SOPs hierfür zu entwickeln. Die zweite Klinik fiel mit einer überdurchschnittlich hohen Rate an Harnwegsinfekten und Pneumonien auf. Da diese mutmaßlich erst im Krankenhaus entstanden sind, wurde die Klinik aufgefordert ihre SOPs zur Vermeidung von nosokomialen Infekten darzulegen bzw. ggf. zu entwickeln und der Fachkommission vorzulegen. Die dritte auffällige Klinik war bereits wegen dem Qualitätsindikator Anfang des Jahres im Kollegialen Fachgespräch. Hier ist eine entsprechend positive Entwicklung des QI-Ergebnisses zu erwarten.

Ergebnis von den Kliniken bestätigt. Insgesamt wurde in vier Fällen die Bewertung „Sonstiges“ auf Grund von fehlerhaften Abrechnungskodierungen vergeben.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

In der Tabelle 3.12.1.3 sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien dargestellt. Bis auf den AK 850149 (Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen) gibt es keine wesentlichen Abweichungen vom Vorjahr.

Stellungnahmeverfahren

Bei elf rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden neun Stellungnahmeverfahren durchgeführt. In zwei Fällen wurde auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet, da sich im Vorfeld das Problem klären ließ (fehlerhafte Standortzuordnung) und die Klinik schon darauf hingewiesen wurde. In drei Fällen wurde ein Dokumentationsproblem aufgedeckt, in zwei Fällen wurde das

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 % 40 / 64.986	x %* ≤ 3* / 4.450	x %* ≤ 3* / 4.449
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	41,00 % 31 / 76	x %* ≤ 3* / ≤ 3*	40,00 % 4 / 10
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	19,83 % 117 / 590	21,21 % 7 / 33	12,50 % 5 / 40
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,56 % 65.072 / 64.707	100,36 % 4.461 / 4.445	100,41 % 4.455 / 4.437
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,56 % 65.072 / 64.707	100,36 % 4.461 / 4.445	100,41 % 4.455 / 4.437
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,13 % 86 / 64.707	0,25 % 11 / 4.445	0,14 % 6 / 4.455

Tab. 3.11.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850147	3	3	1	2	-	-
850148	3	3	-	-	3	-
850149	0	-	-	-	-	-
850351	3	2	2	-	-	-
850352	1	-	-	-	-	-
850368	1	1	-	-	1	-
Summe	11	9	3	2	4	0

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

* Datenschutz

3.12.2 HGV-HEP

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,5	0,97 3.758 / 281.084	0,78 215 / 19.723	0,91 247 / 19.492
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	n. d.	97,73 % 201.806 / 206.502	97,33 % 14.138 / 14.526	97,43 % 13.991 / 14.360
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	90,84 % 18.408 / 20.265	92,22 % 1.149 / 1.246	92,3 % 1.186 / 1.285
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	8,15 % 5.744 / 70.479	8,2 % 415 / 5.064	8,04 % 407 / 5.063
54004	Sturzprophylaxe	n. d.	97,64 % 211.773 / 216.892	97,45 % 14.605 / 14.987	97,3 % 14.644 / 15.051
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,44 O / E / N	0,91 6.782 / 7.444 / 243.925 2,78 %	0,93 422 / 453 / 16.310 2,59 %	0,91 717 / 785 / 18.559 3,86 %
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 4,26 O / E / N	0,89 782 / 881 / 222.693 0,35 %	0,79 42 / 53 / 15.402 0,27 %	1,05 57 / 54,40 / 15.330 0,37 %
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,08 O / E / N	1,05 10.839 / 10.370 / 70.594 15,35 %	1,06 767 / 722 / 5.073 15,12 %	1,3 702 / 540 / 5.079 13,82 %
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,84 O / E / N	0,93 3.363 / 3.623 / 204.985 1,64 %	0,97 237 / 244 / 14.312 1,66 %	1,29 230 / 178 / 14.156 1,62 %
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,07 O / E / N	0,92 1.757 / 1.920 / 17.708 9,92 %	1,04 118 / 113 / 1.090 10,83 %	1,3 110 / 85 / 1.114 9,87 %
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,42 O / E / N	0,96 3.360 / 3.490 / 70.745 4,75 %	0,9 224 / 250 / 5.083 4,41 %	1,13 249 / 221 / 5.090 4,89 %
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,48 O / E / N	0,93 4.431 / 4.765 / 206.502 2,15 %	0,94 312 / 332 / 14.526 2,15 %	1,05 334 / 319 / 14.360 2,33 %
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,22 O / E / N	1,01 3.348 / 3.311 / 20.265 16,52 %	1,22 236 / 194 / 1.246 18,94 %	1,52 227 / 150 / 1.285 17,67 %

Tab. 3.12.2.1 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Qualitätsindikatoren (QI)

Ergebnisse

Zu den Hüftendoprothesen werden insgesamt dreizehn Qualitätsindikatoren berechnet (Tab. 3.12.2.1), zwei davon zur Indikationsstellung (QI-IDs 54001 und 54002), zwei zu den Prozessen (QI-IDs 54003 und 54004), acht zu den Inhouse-Ergebnissen (QI-IDs 54012 bis 54019 und 54120) und ein Follow-up-Indikator zum vorzeitigen Wechsel innerhalb von 90 Tagen

(QI-ID 10271). Bei drei QIs wurde für das AJ 2025 (EJ 2024) kein Referenzbereich definiert. Hintergrund hierfür ist die Empfehlung des IQTIG im Rahmen des Berichts zur Weiterentwicklung der datengestützten QS diese drei QI's aus methodischen Mängeln abzuschaffen (siehe hierzu auch Einführung in Kapitel 3).

Stellungnahmeverfahren

Bei den acht Ergebnisindikatoren (QI-ID 54012 bis 54120) sowie beim Follow-up-Indikator (10271) wird eine Risikoadjustierung durchgeführt (O/E). Hierbei werden u. a. Alter, ASA und Pflegegrad berücksichtigt.

Insgesamt liegen die hessischen Ergebnisse nahe am Bundesdurchschnitt, Ausnahme hiervon ist der QI zur Indikation von elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen (QI-ID 54001), der QI zu Spezifischen Komplikationen nach HEP-Wechsel bzw. Komponentenwechsel (QI-ID 54120) sowie der Follow-up-Indikator (QI-ID 10271, Wechsel nach 90 Tagen). Bei der Indikationsstellung ist der geringe aber signifikante Unterschied ein Phänomen der großen Zahlen, bei den spezifischen Komplikationen gab es gegenüber dem Vorjahr zwar eine deutliche Verbesserung, jedoch liegt der Wert noch deutlich über dem Bundesdurchschnitt, sowohl roh als auch risikoadjustiert. Hier muss im Stellungnahmeverfahren geklärt werden ob sich tatsächliche Qualitätsprobleme dahinter verbergen. Erfreulich ist dagegen das hessische Ergebnis bei dem Follow-up-Indikator. Hier zeigt sich auch zum Vorjahr eine deutliche Verbesserung.

Von den 71 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren wurde in 36 Fällen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Für die drei Indikatoren die in Zukunft aus methodischen Gründen abgeschafft werden sollen (QI-ID 54001, 54002 und 54004) wurde auf Empfehlung der Fachkommission bereits zum Auswertungsjahr 2024 (EJ 2023) auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet. Da, nach Sichtung in der mandantenfähigen Datenbank, in keiner Klinik eine systematische Häufung von beeinflussbaren allgemeinen Komplikationen bestand, wurde zum QI 54016 (Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesenerstimplantation) kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Es zeigen sich insgesamt 13 mutmaßliche Qualitätsdefizite bei 36 rechnerisch auffälligen Ergebnissen mit durchgeführten Stellungnahmeverfahren (Tab. 3.12.2.2) – zwei bei dem Indikator zur präoperativen Verweildauer bei endoprothetisch versorgter Femurfraktur (QI-ID 54003) und neun zu den spezifischen Komplikationen (QI-ID 54018 bis 54120). Bei dem Follow-up-Indikator (QI-ID 10271) wurden zwei der rechnerisch auffälligen Kliniken auch qualitativ auffällig bewertet. Die restlichen Bewertungen verteilen sich auch qualitativ unauffällig (auf Grund von erklärbaren Einzel-

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10271*	5	5	2	2	-	1	2
54001*	8	0	-	-	-	-	-
54002*	15	0	-	-	-	-	-
54003*	5	5	2	3	-	-	1
54004*	5	0	-	-	-	-	-
54012*	3	1	-	-	1	-	-
54013*	2	2	-	2	-	-	-
54015*	0	0	-	-	-	-	-
54016*	4	0	-	-	-	-	-
54017*	5	4	-	3	1	-	-
54018*	1	1	1	-	-	-	1
54019*	5	5	5	-	-	-	4
54120*	13	13	3	5	4	1	2
Summe	71	36	13	15	6	2	10

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien (AK)

fällen bzw. vereinzelt Dokumentationsfehlern) (15), Systematische Dokumentationsfehler (6) und Sonstige Gründe (hier Abteilungsschließung) (2).

Auf Basis der Bewertungen wurde mit zwei Kliniken zu sechs auffälligen Ergebnissen ein kollegiales Fachgespräch mit anschließender Zielvereinbarung durchgeführt. Bei vier Kliniken wurden im Rahmen von Vereinbarungen QS-Maßnahmen (z.B. Erstellen von SOP's, Regelmäßige Aufarbeitung der komplizierte Fälle in M&M-Konferenzen) Ziele festgelegt.

Ergebnisse

Die Tabelle 3.12.2.3 zeigt die hessenweiten Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung. Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen gibt es insgesamt kaum Unterschiede. Erfreulich sind die relativ geringen Raten an irrtümlich angelegten Prozedurbögen sowie der geringe Anteil der Minimaldatensätze in Hessen. Der AK 851907 hat sich gegenüber dem Vorjahr „verschlechtert“ und liegt auch deutlich über dem Bundesergebnis. Hier muss das Stimmungsverfahren klären ob sich ein Dokumentationsproblem dahinter verbirgt.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30 %	13,98 % 313 / 2.239	12,72 % 22 / 173	17,42 % 31 / 178
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	16,82 % 600 / 3.568	17,41 % 43 / 247	10,08 % 25 / 248
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 2	7,20 % 303 / 4.210	3,94 % 15 / 381	6,38 % 25 / 392
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90 %	60,31 % 7.292 / 12.091	65,67 % 503 / 766	59,10 % 448 / 758
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	7,32 % 160 / 2.185	11,35 % 16 / 141	8,02 % 13 / 162
852102	Angabe von ASA 5	= 0	0,01 % 28 / 298.888	0,02 % 5 / 20.975	0,00 % 0 / 20.840
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,34 % 276.474 / 275.547	99,1 % 19.457 / 19.634	100,01 % 19.301 / 19.300
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,34 % 276.474 / 275.547	99,1 % 19.457 / 19.634	100,01 % 19.301 / 19.300
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	100,04 % 20.491 / 20.482	99,53 % 1.278 / 1.284	99,4 % 1.316 / 1.324
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	100,04 % 20.491 / 20.482	99,53 % 1.278 / 1.284	99,4 % 1.316 / 1.324
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,07 % 194 / 293.647	0,04 % 8 / 20.768	0,05 % 11 / 20.445
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,69 % 249.755 / 250.523	99,24 % 17.449 / 17.583	99,89 % 17.321 / 17.340

Tab. 3.12.2.3 Auswertungsjahr 20025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850151	2	2	2	-	-	-
850152	0	-	-	-	-	-
850274	1	-	-	-	-	-
850275	1	-	-	-	-	-
850276	6	5	5	-	-	-
850277	0	-	-	-	-	-
850369	0	-	-	-	-	-
850376	1	1	1	-	-	-
851804	1	1	1	-	-	-
851905	0	-	-	-	-	-
851907	1	1	1	-	-	-
852102	0	-	-	-	-	-
Summe	13	10	10	0	0	0

Tab. 3.12.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Stellungnahmeverfahren

Zu den 13 rechnerisch auffälligen Ergebnissen bei den Auffälligkeitskriterien (Tab. 3.12.2.4) wurden insgesamt zehn Stellungnahmen angefordert. Bei drei weiteren AKs wurde auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet, da der Grund (fehlerhafte Standortzuordnung) bereits im Vorfeld der Geschäftsstelle bekannt war. Bei allen zehn Nachfragen mussten von den Kliniken Dokumentationsfehler zugestanden werden. Besonders zu erwähnen ist der AK 850151 (Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation). Bei den beiden auffälligen Kliniken wurden auf Grund des festgestellten Dokumentationsfehlers die hierzu korrespondierenden Qualitätsindikatoren neu bewertet. Obwohl diese jeweils im Referenzbereich lagen, wurden sie neu mit „Nicht bewertbar auf Grund von Dokumentationsfehlern“ eingestuft.

3.13 QS KEP

Fachkommission (Stand: 31.12.2024)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	20.06.2024
6	24.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Mit zunehmendem Alter können sich Verschleißerscheinungen des Gelenknorpels im Knie bemerkbar machen. Führen fortgeschrittene arthrotischen Veränderungen zu Bewegungs- und Funktionseinschränkungen sowie Schmerzen, kann dies Grund für den Ersatz des Knies durch eine Knieendoprothese („künstliches Kniegelenk“) sein.

Im Rahmen des QS-Verfahrens Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) werden knieprothetische Eingriffe, darunter Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel betrachtet. Schwerpunkte des Verfahrens liegen auf der Messung, dem Vergleich und dem Bewerten folgender

qualitätsrelevanter Aspekte wie Indikationsstellung, Peri- und postoperative Komplikationen, Gehfähigkeit und vorzeitigem Wechsel.

Im Vergleich zum Vorjahr wurden in Hessen mit 16.335 knapp über 1.000 mehr stationäre Prothesenimplantationen bzw. Prothesenwechsel am Knie als im Vorjahr durchgeführt. Für das Erfassungsjahr 2024 ergibt sich damit eine Fallzahlsteigerung von 6,2 %. Die Vollständigkeit der gelieferten Datensätze liegt wie in den Vorjahren bei annähernd 100 %.

Die Tabelle 3.13.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangene QS-Dokumentationsdaten sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)		
KEP-Erstimplantationen	75	75
KEP-Wechseloperationen	67	66
Fallzahlen		
KEP-Erstimplantationen	15.313	14.352
KEP-Wechseloperationen	1.014	958
Minimaldatensätze		
KEP-Erstimplantationen	7	4
KEP-Wechseloperationen	1	2
Summe		
KEP-Erstimplantationen	15.320	14.356
KEP-Wechseloperationen	1.015	960
Vollzähligkeit		
KEP-Erstimplantationen	99,2 %	100,0 %
KEP-Wechseloperationen	100,3 %	101,0 %

Abb. 3.13.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/23)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Vergleich der hessischen - mit den Bundesergebnissen gibt es bei den Qualitätsindikatoren 50481, 54022 und 54028 signifikante Unterschiede. Zweimal sind Indikatoren zu Indikationsstellung betroffen. Da für das AJ 2025 keine Referenzbereiche mehr festgelegt wurde, lässt sich hier keine mögliche Erklärung herausfinden. Das Ergebnis zur Gehunfähigkeit liegt dagegen signifikant besser als der Bundeswert und hat sich auch gegenüber dem Vorjahr noch mal deutlich verbessert. Ob es sich hierbei um eine Steigerung der Versorgung handelt oder sich nur die Dokumentationsqualität verbessert hat, lässt sich hierbei nicht sagen.

Stellungnahmeverfahren

Für die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung, zu den peri- und postoperativen Komplikationen sowie zum frühzeitigen Wechsel der Endoprothesen oder Komponenten wurden zum Auswertungsjahr 2024 wenige Referenzbereiche definiert. Hintergrund waren die Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung der DeQS-Verfahren (siehe hierzu auch Ausblick und Einleitung zu Kapitel 3).

Lediglich für die Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit (QI-ID 54028) und zur Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (QI-ID 54128) sind vom IQTIG Referenzbereiche festgelegt worden.

Auf Empfehlung der Fachkommission wurde bereits für das Auswertungsjahr 2024 im Verfahren KEP kom-

Ausblick

plett auf ein Stellungsnahmeverfahren verzichtet. Grund hierfür ist die Empfehlung des G-BA das Verfahren KEP ab dem Erfassungsjahr 2025 komplett auszusetzen.

Laut Empfehlung des IQTIG sollten im Rahmen der Weiterentwicklungsbeauftragung die Anzahl der Qualitätsindikatoren im Verfahren QS KEP aufgrund niedriger Messqualität, fehlendem Evidenznachweis oder geringem Verbesserungspotenzial von zehn auf zwei reduziert werden. Von Seiten des G-BA wurde am 18.07.2024 die komplette Aussetzung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2025 beschlossen. Geplant ist ein Re-Start des Verfahrens ab Erfassungsjahr 2026 mit Sozialdaten. Parallel dazu soll eine Patientenbefragung zur Qualität der Indikationsstellung entwickelt werden.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2024
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	3,96 % 539 / 13.616	3,68 % 37 / 1.006	3,48 % 33 / 948
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	n. d.	98,17 % 185.149 / 188.591	97,73 % 13.071 / 13.374	98,25 % 12.385 / 12.605
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	n. d.	97,35 % 31.431 / 32.285	97,5 % 1.948 / 1.998	98,03 % 1.739 / 1.774
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	91,61 % 12.675 / 13.836	87,43 % 890 / 1.018	90,32 % 868 / 961
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,97 O / E / N	0,82 930 / 1.129 / 221.726	0,46 34 / 73 / 15.045 0,23 %	0,95 62 / 66 / 14.872 0,42 %
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	n. d.	1,06 % 2.340 / 220.596	0,97 % 148 / 15.311	0,99 % 142 / 14.343
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	n. d.	0,76 % 1.687 / 221.685	0,79 % 122 / 15.423	0,73 % 105 / 14.432
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	5,83 % 807 / 13.836	7,07 % 72 / 1.018	6,56 % 63 / 961
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	0,03 % 65 / 219.555	0,03 % 4 / 15.399	x %* ≤3* / 14.267
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	n. d.	99,8 % 233.804 / 234.189	99,79 % 16.266 / 16.294	n. b.

Tab. 3.13.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

*Datenschutz



4. QFR-RL

QFR-Richtlinie und klärender Dialog

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 1.01.2006 in Kraft getreten und wurde seitdem mehrfach aktualisiert und geändert. Zuletzt geschah dies am 17.10.2024 (mit Inkrafttreten am 01.01.2025).

Richtlinienänderung zum 01.01.2025

Die Richtlinie wurde u. a. auf Basis der aktuellen Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ weiterentwickelt.

Es wurden die Mindestanforderungen in der Anlage 1 angepasst, welche gewichtsunabhängig und damit für Früh- und Reifgeborene gleichermaßen gelten. Die neuen gewichtsunabhängigen Mindestanforderungen der Anlage 1 Nummer I.2.2 (pflegerische Versorgung) für die neonatologische Intensivstation unterteilen sich in drei Versorgungsschlüssel. So gilt grundsätzlich ein Betreuungsschlüssel von 1:2, bei Vorliegen bestimmter Kriterien gemäß QFR-RL gilt ein Betreuungsschlüssel von 1:1 oder auch nur von 1:4.

Zudem wurde der Klärende Dialog bis zum 31.12.2026 verlängert und bis dahin entsprechende Übergangsregelungen für die Erfüllungsquote dieser Mindestanforderungen festgelegt:

- ✓ 2025: 90 %
- ✓ 2026: 95 %

Ab 2027 müssen dann die geregelten Mindestanforderungen in 100 % der Schichten von den Standorten erfüllt werden.

Ab dem Jahr 2027 erfolgt zudem bei Krankenhausstandorten, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen, für die konkret von der Nichterfüllung betroffenen

Tage eine anteilige Kürzung der Vergütung. Die Meldung der Nichterfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 11 muss jedoch schon ab dem 01.01.2025 per Servicedokument an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgen. Zusätzlich muss auch weiterhin gemäß § 15 QFR-RL das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes unverzüglich den Landesverbänden gemeldet werden (Das entsprechende Formular ist auf der Homepage der LAGQH abrufbar). Diese Ausnahmetatbestände werden auch in der schichtbezogenen Dokumentation zur Berechnung der Erfüllungsquote berücksichtigt. Unter diese Ausnahmetatbestände fallen ‚(kurzfristige und unvorhergesehene) krankheitsbedingte oder schwangerschaftsbedingte Personalausfälle‘ oder ‚Unvorhersehbarer Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g innerhalb einer Schicht‘.

Anpassung der ausfüllbaren Dokumente

Im Rahmen der Richtlinienänderung wurden auch die ausfüllbaren Dokumente für den Klärenden Dialog angepasst und aktualisiert.

In der Anlage 4 gem. QFR-RL (früher Anlage 5) als Vorlage für die schichtbezogenen Dokumentation werden die neuen gewichtsunabhängigen Versorgungsschlüssel nach I.2.2 Absatz 5-7 abgebildet. Einbezogen in die Dokumentation wird demnach die Anzahl der Früh- und Reifgeborenen. In Anlehnung an die Anlage 4 des G-BA (Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation) hat auch die LAGQH Ihre entsprechenden ausfüllbaren Dokumente für den klärenden Dialog angepasst. Zusätzlich zu den bereits genannten Anpassungen wurde die Möglichkeit zur Nennung von mehreren Gründen für die Nichterfüllung der Personalschlüssel gegeben. Die Meldung der Gründe für die Nichterfüllung ist, genau wie die Nennung der Ausnahmetatbestände ein Pflichtfeld.

Die Personaldatei wurde ebenfalls abgeändert und es werden im ‚Teil Pflege‘ die für die neonatologische pflegerische Versorgung geforderten Berufsbezeichnungen in Form von Vollzeitkräften (VK) / Mitarbeitern

(MA) eins zu eins gemäß Nennung in der QFR-RL abgebildet. Die Weiterbildungsquote wird nicht mehr automatisch berechnet, sondern abgefragt und in die Datei eingetragen. Die Summe der VK für alle genannten Berufsbezeichnungen, exklusive Weiterbildung und inklusive Weiterbildung wird automatisch berechnet. Es gibt ein extra Tabellenblatt mit Fußnoten bzw. Ausfüllhinweisen. Unter ‚Teil Aus- und Weiterbildung‘ wird die Anzahl der Aus- und Weiterbildungsplätze ab-

gefragt, jedoch in reduzierter Form. Zudem gibt es die Möglichkeit bei den Weiterbildungsplätzen ein individuelles Startdatum einzutragen.

Die ausfüllbaren Dateien sind auf den Internetseiten der LAGQH (<https://www.lagqh.de/qsverfahren/qfr-rl>) zum Download verlinkt.

Klärender Dialog 2019 bis 2024

Klinik	2019		2020	2021	2022	2023	2024	Erneute Meldung der Nicht-Erfüllung an den G-BA 2024	Klärender Dialog
	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote		
A	96,6 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	100,0% (1.HJ)	JA	Beendet*
B	87,3 %	NEIN	97,9 %	97,2 %	91,0 %	93,6 5	95,6 %	NEIN	Teilnahme
C	64,0 %	NEIN	93,3 %	100,0 %	100,0 %	Keine Aussage möglich	96,6 %	JA	Teilnahme
D	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	99,2 %	JA	Teilnahme
E	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet				
F	83,3 %	NEIN	92,2 %	93,3 %	97,0 %	99,6 %	90,1 %	JA	Teilnahme
G	99,3 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich			
H	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	87,0 %	90,0 %	90,1 %	NEIN	Teilnahme
I	96,0 %	NEIN	91,7 %	99,3 %	99,4 %	Keine Aussage möglich	70,1 %	JA	Teilnahme
J	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	96,15 %	100,0 % (Jan-Okt)	JA	Beendet*
K	85,0 %	NEIN	99,5 %	92,1 %	99,2 %	Antrag ruht	96,3 %	JA	Teilnahme

* Wiederaufnahme in den klärenden Dialog für 2024 beantragt - Antrag wurde abgelehnt

Tab. 4.1 Verlauf der Erfüllungsquoten 2019-2024

Klärender Dialog

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

Für 2024 galt jedoch eine Erfüllungsquote von 100 %, wodurch wieder vermehrt Perinatalzentren einen Antrag auf Wiederaufnahme in den Klärenden Dialog beim G-BA gestellt haben.

Die Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über den Verlauf des klärenden Dialoges der zehn Perinatalzentren Level I in Hessen im Hinblick auf die Erfüllungsquoten für die Jahre 2019 bis 2024. In 2024 befanden sich sieben Kliniken im Klärenden Dialog (Teilnahme). Sieben Kliniken haben für 2024 beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag auf Wiederaufnahme in den Klärenden Dialog gestellt. Zwei der Anträge wurden nach Prüfung der unterjährigen Daten aufgrund von Erfüllung der Anforderungen vom Lenkungsgremium der LAGQH abgelehnt.

Mit den sieben Kliniken im klärenden Dialog wurden Zielvereinbarungen getroffen. Auch wenn durch die Übergangsregelungen die Erfüllungsquote für 2025 bei 90 % liegt und dies voraussichtlich von den meisten Kliniken erreicht wird, wurden die Zielvereinbarungen mit Frist bis zum 31.12.2026 getroffen. Hintergrund hierfür ist die ab 2027 geforderte Erfüllungsquote von 100 %

Die Halbjahresdaten werden entsprechend mit den angepassten ausfüllbaren Dateien abgefragt. Um einen Überblick über die neonatologische Versorgung in Hessen zu bekommen, wurden, auf Empfehlung der Fachgruppe, in 2025 auch die Standorte, die aktuell nicht im klärenden Dialog sind, um die freiwillige Abgabe Ihrer Daten (Anlage 4 und Personaldatei) gebeten.

Anschreiben an das HMFG

Die Fachgruppe hat in 2023 die Verschärfung der Richtlinie hinsichtlich der Erfüllungsquote zum Anlass genommen und eine Abfrage an die Perinatalzentren 1 und 2 in Hessen versendet. Durch die Abfrage wurden Daten zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Parameter der Qualitäts-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) erhoben. Die aggregierten Ergebnisse dieser Abfrage wurden als Grundlage für ein Expertenpapier durch die Fachgruppe an den G-BA genutzt, um auf die Schwierigkeiten einer 100%igen Erfüllungsquote hinzuweisen. Dieses Expertenpapier wurde mit dem Bericht (Anlage 6) an den G-BA übermittelt.

Ergänzend wurde Ende 2024 ein Schreiben der Fachgruppe QFR-RL an das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) formuliert (Abb. 4.1-4.3). In diesem Schreiben wurde auch noch mal auf die bestehenden Herausforderungen bezüglich der Erfüllung der Mindestanforderungen, insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel in der Pflege, verwiesen.

Erschwert wird die Situation dadurch, dass die notwendige Qualifikation in der Pflege allein mit der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz nicht erreicht werden kann und somit zur Erfüllbarkeit der Mindestanforderungen eine Weiterqualifikation notwendig ist. Über die formulierten Lösungsansätze im Expertenpapier und die in der QFR-RL oder im Pflegeberufegesetz zu platzieren sind hinaus fordert das Anschreiben an das HMFG pragmatische Ansätze, die in Hessen die Sicherstellung der Versorgung unterstützen könnten.

Mit dem Anschreiben wurde konkret um die Prüfung von finanzieller Unterstützung durch das Land Hessen für die Refinanzierung einer Weiterqualifikation nach Abschluss der generalistischen Ausbildung und um Anerkennung von Erfahrungszeiten bei internationalen Fachkräften gebeten.

Die Rückmeldung des HMFG (Abb. 4.4-4,7) verweist auf die Verantwortung der Anstellungsträger für die Refinanzierung von Weiterqualifikationen und bezüglich der Anerkennung von Erfahrungszeiten wird dies individuell geprüft, jedoch sind der überwiegende Teil der Pflegeausbildungen generalistisch strukturiert.

Anschreiben an das HMFG - Anforderungen aus der QFR-Richtlinie



Frankfurter Str. 80-82
65760 Eschborn

Telefon: 06196 / 58 652 50

Telefax: 06196 / 58 652 58

E-Mail: info@lagqh.de

Internet: www.lagqh.de

LAGQH GbR ■ Frankfurter Straße 80-82 ■ 65760 Eschborn

Frau Dr. Winten
Herrn Dr. Herb
Hessisches Ministerium für Familie, Senioren,
Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG)
Sonnenberger Str. 2/2a
65193 Wiesbaden

Eschborn, 11. November 2024

Anforderungen aus der QFR-Richtlinie

Sehr geehrte Frau Dr. Winten, sehr geehrter Herr Dr. Herb,

im Rahmen der letzten Fachgruppe „Klärender Dialog“ gem. § 8 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) wurden erneut die Anforderungen für die Perinatalzentren diskutiert. Inhaltlich wurde sich intensiv mit den Inhalten der Zielvereinbarungen der hessischen Perinatalzentren befasst, die sich derzeit im Klärenden Dialog befinden.

Dabei musste erneut konstatiert werden, dass eine Erfüllung aller Mindestanforderungen insbesondere aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels dauerhaft nur schwer umsetzbar ist. Erschwert wird die Situation dadurch, dass die notwendige Qualifikation in der Pflege allein mit der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz nicht erreicht werden kann und somit zur Erfüllbarkeit der Mindestanforderungen eine Weiterqualifikation notwendig ist.

Dem G-BA sind die bestehenden Herausforderungen bekannt, dennoch wird nicht an einer Lösung dahingehend gearbeitet, die Richtlinie hinsichtlich der Pflegeausbildung zu öffnen. Aus diesem Grund wurde initiativ von den in den hessischen Klärenden Dialog eingebundenen Pflegeexperten im Frühjahr dieses Jahres ein Dokument erarbeitet, welches nicht nur auf die Probleme hinweist, sondern Lösungen aufzeigt. Dieses „Expertenpapier“ wurde im Namen der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung u.a. an den G-BA adressiert, hat aber auch seinen Weg in das Bundesgesundheitsministerium gefunden.

Dennoch bedarf es weiterer Initiativen und Lösungsansätze, um die Versorgung in der Fläche in Hessen dauerhaft sicherzustellen.



Seite
2

Dabei handelt es sich nicht um Lösungsansätze, die in der QFR-Richtlinie oder dem Pflegeberufegesetz zu platzieren sind, sondern um pragmatische Ansätze, die in Hessen die Sicherstellung der Versorgung unterstützen könnten.

Aus diesem Grund wenden wir uns heute an Sie und bitten um Prüfung, ob die zwei unten beschriebenen Maßnahmen seitens des Landes Hessen finanziell und in der Umsetzung unterstützt werden können.

1. Prüfung der Refinanzierung einer Weiterqualifikation nach Abschluss der generalistischen Ausbildung

Gem. der QFR-RL (Anlage 2) muss der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation aus Personen bestehen, denen die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-in oder
- Pflegefachfrau/-mann mit entsprechendem Hinweis auf den durchgeführten Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ erteilt wurde. Dabei sind mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung nachzuweisen.

Häufig entscheiden sich Auszubildende nicht bereits während der Ausbildung für einen Vertiefungseinsatz in der Pflege oder im 3. Ausbildungsjahr für die Wahlmöglichkeit, die Ausbildung als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in abzuschließen. Sie erkennen aber im Nachgang zur Ausbildung, dass sie gern im Bereich der Frühchenversorgung arbeiten möchten. In diesen Fällen ist eine Nach- oder Anschlussqualifikation notwendig. Diese kann die Nachholung der fehlenden Stunden beinhalten, um den Nachweis von 1.260 Stunden zu erfüllen, aber auch erforderliche Theoriestunden beinhalten.

Da die Fachkräfte bereits einen Abschluss zur Pflegefachmann/-frau innehaben und somit der praktische Anteil der Nachqualifikation über die Pflegebudgets laufen könnte, ist es notwendig, die Refinanzierung des theoretischen Anteils sicherzustellen. Hier stellt sich konkret die Frage, ob eine Regelungsmöglichkeit über den Ausbildungsfonds geschaffen werden kann. Es wäre denkbar, dass der Landesanteil der Ausbildungsfinanzierung entsprechend aufgestockt wird und so in Hessen eine

Seite
3

Sicherstellung der qualitativ hochwertigen Versorgung der Früh- und Reifegeborenen erreicht werden kann.

2. Anerkennung von Erfahrungszeiten bei internationalen Fachkräften

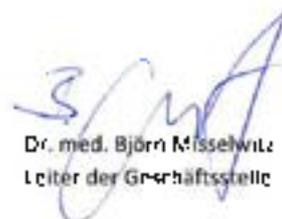
Die Ausbildung zum Gesundheits- und Kinderpfleger/-in existiert international nur in einigen wenigen Ländern, wie z.B. in Tunesien und Serbien. Dennoch existiert in vielen Ländern eine hochwertige neonatologische Versorgung und Pflegekräfte verfügen oftmals über langjährige Erfahrungen in diesen Versorgungsbereichen. Dennoch wird im Rahmen des Anerkennungsprozesses lediglich der sogenannte Referenzberuf geprüft und ggf. bescheinigt. Die Anerkennung von Erfahrungszeiten, die zu einem Einsatz von internationalen Kräften in der neonatologischen Intensivstation berechtigen würde, erfolgt nicht. Nach uns vorliegenden Informationen werden in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Berlin auch die Erfahrungszeiten anerkannt. Vielleicht haben Sie seitens eines mit Ihnen bestehenden Austauschs die Möglichkeit diese Information zu hinterfragen und zu bestätigen. Sollte sich dies bestätigen, würden wir darum bitten, die Prüfung von Erfahrungszeiten auch in Hessen zu ermöglichen, sodass internationale Fachkräfte in der Frühchenversorgung direkt unterstützen können. Dies könnte die angespannte Arbeitsmarktsituation spürbar entlasten und die Kliniken in ihrer Personalplanung unterstützen.

Für Rückfragen oder eine weitergehende Diskussion der Vorschläge stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Jörg Holzmair
Vorsitzender des Lenkungsausschusses



Dr. med. Björn Misselwitz
Leiter der Geschäftsstelle

Rückmeldung vom HMFG - Anforderungen aus der QFR-Richtlinie

**Hessisches Ministerium für Familie,
Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege**



Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
Postfach 30 03 · 65020 Wiesbaden

Geschäftszeichen 0453 IV8B-18b5330-0001/2018

LAGQH
Frankfurter Straße 80-82

65760 Eschborn

Dokument-Nr. 2024-398304
Bearbeiter/in Nicole Benthin
Durchwahl +49 611 3219 3462
Fax +49 611 327193462
E-Mail nicole.benthin@hmfq.hessen.de
Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom 11. November 2024

Per Mail: info@lagqh.de

Datum 29. November 2024

Anforderungen aus der QFR-Richtlinie

Sehr geehrter Herr Hoffmann,
sehr geehrter Herr Dr. Misselwitz,

ich bedanke mich für Ihr o.g. Schreiben, mit dem Sie sich dafür einsetzen, dass seitens der Landesregierung eine Unterstützung der Kliniken erfolgt, um die in Rede stehende Qualitätssicherungsrichtlinie einhalten zu können.

Konkret bitten Sie um Prüfung, ob eine Möglichkeit besteht, die Anpassungsqualifizierung für Pflegefachmänner/-frauen (ohne Vertiefungsschwerpunkt Pädiatrie) über den Pflegeausbildungsfonds oder durch Landesmittel zu finanzieren.

Die Länder haben sich seit der ersten Variante der in Rede stehenden QFR-Richtlinie Kinderonkologie vom 17. Dezember 2020 beim Bundesgesundheitsministerium nachdrücklich dafür eingesetzt, dass die getroffenen Regelungen des G-BA beanstandet werden, da sie die Berufsausübung von Pflegefachfrauen/-männer unzulässig einschränkte. Die Vorgabe, dass 1.260 Stunden praktische Ausbildung in der pädiatrischen Versorgung erbracht werden sein müssen (also faktisch der gesonderte Abschluss nach § 58 Abs. 1 PfIBG vorliegen muss), war berufsrechtlich zu

Rückmeldung vom HMFG - Anforderungen aus der QFR-Richtlinie

- 2 -

beanstanden, weil der Abschluss Pflegefachfrau/-mann unabhängig vom Vertiefungsschwerpunkt der Ausbildung für die altersübergreifende Versorgung in allen Sektoren der pflegerischen Versorgung berechtigt (Krankenhäuser, ambulante Krankenpflege, ambulante Langzeitpflege, stationäre Langzeitpflege). Die Inhaber der Berufserlaubnis dürfen somit in allen Versorgungssektoren die nach § 4 PflBG definierten vorbehaltenen Tätigkeiten an allen Altersgruppen ausüben und werden als Fachkraft auf die Personalschlüssel anerkannt.

Hierzu wird auf den G-BA Beschluss vom 15. September 2022 über die Änderung des Beschlusses vom 17. Dezember 2020 zur Änderung der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOnRL) und die Anpassung in § 4 Abs. 4 verwiesen. Zudem hat der Bund mit Schreiben vom 27. Mai 2021 den G-BA insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation gemäß § 62 PflBG gebeten zu prüfen, ob mittelfristig eine Anpassung der Schichtregel in § 4 Abs. 6 KiOnRL vorzunehmen ist, wenn es keine ausreichende Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen gibt. Andernfalls gehen die Länder davon aus, dass erneut ein Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grund ungerechtfertigter Zugangsbeschränkungen für generalistisch ausgebildete Pflegefachperson besteht.

Es besteht somit kein berufsrechtliches Erfordernis zusätzlicher Ausbildungszeiten oder von Anpassungsqualifizierungen für Pflegefachfrauen/-männer. Es ist selbstverständlich, dass es der Verantwortung der Anstellungsträger obliegt, sicherzustellen, dass die Pflegefachfrau/-mann die Aufgaben beherrscht und bewältigt. Hier sind seitens der Arbeitgeber entsprechende Fortbildungsangebote und Unterstützungsangebote im Sinne von Einarbeitungskonzepten sinnvoll. Berufsrechtlich erforderlich sind Anpassungsqualifizierungen aber nicht.

Wenn der G-BA bzw. die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) obgleich der rechtlich nicht gegebenen Notwendigkeit besondere weitere Qualifikationsanforderungen für spezielle Versorgungsbereiche vorgeben, obliegt es dem Anstellungsträger, die erforderliche Qualifikation für sein Fachpersonal sicherzustellen. Insofern kann die DKG für ihre speziellen Versorgungsbereiche entsprechende Anschlussqualifizierungen entwickeln. Schlussendlich dürfen diese nicht den Grundsatz der im Jahr 2020 eingeführten generalistischen Pflegeausbildung

- 3 -

konterkarieren und durch verpflichtende altersgruppenspezifische Anschlussqualifizierungen erneut eine dreigeteilte Landschaft der Pflegefachkräfte herbeiführen. Ein Wechsel von Pflegekräften über die verschiedenen Versorgungsbereiche wäre wieder erheblich erschwert oder könnte nicht mehr erfolgen. Dies wäre zum Nachteil für alle Versorgungsbereiche.

Unabhängig davon steht es jedem Arbeitgeber frei, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Einarbeitungskonzepte oder betriebliche Bildungsangebote auf spezifische Arbeitsanforderungen vorzubereiten.

Die Finanzierung von Einarbeitungskonzepten, Schulungen oder leistungsrechtlich vorgegebenen Anpassungsqualifizierungen aus Mitteln des Pflegeausbildungsfonds muss – unabhängig davon, dass dies nur der Bund regeln könnte - aus berufsrechtlichen Gründen abgelehnt werden. Zusätzliche Landesmittel stehen angesichts der haushaltspolitischen Vorgaben für die Umsetzung entsprechender Konzepte oder Qualifizierungen nicht zur Verfügung. Die einzige Möglichkeit, die Vorgaben der Schichtenregelung einzuhalten, bestünde in der Erlangung des zweiten Berufsabschluss nach § 58 Abs. 1 PflBG. Hier wäre für examinierte Pflegefachfrauen/-männer in Rücksprache mit der Prüfungsbehörde eine Verkürzung der Ausbildung zum gesonderten Abschluss nach § 58 Abs. 1 PflBG auf ein Jahr zu erwarten sowie das volle Examen nach Teil 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsordnung abzulegen. Dies könnte dann auch aus dem Fonds finanziert werden.

Bezüglich Ihrer Mitteilung, dass bei ausländischen Pflegeausbildungen in der Regel kein Vertiefungsschwerpunkt Pädiatrie oder ein dem gesonderten Abschluss nach § 58 PflBG vergleichbarer Berufsabschluss besteht, kann ich für Hessen bestätigen, dass wie in NRW die Berufserfahrung zum Ausgleich wesentlicher Unterschiede grundsätzlich geprüft und bei der Festlegung der Anpassungsmaßnahmen berücksichtigt wird. Da in der überwiegenden Anzahl die ausländischen Pflegeausbildungen jedoch generalistisch strukturiert sind, ist keine Einschlägigkeit zum gesonderten Abschluss nach § 58 PflBG gegeben und eine Anerkennung als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in nach dem PflBG kann nicht erfolgen. Auch kann nicht im Rahmen der Anerkennung ausländischer Abschlüsse geprüft werden, ob

Rückmeldung vom HMFG - Anforderungen aus der QFR-Richtlinie

- 4 -

die Berufserfahrung mit Blick auf leistungsrechtliche Weiterbildungserfordernisse
ausreicht.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen hiermit weiterhelfen

.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Dr. Stefan Herb

Referatsleiter IV8B Gesundheits- und Pflegeberufe



Einsatz von Ergebnissen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Mit der Krankenhausreform werden laut BMG folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patient*innen, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung (Quelle BMG 2025). Im Detail wird unter anderem folgendes Vorhaben verfolgt: Durch die Festlegung von Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen, die den Krankenhäusern von den Ländern zugewiesen werden, bestimmt stärker die Qualität und nicht mehr die Quantität die Versorgung Patient*innen können sich darauf verlassen, dass ihre Behandlung wirklich nötig ist und gut gemacht wird (Quelle BMG 2025). Schaut man sich im Detail die „Qualitätskriterien“ in den Leistungsgruppen an, so verbergen sich dahinter (gemäß Anlage 1 des KHVVG) folgende ausschließlich strukturelle Vorgaben: Erbringung verwandter Leistungsgruppen, Sachliche Ausstattung, Personelle Ausstattung (Qualifikation und Verfügbarkeit) und sonstige Struktur- und Prozesskriterien. Auch wenn eine ausreichend gute Strukturqualität in der Regel die Voraussetzung für effiziente Prozesse und letztendlich auch für gute Ergebnisqualität ist, so muss dies kein Automatismus bedeuten. Prozess- und Ergebnisqualität zu messen ist in der Regel nicht nur aufwendiger, sondern auch schwieriger z. B. hinsichtlich Aussagekraft, Vergleichbarkeit und Kausalität. Allein mit methodischen Ansätzen bei der Definition von Qualitätsindikatoren sowie einer ausgefeilten Risikoadjustierung können jedoch nicht alle Unsicherheiten zu den oben genannten Aspekten ausgeschlossen werden. Vermutlich hat sich das BMG aus diesem Grund aber vielleicht auch nach den negativen Erfahrungen mit dem Plan-QI-Verfahren dazu entschieden keine Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität in die Gesetzgebung zum KHVVG zu texten. Stattdessen sollte mit dem Transparenzgesetz und dem daraus begründeten Bundesklinikatlas (www.bundes-klinik-atlas.de) den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit gegeben werden, sich eigenständig über die Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser zu informieren. Aktuell (Stand Juni 2025) finden sich hier für die

jeweiligen Kliniken nur Angaben zu den Behandlungsfällen, zum Pflegepersonalquotient, zur Notfallversorgung und ggf. zu einem aussagekräftigen Zertifikat wieder. Das IQTIG plant jedoch schon länger die Bereitstellung und Veröffentlichung von Ergebnissen aus der datengestützten Qualitätssicherung.

Im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gibt es sowohl Verfahren die klinikübergreifend Qualitätsaspekte betrachten als auch Verfahren, die bestimmte Eingriffe oder Erkrankungen im Fokus haben. Das Verfahren QS Dekubitus misst anhand der neu entstandenen Dekubitalulcera abteilungsübergreifend einen wichtigen Aspekt der pflegerischen Versorgung. Die QS-Verfahren Wundinfektion und MRE (Landesverfahren in Hessen) können Defizite in der Hygiene oder im Antibiotikamanagement einer Klinik aufdecken. Die weiteren QS-Verfahren lassen sich zumeist ganz speziellen Leistungsgruppen zuordnen. So lassen sich 21 der 65 Leistungsgruppen nahezu komplett durch QS-Verfahren abdecken und 5 zumindest teilweise. Bei den komplett abgedeckten Leistungsgruppen können anhand von Qualitätsindikatoren 14 durch landesbezogene DeQS-Verfahren, sieben durch bundesbezogene DeQS-Verfahren und eines (Stroke-Unit) durch ein Landesverfahren betrachtet werden.

Sowohl klinikübergreifend als auch leistungsgruppenbezogen liegen bereits Zahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität vor. Unabhängig davon ist auf Grund der erwähnten methodischen Unsicherheiten sowie der unzureichenden Risikoadjustierung immer noch eine fachliche Bewertung notwendig. Hierfür eignet sich die in der im § 17 der DeQS-RL definierte Vorgehen zur Bewertung von Auffälligkeiten. Bei einer Nutzung von Ergebnissen aus der gesetzlichen Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung im Rahmen des KHVVG wäre daher ein entsprechendes Vorgehen unabdingbar.

Internistische Leistungsgruppe	Chirurgische Leistungsgruppe		Weitere Leistungsgruppen		
1-Allgemeine Innere Medizin QS CAP (amb. erw. Pneumonie***)	14-Allgemeine Chirurgie QS CHE (Cholezystektomie) QS HGV (Femurfraktur)	27-Spezielle Traumatologie	25-Augenheilkunde	48-Kinder-Hämato- logie und -Onkologie – Stammzelltrans- plantation	58-Darm- transplantation
2-Komplexe Endo- krinologie und Diabetologie	15-Kinder- und Jugendchirurgie	28-Wirbelsäulen- eingriffe	36-Haut- und Ge- schlecht-krankheiten	49-Kinder-Hämato- logie und -Onkolo- gie – Leukämie und Lymphome	59-Herz- transplantation
3-Infektiologie	16-Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	29-Thoraxchirurgie	37-MKG	50-HNO	60-Leber- transplantation
4-Komplexe Gastroenterologie	17-Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	30-Bariatrische Chirurgie	38-Urologie	51-Cochleaimplan- tate	61-Lungen- transplantation
5-Komplexe Nephrologie	18-Bauchaorten- aneurysma	31-Lebereingriffe	39-Allgemeine Frauenheilkunde QS Gyn-OP (ben. Ovar-/ Adnexeingriffe)	52-Neurochirurgie QS SA-HE* (Sub- arachnoidalblutun- gen)	62-Nieren- transplantation
6-Komplexe Pneumologie	19-Carotis operativ/ interv. QS Karotis	32-Ösophagus- eingriffe	40-Ovarial-CA QS Gyn-OP (Eingriffe bei Ovarial-CA)	53-Allgemeine Neurologie	63-Pankreas- transplantation
7-Komplexe Rheumatologie	20-Komplexe periphere arterielle Gefäße	33-Pankreaseingriffe	41-Senologie QS MC	54-Stroke Unit QS SA-HE*	64-Intensivmedizin
8-Stammzelltrans- plantation	21-Herzchirurgie QS KCHK	34-Tiefe Rektum- eingriffe	42-Geburten QS Peri	55-Neuro-Frühreha QS SA-HE* (Phase B nach Schlaganfall)	65-Notfallmedizin
9-Leukämie und Lymphome	22-Herzchirurgie – Kinder und Jugend- liche		43-Perinataler Schwerpunkt QS Peri	56-Geriatrie	
10-EPU/Ablation	23-Endoprothetik Hüfte QS HGV		44-Perinatalzentrum Level 1 QS Peri	57-Palliativmedizin	
11-Interv. Kardiologie QS PCI	24-Endoprothetik Knie QS KEP**		45-Perinatalzentrum Level 2 QS Peri		
12-Kardiale Devices QS HSMDEF	25-Rev. Hüftendo- prothese QS HGV		46-Allg. Kinder- und Jugendmedizin		
13-Minimalinvasive Herzklappeninter- vention QS KCHK	26-Rev. Knieendo- prothese QS KEP**		47-Spezielle Kinder- und Jugendmedizin		

Legende:

Eingriffe/Diagnosen mutmaßlich nahezu komplett durch landesbezogenes QS-Verfahren abgedeckt

Eingriffe mutmaßlich nahezu komplett durch bundesbezogenes QS-Verfahren abgedeckt

Eingriffe/Diagnosen teilweise durch landesbezogenes QS-Verfahren abgedeckt

* Landesverfahren
** ab 2025 ausgesetzt
*** ab 2026 ausgesetzt

Tab. 5.1 Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung gemäß KHVVG und Verfahren der externen QS



6. Veranstaltungen

Informationsveranstaltung „Externe Qualitätssicherung 2024“

Datum: 31.01.2024
Uhrzeit: 9:00 - 16:00 Uhr
Ort: Videokonferenz via Webex

Programm:

Teil A - Grundlagen und Allgemeines zur externen Qualitätssicherung in Hessen

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

Teil B - Aktuelles zur externen Qualitätssicherung in Hessen

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1 | 13:00 – 13:30 Uhr | Begrüßung und Moderation
Dr. Björn Misselwitz |
| 2 | 13:30 – 14:15 Uhr | Aktueller Sachstand und Ergebnisse zu den Landesverfahren
Simone Puttins / Dr. Björn Misselwitz |
| 3 | 14:15 – 14:45 Uhr | Ergebnisse und Bewertungen zu den landesbezogenen Bundesverfahren
Dr. Friedemann Woernle |
| | 14:45 – 15:00 Uhr | PAUSE |
| 4 | 15:00 – 15:30 Uhr | Weiterentwicklung der QS – Umsetzung des Eckpunktepapiers
Dr. Susanne Nolte (IQTIG) |
| 5 | 15:30 – 16:00 Uhr | Das Thema Sepsis in der externen Qualitätssicherung
Simone Puttins |

Bund-Länder-Konferenz Kardiologie 2024

Datum: 29.11.2024

Uhrzeit: 10:00 - 17:00 Uhr

Ort: SAALBAU Gutleut in Frankfurt a. M

QS-Verfahren:

- ✓ Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)
- ✓ Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Referent*innenliste

Brigitte Reeb <i>Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt a. M.</i>	Eva Sellge <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>
Stefan Sens <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>	Dr. Tomislav Miljak MBA FESC <i>Kliniken Nagold, Nagold</i>
Stefan Gehrig <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>	Prof. Dr. Wolfgang von Scheidt <i>emer. Direktor I. Med. Klinik, Universitätsklinikum Augsburg</i>
Tanja Grath MPH <i>Landesarbeitsgemeinschaft Bayern, München</i>	Florian Rüppel <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>
Prof. Dr. Bernd Nowak <i>CCB am AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Frankfurt</i>	Cordula Mühr MPH <i>Patientenvertretung, Berlin</i>
Dr. Konstanze Blatt <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>	Dr. Friedemann Woernle <i>Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn</i>
Dr. Monika Bücheler <i>Landesarbeitsgemeinschaft Saarland, Saarbrücken</i>	Dr. Beate Trausch <i>Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen, Dresden</i>
Dr. Susanne Macher-Heidrich <i>Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung NRW, Düsseldorf</i>	Dr. Klaus Döbler <i>Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung (KCQ), Stuttgart</i>
Andrea Wolf <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>	
Dr. Björn Misselwitz MPH <i>Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn</i>	Dr. Arne Deiseroth <i>IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin</i>

PROGRAMM

Moderation: Dr. Björn Misselwitz (LAGQH), Dr. Arne Deiseroth (IQTIG)

10:00 – 10:20 Uhr

- **Begrüßung**
Brigitte Reeb (LAG Hessen)
Eva Sellge (IQTIG)

10:20 – 11:40 Uhr

- **Weiterentwicklung QS PCI**
Stefan Sens (IQTIG)
- **ST-Hebungs-Myokardinfarkt und Qualitätssicherung – PDCA oder PDc(a)?**
Dr. Tomislav Miljak (Kliniken Nagold)
- **Neue Rechnerische Auffälligkeit im Bereich PCI**
Stefan Gehrig (IQTIG)
Prof. Dr. Scheidt
Tanja Grath (LAG Bayern)

13:00 - 14:40 Uhr

- **Weiterentwicklung QS HSMDEF**
Florian Rüppel (IQTIG)
- **Hat die QS einen Effekt auf die HSM/DEF Versorgung (Aggregat-Implantation)**
Prof. Dr. Bernd Nowak (CCB)
- **Patientenbefragung (PPCI): Bedeutung für Patient*innen**
Cordula Mühr (PatV)
Ergebnisse
Dr. Konstanze Blatt (IQTIG)
Erste Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren
Dr. Monika Bücheler (LAG Saarland)
Dr. Friedemann Woernle (LAGQH)

15:40 - 17:00 Uhr

- **Umgang mit Follow Up Indikatoren und Erfahrungen aus den Stellungnahmeverfahren**
Florian Rüppel (IQTIG)
- **Public-Reporting von Ergebnissen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Hintergründe und Historie**
Dr. Klaus Döbler (KCQ)
Umsetzung im Bundesklinikatlas
Andrea Wolf (IQTIG)



7. Klinikbewertungen

Erfassungsjahr 2023

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

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

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

Die vollständigen Qualitätsberichte sind auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden. (<https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de>)

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

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren, für das Erfassungsjahr 2023, erfolgte bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen durch die jeweiligen Fachkommissionen 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

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

Karotis-Revaskularisation/Dekubitusprophylaxe/Ambulant erworbene Pneumonie

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	KAROTIS										DEK			CAP					
				N	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt		51873	161800	603	604	52240	11704	N	Stationär erworbener Dekubitus Grad/Kategorie 2-3 (O/E)		N	Sterblichkeit im Krankenhaus		50722	2005
					51437	51443	51443	51443								52009	52010		50778	50778		
Frankfurt																						
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	94	R10	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	106	R10	R10	44	R10	H99	R10			
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737										569	R10	R10	420	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516										184	R10	A71	≤3*	R10	N01	R10			
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984										127	R10	D80	305	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	4	N01	N01	N01	H99	R10	N01	N01	R10	162	R10	R10	295	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852										22	R10	R10	22	R10	H99	R10			
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	38	R10	R10	R10	A71	R10	R10	N01	R10	67	R10	R10	187	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	61	R10	R10	U62	R10	R10	R10	N01	R10	379	R10	A71	400	R10	A72	R10			
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	44	N01	R10	R10	A71	R10	R10	N01	R10	404	R10	A71	462	U63	H99	R10			
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347										154	R10	R10	201	R10	A71	R10			
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	41	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	171	R10	R10	271	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559										197	R10	R10	225	H99	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	137	R10	R10	R10	R10	H99	R10	N01	R10	786	R10	R10	378	R10	H99	R10			
Westhessen																						
	Bad Camberg	Medical Park	773741										65	R10	R10							
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	125	N01	N01	N01	A71	R10	R10	R10	R10	304	R10	R10	571	R10	R10	R10			
	Bad Homburg	Vitos Klinik Bad Homberg	773794										6	R10	R10							
	Bad Nauheim	GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim	771768										14	R10	R10							
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758										108	R10	D80	220	R10	A71	R10			
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	189	R10	N01	U62	R10	R10	R10	N01	R10	115	R10	R10	31	R10	H99	R10			
	Bad Schwalbach	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinberg	772965										218	R10	R10							
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	≤3*	N01	N01	N01	R10	R10	N01	N01	R10	153	R10	R10	181	R10	H99	R10			
	Eltville	Vitos Rheingau - Klinik Eichberg	773687										7	D80	R10							
	Friedberg	GZ Wetterau, Bürgerhospital	771759	≤3*	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	126	R10	D80	188	H99	R10	R10			
	Friedberg	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	771760										≤3*	R10	R10							
	Hadamar	Vitos Klinikum Weil-Lahn	772640										≤3*	R10	R10							
	Hofheim	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773346										70	R10	R10	198	R10	R10	H99			
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169										34	R10	R10	260	R10	R10	R10			
	Königstein	Asklepios Neurologische Klinik Falkenstein	771536										90	R10	R10							
	Königstein	Hochtaunus-Kliniken, Standort Königstein	773723										15	R10	R10							
	Königstein	St. Josefs Krankenhaus	773401										37	D80	R10	11	R10	R10	R10			
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	71	N01	N01	N01	R10	R10	R10	N01	R10	528	A71	R10	637	R10	R10	A71			
	Rüdesheim	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinberg, Standort am St.	773830										46	R10	R10	≤3*	N01	H99	R10			
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961										119	R10	D80	165	R10	R10	R10			
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	16	R10	R10	R10	H99	R10	R10	N01	A71	370	R10	R10	397	R10	A71	R10			
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999												U63	220	R10	R10	R10			
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037										345	D80	U63	283	R10	H99	R10			
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749										4	R10	R10	5	R10	H99	H99			
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	75	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	A71	426	R10	A71	771	R10	R10	R10			
	Wiesbaden	Median Klinik NRZ	773494										65	A71	R10							
	Wiesbaden	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinberg	772964										53	R10	R10							
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	46	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	191	R10	U63	340	R10	R10	R10			
Südosthessen																						
	Bad Orb	MediClin Reha-Zentrum Bad Orb	772966										8	R10	R10							
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450										81	R10	R10	235	R10	R10	R10			
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	44	N01	N01	N01	R10	R10	R10	N01	R10	202	R10	D80	481	R10	R10	R10			
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	91	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	502	R10	U63	553	R10	H99	R10			
	Hanau	St. Vincenz-Krankenhaus Hanau	772141										366	R10	R10	326	R10	H99	R10			
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	460	R10	R10	709	R10	R10	R10			
	Nidda	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen	772197										192	R10	D80	≤3*	R10	R10	R10			
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	11	N01	N01	N01	H99	R10	R10	N01	R10	327	D80	U63	216	R10	R10	R10			
	Offenbach	Klinik Dr. Frühauf	772811										≤3*	R10	R10	12	R10	R10	R10			
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	97	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	597	R10	R10	273	R10	R10	R10			
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757										59	R10	R10	168	U63	R10	R10			
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588										234	R10	A71	196	R10	R10	R10			
Südhessen																						
	Bad König	Asklepios Schloßberg Klinik	772486										148	R10	R10							
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453										87	R10	D80	261	R10	R10	R10			
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448										410	R10	D80	346	R10	R10	R10			
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432										45	R10	R10	44	R10	R10	R10			
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715													≤3*	R10	R10	R10			
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	172	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	693	R10	R10	648	R10	R10	R10			
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569										139	R10	R10	413	R10	R10	R10			
	Groß-Gerau	Kreiskrankenhaus Groß-Gerau	772158										154	R10	R10	549	R10	R10	R10			
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	≤3*	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	159	R10	R10	218	R10	R10	R10			
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	47	N01	N01	N01	A71	R10	R10	N01	R10	233	R10	D80	330	R10	R10	R10			
	Heppenheim	Vitos Heppenheim	773561										6	R10	R10							
	Lampertheim	St. Marien Krankenhaus Lampertheim	773637										101	R10	R10	161	R10	R10	R10			
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483										≤3*	R10	R10	≤3*	R10	H99	H99			
	Riedstadt	Vitos Philippshospital Riedstadt	773529										11	R10	R10							
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773										38	R10	R10	11	R10	N01	R10			
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922										14	R10	R10	75	R10	R10	R10			

*Datenschutz

Herzschrittmacher

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	HSM-IMPL										HSM-AGGW		HSM-REV					
				N	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)		52311	51191	2194	2195	54143	101800	52305	N	111801	N	52315	51404	121800
					102001	101801	R10	R10													
Nordhessen																					
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	8	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	29	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	69	N02	U62	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Hofgeismar	Kreislinik Hofgeismar	772508	36	N02	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	121	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	91	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	93	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	226	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Kassel	Marienklinik Kassel	771764	9	N02	U62	R10	U62	R10	R10	R10	U62	H99	R10	≤3*						
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	35	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	86	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
Mittelhessen																					
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	31	N02	U62	A71	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	12	N02	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus	772975	27	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankenberg	Kreisrankenhaus Frankenberg	772704	13	N02	R10	R10	R10	R10	S99	R10	R10	S99	R10	≤3*	N02					
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	56	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	194	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	20	N02	H99	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	≤3*	N02	R10	R10	R10	N01	N01	S99	S99	R10								
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	230	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	113	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
Osthessen																					
	Alsfeld	Kreisrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	16	N02	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	85	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	89	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	278	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	28	N02	U62	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz- und Kreislaufzentrum	771267	111	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	13	N02	33	N02	R10		
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken	772469	≤3*	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877												≤3*	N02					
Frankfurt																					
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	154	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	9	N02	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	6	N02	R10	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	81	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	40	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	39	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	18	N02	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	173	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
Westhessen																					
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	73	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	462	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	102	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	226	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	6	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	76	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	155	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	204	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
Südosthessen																					
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	104	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	147	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	26	N02	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	106	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	51	N02	R10	R10	R10	H99	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	60	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Schotten	Kreisrankenhaus Schotten	771757	11	N02	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	31	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
Südhessen																					
	Bad König	Asklepios Schloßberg Klinik	772486	≤3*	N02	R10	R10	R10	R10	R10	S99	S99	R10								
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	43	N02	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	40	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	78	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	97	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	69	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Groß-Gerau	Kreisrankenhaus Groß-Gerau	772158	12	N02	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	112	N02	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Heppenheim	Kreisrankenhaus Bergstraße	772028	67	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	≤3*																	

*Datenschutz

Implantierbare Defibrillatoren

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	DEFI-IMPL									DEFI-AGGW		DEFI-REV			
				N	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres		131801	52316	131802	52325	51186	132001	N	141800	N	52324	51196	151800
					132002	132003												
Nordhessen																		
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	8	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	16	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	6	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508										≤3*	N02				
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	11	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	6	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	32	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10			≤3*	N02	R10	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	26	R10	N02	U62	R10	N02	U62	N02	R10	28	N02	16	N02	R10	H99
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	82	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	23	N02	47	N02	R10	R10
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	≤3*	R10	N02	U63	R10	N02	R10	N02	R10						
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	13	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	4	N02				
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	19	H99	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	11	N02	5	N02	R10	R10
Mittelhessen																		
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873										≤3*	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus	772975										≤3*	N02				
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	14	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	7	N02	5	N02	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	38	H99	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	22	N02	24	N02	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	4	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10						
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	64	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	14	N02	28	N02	R10	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	46	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	N02	8	N02	R10	R10
Osthessen																		
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	17	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	9	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	43	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	13	N02	9	N02	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	81	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	10	N02	15	N02	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	≤3*	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10						
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz- und Kreislaufzentrum	771267	18	R10	N02	A71	R10	N02	R10	N02	R10	11	N02	19	N02	R10	R10
Frankfurt																		
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	55	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	10	N02	22	N02	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	≤3*	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10						
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	4	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	≤3*	N02				
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	5	N01	N02	R10	R10	N02	R10	N01	4	N02					
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	27	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	18	N02	8	N02	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	17	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	5	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	8	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	U62	≤3*	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	4	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10			≤3*	N02	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	83	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	17	N02	30	N02	R10	H99
Westhessen																		
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	18	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	N02	5	N02	R10	R10
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	179	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	31	N02	149	N02	R10	R10
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	29	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	5	N02	11	N02	R10	R10
	Limbürg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	87	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	7	N02	15	N02	R10	R10
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	34	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	18	N02	5	N02	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	66	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	11	N02	10	N02	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	58	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	5	N02	11	N02	R10	R10
Südosthessen																		
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	14	U62	N02	R10	R10	N02	U62	N02	H99	5	N02	4	N02	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	32	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	14	N02	8	N02	U62	H99
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	49	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	9	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	21	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	4	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	37	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588										≤3*	N02				
Südwesthessen																		
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	43	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	34	N02	6	N02	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	23	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	6	N02	≤3*	N02	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	16	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	N02				
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	26	R10	N02	A71	R10	N02	R10	N02	H99	7	N02	5	N02	R10	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	14	R10	N02	R10	R10	N02	R10	N02	H99	6	N02	≤3*	N02	R10	R10

*Datenschutz

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung/
Hüftendoprothesenversorgung

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	HGV-OSFRAK				HGV-HEP											
					54030	54033	54029	54042	N	HGV-HEP										
										10271	54017	54018	54019	54120	54012	54013	54003	54015	54016	
					Präoperative Verweildauer	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel	Präoperative Verweildauer	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation		
Nordhessen																				
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	9	R10	N01	R10	R10	100	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	13	R10	R10	R10	R10	122	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717	≤3*	U62	N01	U62	R10												
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	64	R10	R10	R10	R10	218	R10	U62	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	H99	
	Hofgeismar	Kreislinik Hofgeismar	772508	25	R10	R10	R10	R10	76	R10	R10	R10	R10	A99	H99	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	69	R10	R10	R10	R10	289	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	62	R10	R10	R10	R10	101	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	44	R10	R10	R10	R10	80	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	75	U62	R10	R10	R10	143	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	
	Kassel	Vitos Orthopädie Kassel	771064	12	R10	R10	R10	R10	710	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339						30	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01	
	Korbach	Stadt Krankenhaus Korbach	772662	48	R10	R10	R10	R10	284	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	35	R10	R10	R10	R10	263	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Volkmarshausen	St. Elisabeth-Krankenhaus	771765						54	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	
	Wolfhagen	Kreislinik Wolfhagen	772507	29	R10		R10	R10	49	A71	U62	A71	A99	A71	R10	R10	R10	R10	R10	
Mittelhessen																				
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873						20	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097						819	R10	R10	N01	R10	U63	R10	R10	N01	N01	R10	
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	83	R10	R10	R10	R10	158	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975						28	U62	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	
	Frankenberg	Kreis Krankenhaus Frankenberg	772704	52	U62	R10	R10	R10	204	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	51	R10	R10	R10	R10	143	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Baisersche Stiftung	772166	47	R10	R10	R10	R10	333	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	30	R10	R10	U63	R10	276	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	59	R10	R10	R10	R10	337	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	65	R10	R10	R10	R10	211	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	65	R10	R10	R10	R10	192	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Weilburg	Kreis Krankenhaus Weilburg	771397	81	R10	R10	R10	R10	554	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	82	R10	R10	R10	R10	177	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Osthessen																				
	Alsfeld	Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	50	R10	R10	R10	R10	124	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	71	R10	R10	R10	R10	91	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	≤3*	R10	R10	R10	R10	374	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	69	R10	R10	R10	R10	96	U62	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Dalberg Klinik	772982						12	R10	R10	N01	R10	R10	D80	R10	N01	N01	R10	
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	65	A71	R10	R10	R10	276	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	47	R10	R10	R10	R10	246	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Klinikum Gersfeld, Außenstelle Klinikum Fulda	772144						81	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	29	R10	R10	U63	R10	767	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	36	R10	R10	R10	R10	69	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	H99	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	60	R10	U61	R10	R10	191	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreis Krankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	54	R10	R10	R10	R10	149	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken	772469	35	R10	R10	R10	R10	239	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877						8	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	
Frankfurt																				
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736						9	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	70	R10	R10	R10	R10	216	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	105	R10	R10	R10	R10	409	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	28	R10	H99	R10	R10	137	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	47	R10	R10	R10	R10	106	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852						320	R10	H99	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	≤3*	R10	R10	R10	R10	997	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	63	R10	R10	R10	R10	225	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	80	R10	R10	R10	R10	88	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	10	R10	R10	R10	R10	15	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	37	R10	R10	R10	R10	29	R10	N01	R10	A99	N01	R10	R10	U62	R10	H99	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	26	U62	R10	R10	R10	362	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	68	U63	R10	R10	R10	261	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	
Westhessen																				
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	103	R10	R10	R10	R10	194	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	65	R10	R10	R10	R10	152	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	106	R10	R10	R10	R10	224	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	32	U62	R10	R10	R10	148	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	117	R10	R10	R10	R10	219	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	42	R10	R10	R10	R10	313	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	101	R10	R10	R10	R10	701	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	
	Uisingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Uisingen	772999	36	R10	R10	R10	R10	51	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	85	R10	R10	R10	R10	432	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik	772313						174	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	N01	
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	78	A71	R10	R10	R10	254	R10	R10	S99	S99	S99	R10	R10	A71	R10	R10	
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	105	R10	R10	R10	R10	1.240	R10	R10									

**Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung/
Hüftendoprothesenversorgung**

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	HGV-OSFRAK				HGV-HEP												
				N	54030		54029	54042	N	10271		54017	54018	54019	54120	54012	54013	54003	54015	54016
					Präoperative Verweildauer	Gehunfähigkeit bei Entlassung				Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel									
Südosthessen																				
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	27	R10	R10	R10	R10	99	S99	R10	R10	R10	S99	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	115	R10	R10	R10	R10	199	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	89	R10	R10	R10	R10	187	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	107	U62	H99	R10	R10	237	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	128	R10	U61	R10	R10	310	R10	D80	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	81	R10	R10	R10	R10	353	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757	24	R10	R10	R10	R10	109	R10	R10	R10	R10	A99	R10	R10	R10	R10	R10	
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	83	R10	R10	R10	R10	168	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Südhessen																				
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	60	R10	R10	R10	R10	262	R10	U62	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10	
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	94	R10	R10	R10	A71	225	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	118	R10	R10	R10	R10	161	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	102	D80	R10	R10	R10	241	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Groß-Gerau	Kreiskrankenhaus Groß-Gerau	772158	57	R10	R10	R10	R10	153	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	76	R10	R10	R10	R10	142	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	99	R10	R10	R10	R10	185	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	19	R10	R10	R10	R10	747	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10	
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	≤3*	R10	R10	R10	R10	319	R10	R10	S99	S99	S99	R10	R10	N01	N01	R10	
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	≤3*	R10	R10	R10	R10	218	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	

*Datenschutz

Knieendoprothesenversorgung				KEP		CHE				
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Knieendoprothesen-Ersimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	N	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen			
							5412B	58002	58003	58000
						Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen				
						Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen				
						Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen				
Nordhessen										
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	70	R10	47	R10	H99	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	91	H99	59	R10	U62	A71	R10
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717			8	R10	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	212	R10	146	R10	R10	R10	R10
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508			49	H99	U62	R10	D99
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	240	R10	186	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	232	R10	150	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	≤3*	R10	102	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	83	R10	126	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764			321	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik	771064	548	R10					
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	93	R10	88	R10	R10	R10	R10
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	217	R10	209	R10	R10	R10	R10
	Volkmarshausen	St. Elisabeth-Krankenhaus	771765	103	R10					
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	38	R10	44	H99	R10	H99	R10
Mittelhessen										
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873			129	R10	R10	R10	R10
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	798	R10					
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	158	R10	161	R10	R10	R10	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	132	R10	42	D99	R10	H99	R10
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	138	R10	129	D80	R10	R10	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	88	H99	209	R10	R10	R10	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Baleserische Stiftung	772166	222	R10	117	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	138	R10	117	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	308	R10	209	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	266	R10	139	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	81	R10	139	R10	R10	R10	R10
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	456	R10	158	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	131	R10	259	R10	R10	R10	R10
Osthessen										
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	55	R10	94	R10	R10	R10	R10
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129			144	R10	R10	R10	R10
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	547	R10					
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	42	R10	146	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	29	H99					
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	124	R10	204	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	111	R10	219	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Gersfeld, Außenstelle Klinikum Fulda	772144	203	R10					
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	721	R10					
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	58	R10	88	R10	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	173	R10	127	R10	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	148	R10	193	R10	R10	R10	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken	772469	294	R10	99	R10	U62	R10	D99
Frankfurt										
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	≤3*	R10	148	R10	R10	U62	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	176	R10	228	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	234	R10	≤3*	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	99	R10	203	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	60	R10	121	R10	R10	R10	H99
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	397	R10					
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	1.157	R10	11	H99	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	168	R10	157	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	≤3*	R10	157	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347			73	R10	H99	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451			98	R10	U62	R10	R10
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	284	R10	146	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	88	R10	69	R10	R10	U62	R10

*Datenschutz

Knieendoprothesenversorgung				KEP		CHE				
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf		Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen				
				N	54128	N	58002	58003	58000	58004
						Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen				
						Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen				
						Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen				
Westhessen										
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	135	R10	286	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	GZ Wetterau, Hochwaldkrankenhaus	771758	70	R10	185	R10	R10	R10	R10
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	40	R10	344	R10	R10	R10	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	154	R10	62	D99	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	126	R10	171	D80	R10	R10	H99
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	196	R10	70	R10	R10	R10	R10
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	374	R10	304	R10	R10	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999			53	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	324	R10	211	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749	9	R10	23	R10	R10	R10	U63
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik	772313	293	R10					
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	170	R10	204	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	533	R10	363	R10	R10	R10	R10
Südosthessen										
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	55	R10	57	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	≤3*	R10	268	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	76	R10	238	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	134	R10	218	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	165	R10	247	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	≤3*	R10	241	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	263	R10	179	R10	R10	R10	R10
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757	106	R10	113	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	106	R10	130	R10	R10	R10	R10
Südhessen										
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	209	R10	152	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	148	R10	219	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432			180	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715			≤3*	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807			174	R10	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	110	R10	189	R10	R10	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreiskrankenhaus Groß-Gerau	772158	87	R10	92	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772			158	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	90	R10	181	R10	R10	R10	R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	585	R10					
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	490	R10					
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	200	R10	41	R10	R10	R10	U62

*Datenschutz

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	PCI												
					56018	56020	56022	56012	56014	56003	56004	56005	56006	56007	56008		
					MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Door-to-balloon™-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Door™-Zeitpunkt oder "Balloon™"-Zeitpunkt unbekannt Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI Dosis-Flächen-Produkt bei einzellig-PCI Dosis-Flächen-Produkt unbekannt												
Nordhessen																	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	131	R10	S99	N01	R10	N01	N01	N01	R10				R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	293	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	878	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	590	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth-Krankenhaus	773027	929	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	548	R10	R10	R10	D80	R10	R10							
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	1.466	R10	R10	R10	A71	R10	R10							
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel gGmbH	771764	42	R10	U62	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10		R10	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	914	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	585	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		R10	R10	
Mittelhessen																	
	Braunfels	Lahn-Dill-Kliniken	771878	19	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10		R10	R10	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	674	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	1.433	R10	R10	R10	U62	R10	R10							
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	535	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	134	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	1.213	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	U63	R10	U63	R10	R10	
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	1.491	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Osthessen																	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	750	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	899	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	8	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10			R10	R10	
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	1.736	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	341	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			R10	U63	
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	1.358	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	≤3*					N01	N01	N01				R10	R10	
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	11	R10	N01	N01	S99	N01	N01	N01	R10				R10	
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877	10	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10				R10	
Frankfurt a. M.																	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	98	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10			R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	61	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	≤3*	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01				S99	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	305	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	332	R10	R10	U62	R10	R10								
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	57	R10	U62	R10	R10	R10	N01	N01	R10			R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	687	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	415	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	88	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	287	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	≤3*					N01	N01	N01	R10				U63	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	1.450	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Westhessen																	
	Bad Homburg	Hoctaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	760	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	A71	R10	U63	
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	2.096	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	864	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	819	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	≤3*	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10				R10	
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	1.101	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	
	Usingen	Hoctaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	4	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01					U63	
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	790	R10	R10	R10	A71	R10	U63							
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	812	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Südosthessen																	
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	6	R10	R10	N01	R10	N01	N01	N01					S99	
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	908	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	1.098	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	57	R10	R10	R10	R10	S99	R10	R10	R10			R10	S99	
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	1.164	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	641	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	899	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	39	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10			R10	R10	
Südhessen																	
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	203	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			R10	R10	
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	1.116	U62	R10	R10										
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	330	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	1.312	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	932	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	

*Datenschutz

8. Datenmanagement

Datenmanagement

Die Datenannahmestelle (DAS) der LAGQH ist für die Annahme, Prüfung und Weiterleitung der QS-Daten aller Verfahren der DeQS-RL und Landesverfahren für hessische Krankenhäuser zuständig und steht den Leistungserbringern dabei unterstützend zur Seite. Die Datenannahmestelle ist darüber hinaus für die zur Weiterleitung der Berichtspakete von der Auswertungsstelle und die Erteilung von Bescheinigungen an die Leistungserbringer über vollständig dokumentierte Datensätze (Ist) für das abgelaufene Kalenderjahr zuständig.

Die Erhebung und Übermittlung der QS-Daten der Qualitätssicherungsverfahren ist in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS)“ und die der QS-Daten der Landesverfahren in den „Landesvereinbarungen“ geregelt. Die einheitlichen Vorgaben zur Datenerfassung sind in den jeweiligen Spezifikationen festgelegt.

Daten- und Berichtsübermittlung

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

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

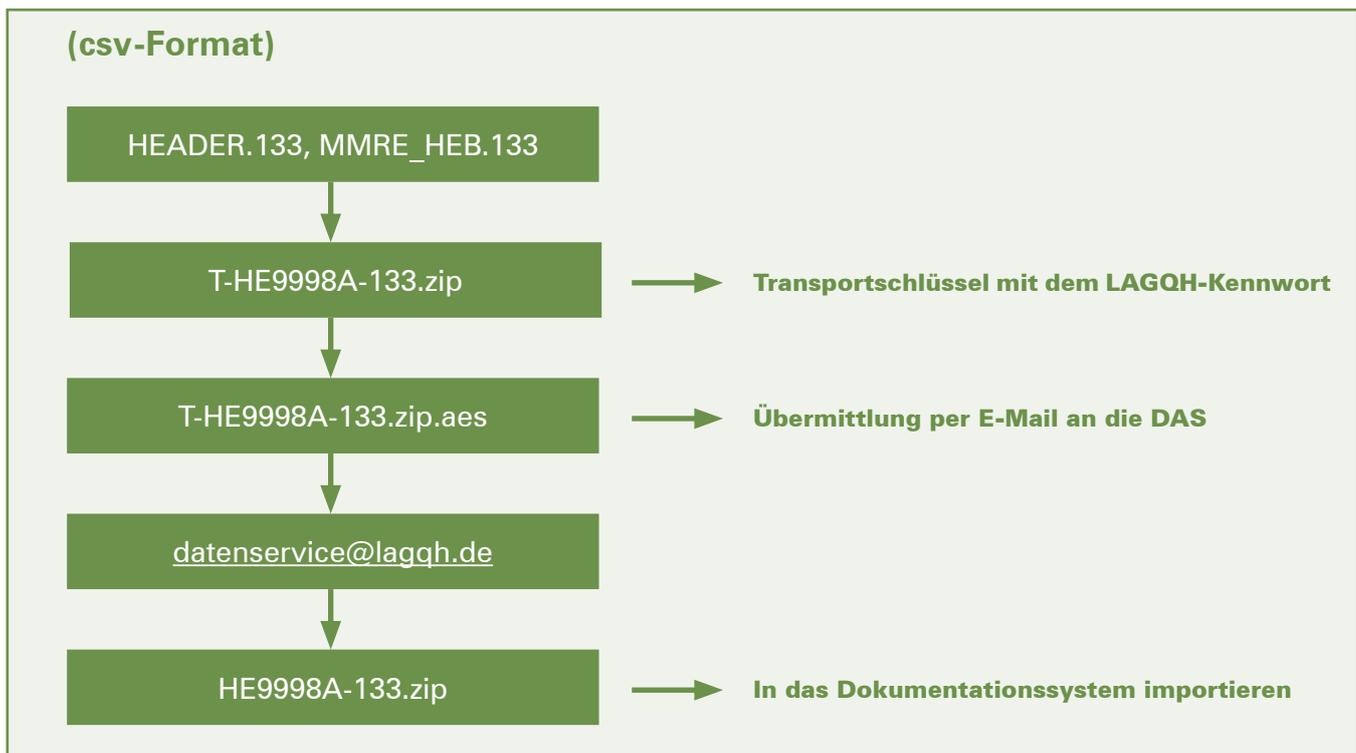


Abb. 8.1 Datenübermittlung Landesverfahren (CSV-Format)

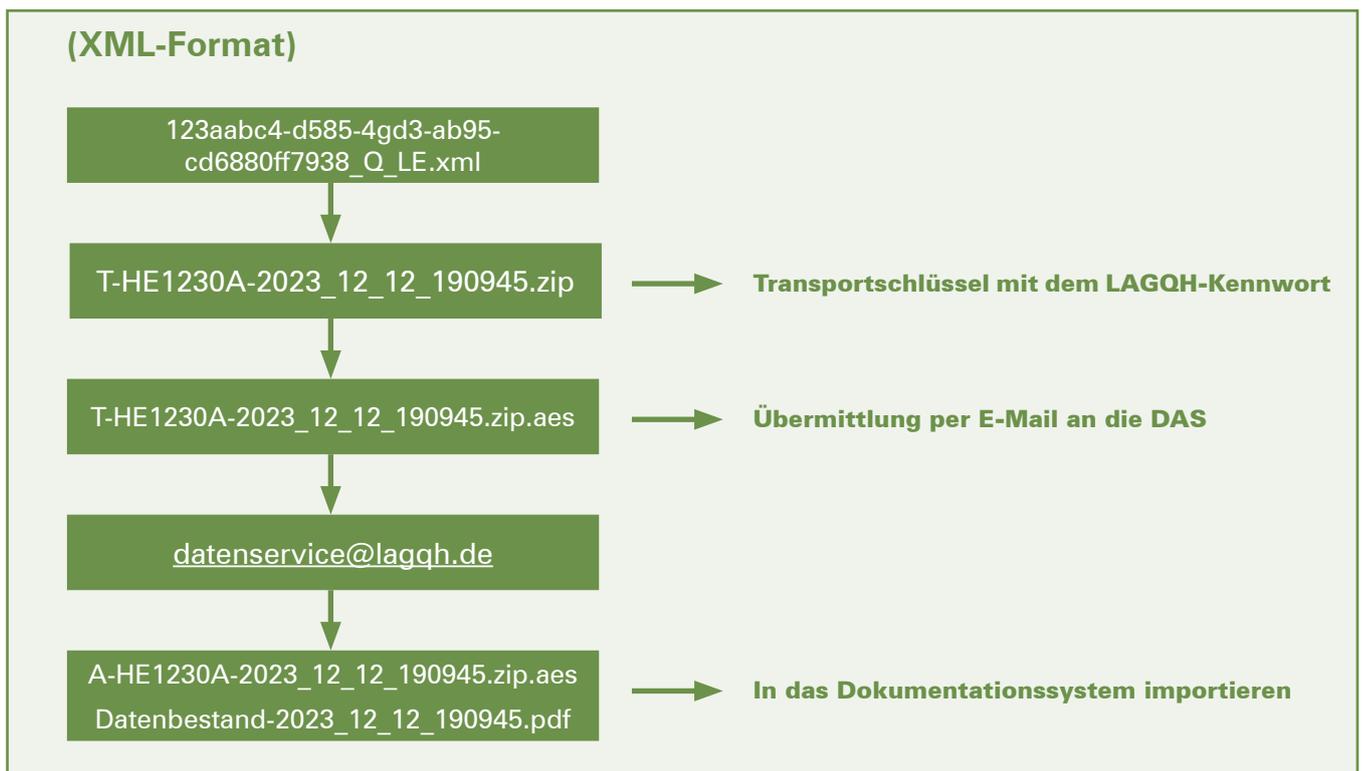


Abb. 8.2 Datenübermittlung DeQS-Verfahren (XML-Verfahren)

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

Wie Abbildung 8.3 zeigt, werden die Daten der Landesverfahren nicht an Dritte übermittelt und von der LAGQH ausgewertet. Die Daten der DeQS-Verfahren werden dagegen an die Bundesauswertungsstelle, Vertrauensstelle und Versendestelle weitergeleitet. Die Bundesauswertungsstelle erstellt die Berichte für die Leistungserbringer*innen. Die erstellten Berichtspakete werden den Leistungserbringern von der DAS in dem nachfolgenden Format zur Verfügung gestellt (beispielhaft für DEK):

✓ DEQS_Quartalsbericht-DEK_AJ2025-Q3_LE-AE_260699999-770000-he+Ikg#123test_YYYY.mm.dd.zip.

Sie umfassen in der Regel eine Ergebnisliste und eine CSV-Datei mit auffälligen Vorgangsnummern (AV-Liste), einen Rückmeldebericht sowie eine Kurzfassung des Berichts und eine Leseanleitung (Tab. 8.1).

Alle Quartals- und Jahresberichte sowohl der DeQS-Verfahren als auch der Landesverfahren werden den Leistungserbringer*innen im QS-Portal der LAGQH zur Verfügung gestellt. Auch wenn die Quartalsauswertungen unterjährig zur Verfügung gestellt werden, ist in der Bezeichnung das entsprechende Auswertungsjahr der Jahresauswertung enthalten.

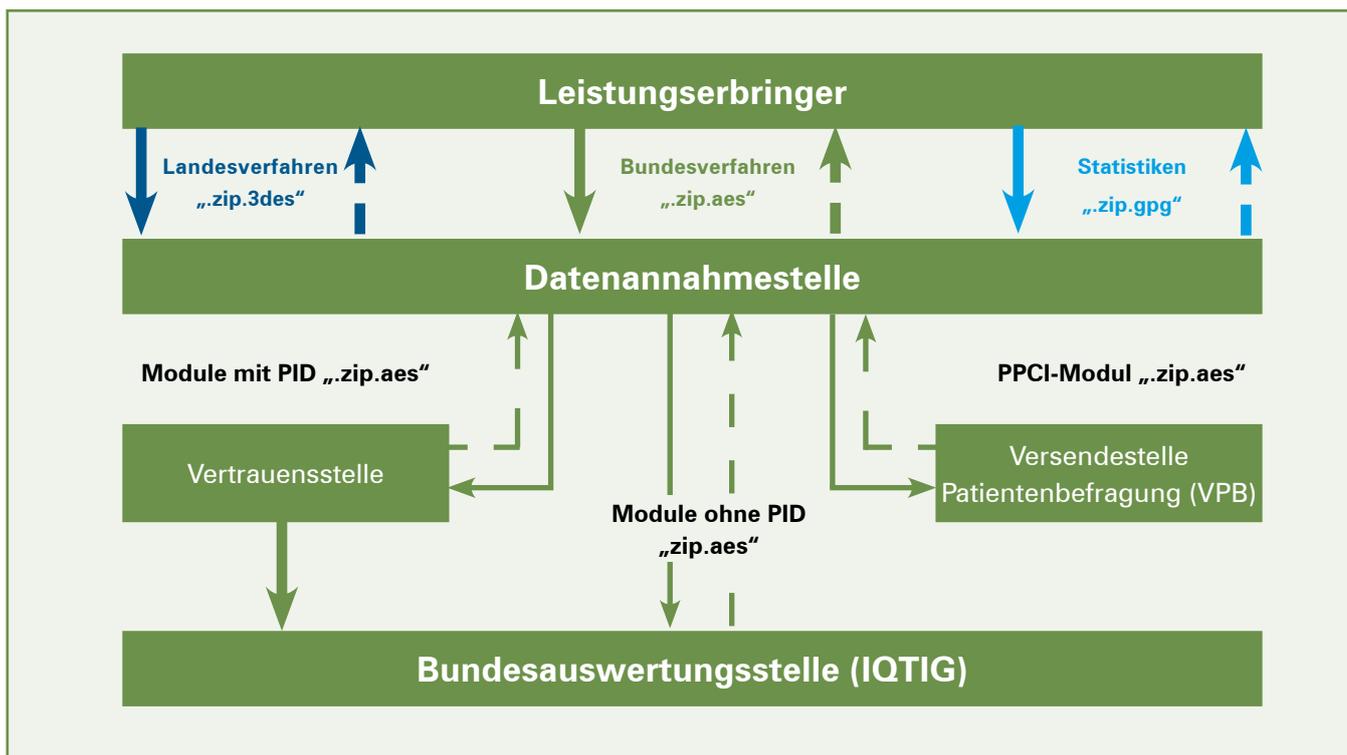


Abb. 8.3 Ablaufschema Datenfluss

Dateiname	Endung	Ausschreibung/Inhalt
DEQS_Rückmeldebericht_DEK_AJ2025_IS_2025-MM-TT	pdf	Allgemeines Informations Schreiben
DEQS_Rückmeldebericht_AJ2025_Leseanleitung_maschinenlesbare_Dokumente_2025-MM-TT	pdf	Erläuterungen zu maschinenlesbaren Dokumenten/ Leseanleitung
DEQS_DEK_AJ2025_LEAWKF_he+lkg#123test_2025_MM_TT	pdf	LeistungsErbringer-Auswertung KurzForm
DEQS_DEK_AJ2025_LEAW_he+lkg#123test_2025-MM-TT	pdf	LeistungsErbringer-Auswertung Rückmeldebericht für den Leistungserbringer
DEQS_DEK_AJ2025_GV_he+lkg#123test_2025-MM-TT	csv	Tabelle Gesamte Vorgänge
DEQS_DEK_AJ2025_ERG_he+lkg#123test_2025_MM-TT	csv	ERG ebnistabelle
DEQS_DEK_AJ2025_AV_he+lkg#123test_2025_MM-TT	csv/pdf	Auffällige Vorgänge Tabelle/ Liste der Vorgangsnummer (auffällige Patienten/Fälle)

Tab. 8.1 Berichtspaket - Dateinamenskonventionen

Abgabefristen

exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

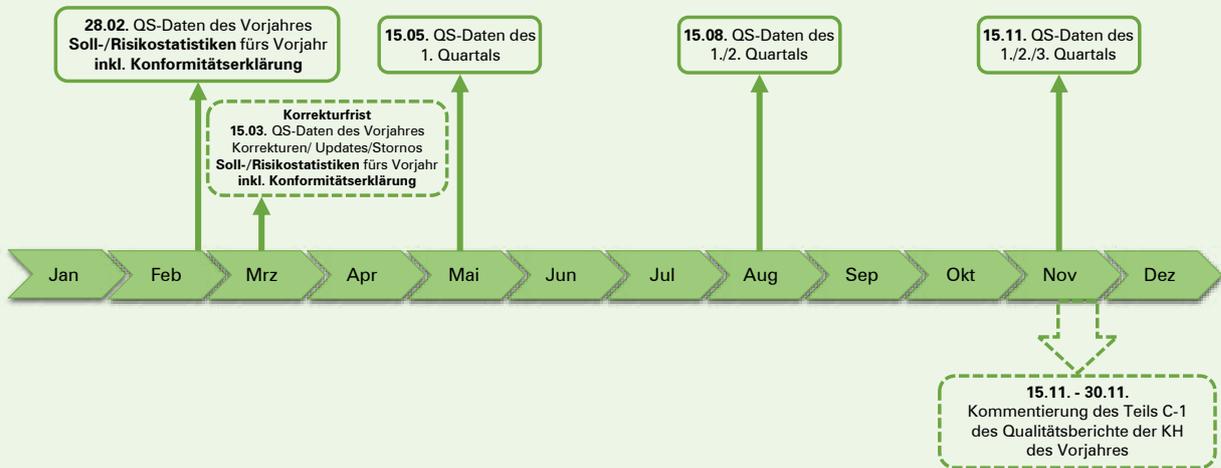


Abb. 8.4 Abgabefristen exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

Datenlieferfristen

Gemäß der DeQS-RL übermitteln die Leistungserbringer*innen die QS-Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die Datenannahmestelle. Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Statistiken sowie die unterschriebenen Konformitätserklärungen sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. Eine Übersicht von allen Abgabefristen pro Modul ist auf den Seiten der LAGQH unter: <https://www.lagqh.de/datenmanagement> hinterlegt..

Verfahren PPCI

Im Rahmen des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie nach DeQS-RL wurde am 01.07.2022 die Datenerfassung im neuen Modul Patientenbefragung (PPCI) gestartet. Alle stationären und ambulanten Leistungserbringer*innen, die bei Patient*innen eine Koronarangiographie oder eine Herzkatheteruntersuchung elektiv vorgenommen oder einer dieser beiden Eingriffe akut durchgeführt haben, sind verpflichtet, die QS-Bögen im Modul PPCI zu erfassen. Neben den auslösenden Prozeduren werden hier die Adressen der behandelten Personen erfasst, verschlüsselt und monatlich über die zuständige Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt. Der Export muss jeweils bis zum 12. des Folgemonats stattfinden und eine Korrektur ist bis zum 19. möglich.

Der PPCI-Datenexport und die Übermittlung der Update- oder Stornodatensätze ist dem gängigen Datenexport der DeQS-Verfahren angeglichen. Der einzige

Unterschied besteht darin, dass die PPCI-Lieferungen über die Datenannahmestelle direkt an die Versendestelle übermittelt werden und diese die entsprechenden Datenflussprotokolle zurückmeldet.

Je nach erfasster Prozedur in den gezogenen Datensätzen druckt die Versendestelle entsprechende Fragebögen und stellt diese den entanonymisierten Personen postalisch zu. Diese füllen die Fragebögen aus und schicken sie in einem beigelegten vorfrankierten Umschlag an die Fragebogenauswertungsstelle des IQTIG zurück. Hier werden die Fragebögen geprüft, digitalisiert und der Bundesauswertungsstelle des IQTIG anonymisiert zur Verfügung gestellt. Eine Auswertung der QS-Daten eines kompletten Erfassungsjahres im Modul PPCI ist in die Jahresberichte der am PCI-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringer*innen integriert. Eine Ausweisung der Anzahl der tatsächlich übermittelten PPCI-Datensätze ist in der Sollstatistik nicht vorgesehen. Der Abgleich der gelieferten PPCI-Datensätzen mit den in der Sollstatistik ausgewiesenen Anzahl der PCI-Datensätze findet bei der Bundesauswertungsstelle statt.

Soll- und Risikostatistik

Die nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind gem. DeQS-RL zur jährlichen Abgabe von zwei Sollstatistiken verpflichtet. Die methodische Sollstatistik der DeQS-RL wird pro entlassenden Standort eines Krankenhauses und die EDOK Sollstatistik wird auf IK-Nummern-Basis erstellt. Zudem wird für jeden entlassenden Standort eines Krankenhauses auch eine Risikostatistik erstellt, welche ebenfalls in elektronischer Form an die DAS übermittelt wird. Nach erfolgreicher Übermittlung der Statistiken erhält das Krankenhaus eine Antwortdatei. Für die korrekte Übermittlung der Sollstatistiken beinhaltet die Rückantwort einen Mailanhang mit dem Formular „Meldung zur methodischen Sollstatistik“ bzw. „Meldung zur Dokumentationsverpflichtung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIES_LKG und (NWIEA_LKG). Die unterschriebenen Konformitätserklärungen können entweder unter Verwendung der elektronischen Signatur per E-Mail oder im Original per Post bis zum 15.03.

an die Geschäftsstelle übermittelt werden. Nach erfolgreicher und fristgemäßer Übermittlung erhalten die Leistungserbringer bis zum 30.04. die Datenstandsbescheinigungen über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist).

Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

Jedes Krankenhaus ist gemäß § 4 dazu verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort, einen Qualitätsbericht zu erstellen und ihn an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Ausgenommen hierbei ist der Teil C des Qualitätsberichts. Die Erstellung und Übermittlung des Teil C erfolgt durch die zuständige Datenannahmestelle mit den im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten. Die DAS führt die Daten (Vollzähligkeit der QS-Daten, QI-Ergebnisse und Bewertungen) standortbezogen zusammen und stellt sie den Krankenhäusern bis zum 15.11. zur Verfügung. Die Krankenhäuser haben anschließend bis zum 30.11. die Möglichkeit die Angaben zu prüfen und bei Bedarf zu kommentieren. Die finalen, standortbezogenen Datensätze werden von der DAS bis zum 15.12. des Erstellungsjahres an die Qb-Annahmestelle übermittelt.

9. Publikationen

Incidence But Not Severity of Intracerebral Hemorrhage Shows a Strong Pattern of Seasonal Variation

Ariane Martinez Oeckel, Björn Misselwitz, Christian Foerch

Abstract

Background: A strong risk factor for intracerebral hemorrhage (ICH) is elevated arterial blood pressure, which is known to vary by season, with highest values in winter months. The objective was to assess seasonal trends of ICH incidence, clinical severity, and case fatality according to demographic and clinical characteristics.

Methods: This study was conducted on adult patients hospitalized for ICH between 2003 and 2022. Cases were identified from a stroke inpatient quality assurance registry covering the entire Federal State of Hesse, Germany. Population data were derived from the Hessian Bureau of Statistics. Incidence rates (IRs) per 100 000 person-years of ICH, recorded with 4-digit International Statistical Classification of Diseases, Tenth Revision, German Modification (ICD-10-GM) I61.x codes, were estimated by season, calendar month, and bleeding location. Seasonal variations and subgroup analyses were tested using Poisson distribution and the Wald test.

Results: A total of 33 444 patients were included (mean age, 72.4 ± 13.6 years, 52% men). ICH IR correlated with the season of occurrence, demonstrating a peak in winter (IR winter, 34.6 [95% CI, 33.9-35.4], IR summer, 29.4 [95% CI, 28.7-30.1]; $P < 0.01$). Seasonal variation was equally present in men and women but was more pronounced in older compared with younger patients (peak at age 60-90 years; $P < 0.01$). IR showed seasonal variation both for cortical and subcortical bleeding locations ($P < 0.01$). Clinical severity and case fatality did not vary between seasons (mean, $24.3 \pm 0.8\%$).

Conclusions: This large cohort study demonstrates a seasonal incidence peak of ICH in winter. Whether ICH can be prevented by better control of arterial blood pressure in seasons with expected incidence peaks will require further studies.

PMID: 40008524 DOI: 10.1161/JAHA.124.034077

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

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

Abstract

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

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

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

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

DOI: 10.1186/s42466-024-00308-5

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Kurzmitteilung

Qualitätssicherung für die aneurysmatische Subarachnoidalblutung

Die aneurysmatische Subarachnoidalblutung (SAB) stellt eine der häufigsten neurovaskulären Erkrankungen dar und ist nach wie vor eine wesentliche Ursache für Tod und Behinderung. Nur etwa 25 % der Betroffenen kehren nach diesem Ereignis zu einem normalen und weitgehend unabhängigen Leben zurück (1). In Hessen wurden seit dem Jahr 2006 SAB-Fälle im Rahmen der landesweit obligatorischen Schlaganfall-Qualitätssicherung (Schlaganfall-QS) erfasst. Seit dem Jahr 2017 wurde zusätzlich zu den ICD-10-Codes der bildgebende Aneurysmanachweis erfragt. Die Daten wurden erstmals einer Auswertung unterzogen, um Aufschlüsse über die Versorgungsstrukturen und die Behandlungsqualität zu gewinnen.

Methoden

Anhand der eingangs genannten Kriterien wurden aus den Erfassungsjahren 2017–2022 alle Fälle mit aneurysmatischer SAB ermittelt und in die Studie eingeschlossen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden n = 253 Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die doppelt registriert waren, innerhalb der ersten 72 Stunden verlegt oder in nicht spezialisierten Kliniken mit bis zu 10 Fällen pro Jahr behandelt wurden. Die Auswertung erfolgte mit deskriptiven statistischen Methoden (Tabelle).

Ergebnisse

Gemäß den Einschlusskriterien wurden im Analysezeitraum 1 359 Fälle mit aneurysmatischer SAB registriert. Die durchschnittliche jährliche Fallzahl lag bei 227. Das Durchschnittsalter betrug insgesamt 59,2 Jahre, wobei der Frauenanteil 67,3 % ausmachte. 42,0 % der Patientinnen und Patienten wiesen leichte neurologische Defizite und Bewusstseinsstörungen auf, die gemäß den Kriterien der World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS) den Schweregraden I und II zugeordnet werden können. Bei 43,8 % der Personen lagen hingegen schwere neurologische Defizite und Bewusstseinsstörungen vor, die zu den Schweregraden IV und V gerechnet werden können.

Die Behandlung wurde in 10 spezialisierten Akutkliniken durchgeführt. Insgesamt wurden 253 Patientinnen und Patienten aus erstversorgenden Krankenhäusern in spezialisierte Einrichtungen verlegt, wobei dies in 97,6 % der Fälle am Tag der Erstdiagnose oder am Folgetag geschah.

Die durchschnittliche jährliche Fallzahl pro Klinik lag bei 23 mit einer Streuung von 12 bis 53 Fällen pro Jahr. Die jährlichen Fallzahlen pro Einrichtung liegen bei 8 von 10 Kliniken im Bereich von weniger als 30 Fällen pro

Jahr. 95,6 % der Betroffenen erhielten eine Intensivbehandlung. Von den nachgewiesenen Aneurysmen wurden 28,8 % operativ und 59,6 % endovaskulär behandelt (Tabelle). In 11,6 % der Fälle erfolgte keine Aneurysmatherapie oder es fehlten Angaben. Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthalts betrug 22,5 Tage. Bei

Tabelle

Patientencharakteristik, stationäre Behandlung und Behandlungsergebnisse

	n (%)
Pat. mit aneurysmatischer SAB 2017–2022	1 359 (100)
männlich	444 (32,7)
weiblich	915 (67,3)
Alter < 50 J.	292 (21,5)
Alter 50 bis < 70 J.	754 (55,5)
Alter > 70 J.	313 (23,0)
WFNS-Grad	
1	297 (21,9)
2	273 (20,1)
3	194 (14,3)
4	235 (17,3)
5	360 (26,5)
allgemeine Behandlungsmaßnahmen	
zuverlegt aus erstversorgender Klinik	253 (18,6)
Intensivstation*	1 299 (95,5)
Stroke-Unit oder Intermediate Care*	289 (21,2)
Ventrikeldrainage	868 (63,9)
Aneurysmabehandlung	
chirurgisch	391 (28,8)
endovaskulär	810 (59,6)
keine oder unvollständige Angaben	164 (11,6)
klinisches Behandlungsergebnis	
mRS 0–2	387 (28,5)
mRS 3–5	648 (47,7)
Mortalität	324 (23,8)
Reha veranlasst (1 035 Überlebende)	722 (69,8)

* Mehrfachnennung möglich
J., Jahre; mRS, „modified rankin scale“; Pat., Patientinnen und Patienten;
SAB, aneurysmatische Subarachnoidalblutung;
WFNS, World Federation of Neurosurgical Societies

* Quelle: Deutsches Ärzteblatt Int 2024;121:573-4

28,5 % der Patientinnen und Patienten konnte bei Entlassung oder Verlegung ein gutes klinisches Outcome entsprechend dem Grad der Behinderung nach der „modified rankin scale“ (mRS) von 0–2 festgestellt werden. Die Mortalität im Krankenhaus belief sich auf 23,8 %. Unter Berücksichtigung der WFNS-Schweregrade konnten keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen der Fallzahl pro Einrichtung und dem klinischen Behandlungsergebnis erkannt werden. In 69,8 % der Fälle wurde eine rehabilitative Anschlussbehandlung eingeleitet.

Diskussion

Auf Basis der oben genannten Fallzahlen ergibt sich für Hessen (6,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner) eine jährliche Inzidenz von 3,59 Fällen pro 100 000 Personen, was am unteren Ende des in Metaanalysen epidemiologischer Studien angegebenen Spektrums liegt (2, 3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Inzidenz in Europa zwischen 1980 und 2010 um 40 % zurückgegangen ist. Die Altersverteilung und der hohe Anteil von Frauen liegen im Bereich der veröffentlichten Daten (1). Die zeitgerechte Verlegung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit SAB in spezialisierte Kliniken, die Intensivbehandlung und die Vorhaltung von endovaskulärer und chirurgischer Aneurysmabehandlung sowie weitere invasiver Therapiemaßnahmen sind gegeben und entsprechen den aktuellen Leitlinienempfehlungen (4).

Die relativ geringen Fallzahlen pro Klinik sind nicht nur durch die notwendige Versorgung in der Fläche bedingt, sondern auch durch die zunehmende Zahl von Anbietern im dicht besiedelten Rhein-Main-Gebiet. Die klinischen Ergebnisse dokumentieren, dass die Erkrankung bei der Mehrzahl der Betroffenen weiterhin schwer verläuft. Bei der Betrachtung der Daten ist zu bedenken, dass sich die Datenerfassung auf die Zeit des stationären Aufenthalts beschränkt und Reha-Maßnahmen sowie Langzeitdaten unberücksichtigt lässt. Die Sterblichkeit in unserer Kohorte war mit 23,8 % höher als nach Daten aus größeren Zentren, die ab einer jährlichen Fallzahl von 40 einen Rückgang auf unter 10 % zeigten (5). Um die Beziehung zwischen Fallzahl und klinischem Behandlungsergebnis besser beurteilen zu können, ist eine detaillierte Analyse weiterer spezifischer Daten erforderlich. Diese sollte sowohl Informationen zu den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen als auch zu aufgetretenen Komplikationen umfassen.

Der aktuelle QS-Erhebungsbogen orientiert sich am Modellfall des ischämischen Schlaganfalls. Es fehlen unter anderem detaillierte Angaben zu Art und Zeitpunkt des diagnostisch bedeutsamen angiografischen Aneurysma-Nachweises, was zu Unschärfen in der diagnostischen Zuordnung führt. Auch die Angaben zu nicht durchgeführten oder nicht dokumentierten Aneurysmabehandlungen in 11,6 % der Fälle lassen sich mangels spezifischer Angaben ebenfalls nur schwer überprüfen. Zudem werden typische Komplikationen der SAB wie

das sekundäre Auftreten von ischämischen Defiziten nicht erfasst.

Die Versorgungssituation in Hessen führt zu relativ geringen einrichtungsbezogenen Fallzahlen. Der Einfluss auf die Behandlungsergebnisse muss als Datengrundlage für eine gegebenenfalls anzustrebende Zentralisierung weiter analysiert werden.

Schlussfolgerungen

Die bestehende QS für Patientinnen und Patienten mit aneurysmatischer SAB liefert bereits Daten zu Versorgung, Behandlung und klinischem Outcome. Eine SAB-spezifische QS, die sich auf spezialisierte Kliniken beschränkt, ist erforderlich, um die Datenerfassung und -auswertung zu erleichtern mit dem Ziel, Qualitätsindikatoren und die Versorgungsqualität von SAB-Patientinnen und -Patienten weiter zu verbessern.

Joachim Berkefeld, Björn Misselwitz, Marco Stein

Institut für Neuroradiologie, Universitätsklinikum Frankfurt (Berkefeld)

Berkefeld@em.uni-frankfurt.de

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (Misselwitz)

Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Gießen (Stein)

Interessenkonflikt

JB gibt an, dass er Mitglied im erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie ist.

Die weiteren Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 22.01.2024, revidierte Fassung angenommen: 16.05.2024

Literatur

1. Etmann N, Macdonald RL: Neurovascular disease, diagnosis, and therapy: subarachnoid hemorrhage and cerebral vasospasm. *Handb Clin Neurol* 2021; 176: 135–69.
2. Mahlamäki K, Rautalin I, Korja M: Case fatality rates of subarachnoid hemorrhage are decreasing with substantial between-country variation: a systematic review of population-based studies between 1980 and 2020. *Neuroepidemiology* 2022; 56: 402–12.
3. Etmann N, Chang HS, Hackenberg K, et al.: Worldwide incidence of aneurysmal subarachnoid hemorrhage according to region, time period, blood pressure, and smoking prevalence in the population: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol* 2019; 76: 588–97.
4. Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al.: 2023 guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2023; 54: e314–e70.
5. Lindgren A, Burt S, Bragan Turner E, et al.: Hospital case–volume is associated with case–fatality after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Int J Stroke* 2019; 14: 282–9.

Zitierweise

Berkefeld J, Misselwitz B, Stein M:
Quality assurance in aneurysmal subarachnoid hemorrhage.
Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 573–4.
DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0107

Die englische Version des Artikels im Internet:
www.aerzteblatt-international.de

Characteristics and Rates of Preterm Births During the COVID-19 Pandemic in Germany

Birte Staude, Björn Misselwitz, Frank Louwen, Ulrich Rochwalsky, Frank Oehmke, Siegmund Köhler, Rolf F Maier, Anita C Windhorst, Harald Ehrhardt

Abstract

Importance: Population-based analyses provided divergent data on the changes in preterm birth rates during the COVID-19 pandemic, and there is a gap of knowledge on the variations in birth characteristics..

Objective: To study changes in perinatal care, causes of preterm delivery, and very preterm (VPT; defined as <32 weeks' gestation) birth rates before and during the COVID-19 pandemic.

Design, setting, and participants: This population-level cohort study used data from the quality assurance registry, which covers all births in Hesse, Germany. Deliveries during the COVID-19 pandemic (2020) were compared with the corresponding grouped prepandemic time intervals (2017 to 2019). Analyses were executed between August 2023 and July 2024.

Exposures: Analyses were directed to study differences in preterm births before and during 3 pandemic phases: first (March 14 to May 15, 2020) and second (October 19 to December 31, 2020) lockdowns and a period of less-vigorous restrictions between them (May 16 to October 18, 2020).

Main outcomes and measures: Outcomes of interest were variations in preterm birth rates in the context of baseline characteristics and causes of preterm births during vs before the first year of the COVID-19 pandemic.

Results: From the total cohort of 184 827 births from 2017 to 2020, 719 stillbirths occurred and 184 108 infants were liveborn. Compared with the prepandemic period, medical care characteristics did not differ during the COVID-19 period. The odds of VPT births were lower during the pandemic period (odds ratio [OR], 0.87; 95% CI, 0.79-0.95) compared with the prepandemic period, with the greatest reduction observed during the second lockdown period (OR, 0.69; 95% CI, 0.55-0.84). Reduction in VPT births was attributed to fewer births in pregnancies among individuals with a history of serious disease (OR, 0.64; 95% CI, 0.50-0.83), pathologic cardiotocography (OR, 0.66; 95% CI, 0.53-0.82), and intrauterine infection (OR, 0.82; 95% CI, 0.72-0.92) while incidences of history of preterm birth, multiple pregnancies, serious or severe psychological distress, and preeclampsia, eclampsia, or hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome as cause for preterm delivery remained unchanged.

Conclusions and relevance: In this population-based cohort study on the COVID-19 pandemic and preterm birth rates, the duration of exposure to mitigation measures during pregnancy was associated with accelerated reductions in preterm births. The findings of lower rates of baseline risks and causes of preterm deliveries support efforts to intensify health care prevention programs during pregnancy to reduce the preterm birth burden. These findings of this study put particular focus on hygiene measures to reduce the rate of deliveries for intrauterine infection and highlight the potential of expanding strategies to the different risks and causes of preterm delivery.

PMID: 11388025 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.32438

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Publikationsliste 2018 – 2025

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Juni 2025

2025

Incidence But Not Severity of Intracerebral Hemorrhage Shows a Strong Pattern of Seasonal Variation.

Martinez Oeckel A, Misselwitz B, Foerch C.

J Am Heart Assoc. 2025 Mar 4;14(5):e034077. doi: 10.1161/JAHA.124.034077. Epub 2025 Feb 26. PMID: 40008524.

2024

Characteristics and Rates of Preterm Births During the COVID-19 Pandemic in Germany.

Staupe B, Misselwitz B, Louwen F, Rochwalsky U, Oehmke F, Köhler S, Maier RF, Windhorst AC, Ehrhardt H.

JAMA Netw Open. 2024 Sep 3;7(9):e2432438. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.32438. PMID: 39254973; PMCID: PMC11388025.

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

Belau MH, Misselwitz B, Meyding-Lamadé U, Bassa B.

Neurol Res Pract. 2024 Mar 7;6(1):18. doi: 10.1186/s42466-024-00308-5. PMID: 38449050 Free PMC article.

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

Gantt D-M, Misselwitz B, Boos V, Reitter A.

EJOG. 2024 April;295(4):e53-e57. English. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.006>.

2023

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

Schmand C, Misselwitz B, Hudel H, Bedei I, Wolter A, Schenk J, Keil C, Köhler S, Axt-Fliehdner R.

Ultraschall Med. 2023 Aug;44(4):e175-e183. English. doi: 10.1055/a-1778-3585. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35304733.

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

Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M. J.

Stroke Cerebrovasc Dis. 2023 Sep;32(9):107241. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107241. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37516024

Quality Assurance in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

Berkefeld J, Misselwitz B, Stein M.

Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 573–4. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0107

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

Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Kaps M, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M.

Gesundheitswesen. 2023 Apr;85(4):242-249. doi: 10.1055/a-1690-6786. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34942663 German

2022

Long-term outcomes of stroke unit care in older stroke patients: a retrospective cohort study.

Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M.

Age Ageing. 2022 Sep 2;51(9):afac197. doi: 10.1093/ageing/afac197. PMID: 36057988

Reduction of Ischemic Stroke Associated Disability in the Population: A State-Wide Stroke Registry Analysis over a Decade.

Foerch C, Schaller-Paule MA, Steinmetz H, Misselwitz B, Bohmann FO.

J Clin Med. 2022 Nov 25;11(23):6942. doi: 10.3390/jcm11236942. PMID: 36498520

Divergence and Convergence of Sex-Specific Time Trends in Ischemic Stroke: 10-Year Analysis of a State-Wide Registry in Germany.

Schaefer JH, Bohmann FO, Lieschke F, Misselwitz B, Foerch C. J Am Heart Assoc. 2022 Oct 18;11(20):e027130.

doi: 10.1161/JAHA.122.027130. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36250659

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

Schmand C, Misselwitz B, Hudel H, Bedei I, Wolter A, Schenk J, Keil C, Köhler S, Axt-Fliehdner R.

Ultraschall Med. 2022 Mar 18. doi: 10.1055/a-1778-3585. Online ahead of print. PMID: 35304733 English.

2021

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

Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Kaps M, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M.
Gesundheitswesen. 2021 Dec 23. doi: 10.1055/a-1690-6786.

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

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

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

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

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

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

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

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

Gruber K, Misselwitz B, Steinmetz H, Pfeilschifter W, ohmann FO.
Front Neurol. 2021 Jun 11;12:678505. doi: 10.3389/fneur.2021.678505. eCollection 2021. Free PMC article.

2020

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

Zöllner JP, Misselwitz B, Mauroschat T, Roth C, Steinmetz H, Rosenow F, Strzelczyk A.
Sci Rep. 2020 Dec 3;10(1):21083. doi: 10.1038/s41598-020-78012-y. Free PMC article.

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

Haas K, Rücker V, Hermanek P, Misselwitz B, Berger K, Seidel G, Janssen A, Rode S, Burmeister C, Matthis C, Koennecke HC, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR).
Stroke. 2020 Oct 12;STROKEAHA120029968. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029968.

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

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

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

Eyding J, Misselwitz B, Weber R, Neumann-Haefelin T, Bartig D, Krogias C.
Nervenarzt. 2020 Oct;91(10):877-890. doi: 10.1007/s00115-020-00989-8.

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

Link T, Misselwitz B, Kaps M, Pfeilschifter W, Neumann-Haefelin T.
Nervenarzt. 2020 Aug 28. doi: 10.1007/s00115-020-00984-z.

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

Misselwitz B, Grau A, Berger K, Bruder I, Burmeister C, Hermanek P, Hohnhold R, Koennecke HC, Matthis C, Heuschmann PU.
Nervenarzt. 2020 Jun;91(6):484-492. doi: 10.1007/s00115-020-00908-x.

Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. Seijmonsbergen-Schermer AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, Frith L, Gross MM, Misselwitz B, Hálfhánsdóttir B, Daly D, Corcoran P, Calleja-Agius J, Calleja N, Gatt M, Vika 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



10. Anhang

Datenschutzvermerk

In den dargestellten Auswertungen zu Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien des vorliegenden Berichts werden bei sehr kleinen Fallzahlen (≤ 3) Fallzahlmaskierungen in den entsprechenden Tabellen vorgenommen. Bei konkreten Zahlenwerten findet sich die Angabe „ ≤ 3 “ sowie bei Prozentwerten die Angabe „x %“. Diese sind jeweils mit dem Hinweis „*Datenschutz“ gekennzeichnet. Dies geschieht, um folgend beschriebenen Szenario vorzubeugen: Theoretisch bestünde die Gefahr bei Ausweisung der realen Zahlen in Einzelfällen bei Vorliegen erheblichen Zusatzwissens rein theoretisch Rückschlüsse auf konkrete Leistungserbringer*innen und/oder Patient*innen zu ziehen.

Neue Begrifflichkeiten der Zeiträume

In dem vorliegenden Bericht werden verschiedene Begrifflichkeiten zu den Zeiträumen über die jeweils berichtet wird verwendet. Alle Passagen, die sich auf Zeiträume der Datenlieferungen beziehen und Themen der Vollständigkeit, Vollständigkeit sowie Anzahl gelieferter Datensätze darstellen, werden pro betreffendem Erfassungsjahr dargestellt. Alle Abschnitte, die über Ergebnisse und deren Auswirkungen berichten werden pro Auswertungsjahr beschrieben. Die genaue Definition der beiden Begriffe wird im Glossar erläutert.

Erläuterung zum Kapitelaufbau

Der Kapitelaufbau zu den jeweiligen QS-Verfahren der DEQS-RL gestaltet sich wie folgt.

- Zusammensetzung der Fachkommission
- Sitzungstermine
- Ansprechpartner der LAGQH
- Einleitungstext mit allgemeine Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zum EJ 2024/23
- Qualitätsindikatoren: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2025/24* und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- Auffälligkeitskriterien: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2025/24* und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- Ggfs. gesonderte Ergebnisse und Darstellungen
- Ausblick

Ergebnistabellen der Qualitätsindikatoren sowie der Auffälligkeitskriterien der Bundesverfahren

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

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

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

Anteil in Prozent
Fälle Zähler/Nenner

Rate beobachtet zu erwartet
beobachtete-/erwartete-/Gesamtfallzahl
Anteil beobachtete Fälle in Prozent

Abb. 10.1 Muster-Ergebnistabelle der Qualitätsindikatoren

Farbliche Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Landesverfahren

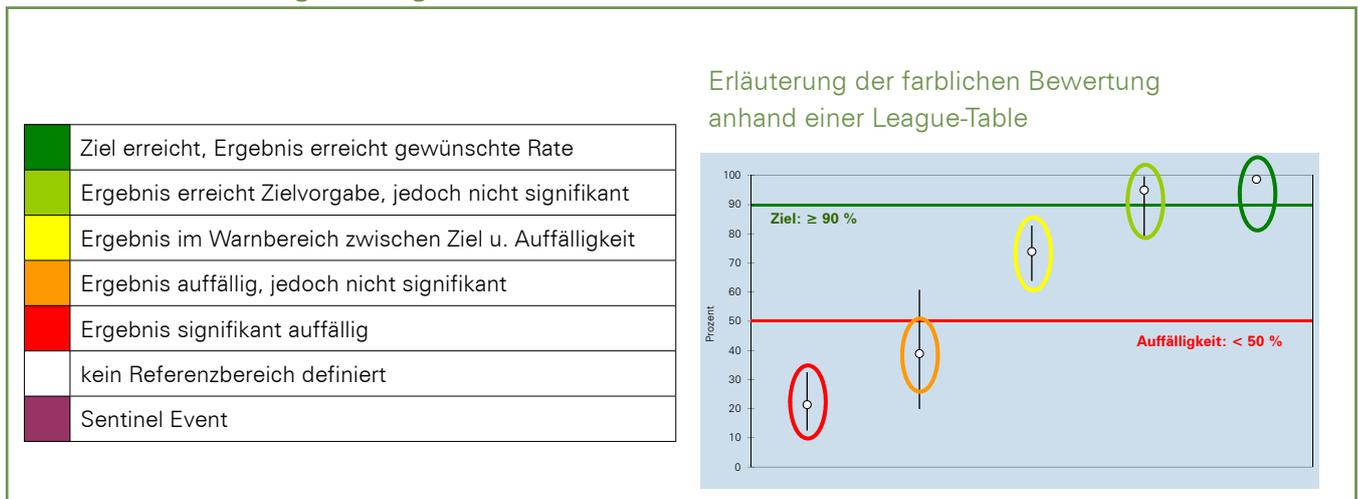


Abb. 10.2

Ärztliches Peer Review

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

Auffälligkeit, rechnerisch

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

Auffälligkeit, qualitativ

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

Auffälligkeit, statistisch

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

Auffälligkeitskriterium

Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft.

Auswertungsjahr

Das Auswertungsjahr (AJ) bezeichnet das Jahr als definierten Zeitraum, in dem die Daten ausgewertet und das Stellungnahmeverfahren / der Strukturierte Dialog durchgeführt werden. Es folgt demnach dem (Erfassungs-) Jahr, in dem die Daten erhoben werden.

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

QI-RL).

Datenvalidierung

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

- **Statistische Basisprüfung**

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

- **Stichprobenverfahren**

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

- **Vollzähligkeit**

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

- **Minimaldatensatz**

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

Erfassungsinstrument / Erhebungsinstrument

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

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

Erfassungsjahr

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

Follow-Up

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

Logistische Regression

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

O/E (observed/expected)

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

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)

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

Plausibilitätsprüfung

Prüfung der Daten auf Korrektheit und Vollständigkeit.

Pseudonymisierung

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

QS-Verfahren

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

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

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

- **Länderbezogene (indirekte) Verfahren**

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

- **Landesverfahren**

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

Qualitätsindikatoren

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

Referenzbereich

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

Zielbereich:

Anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

Auffälligkeitsbereich:

Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

Risikoadjustierung

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

Risikostatistik

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

Rollierende Auswertungen

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

Beispiel:

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

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

Sentinel Event

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

Spezifikation

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

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

Statistische Auffälligkeit

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

Strukturierter Dialog/ Stellungnahmeverfahren

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

Transparenzkennzahl

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

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

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

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung	EB	Einrichtungsbefragung
AJ	Auswertungsjahr	EDOK	Einrichtungsspezifische Dokumentation
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register	E-E-Zeit	Zeit vom Entschluss zur Notsectio bis zur Entbindung
AGGW	Aggregatwechsel	EF	Ejektionsfraktion
AK	Auffälligkeitskriterium	eGK	elektronische Gesundheitskarte
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums	EJ	Erfassungsjahr
amb.	ambulant	esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung	e. V.	eingetragener Verein
ASA	American Society of Anesthesiologists (Schema zur Klassifikation von Patient*innen nach Risikogruppen)	FAST	Fragebogenannahmestelle
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	FD-HEF	Versorgungsgebiet Fulda - Bad Hersfeld
BI	Barthel-Index (Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag)	FESC	Fellow of the ESC
BJ	Berichtsjahr	F-OF	Versorgungsgebiet Frankfurt am Main - Offenbach
BKK	Betriebskrankenkasse	FRBI	Frührehabilitations-Barthel-Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	FU	Follow-up
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BOB	Bundesqualitätsbericht	GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
BQS	vormals Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung jetzt Institut für Qualität und Patientensicherheit	GI-MR	Versorgungsgebiet Gießen - Marburg
BuAW	Bundesauswertung	GEBH	Geburtshilfe
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	GKiKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen
CCB	Cardioangiologisches Centrum Bethanien	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
CHE	Cholezystektomie	GQH	Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
CI	Konfidenzintervall	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
CRT	kardiale Resynchronisationstherapie	GZ	Gesundheitszentrum
CT	Computertomografie	HCH	Herzchirurgie
DA	Versorgungsgebiet Darmstadt	HE	Hessen
DAS	Datenannahmestelle	HEP	Hüftendoprothesenversorgung
DCIS	duktales Carcinoma in situ	HEP_IMP	Hüftendoprothesenimplantation
DEF / DEFI	implantierbare Defibrillatoren	HEP_WE	Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel
DEK	Dekubitusprophylaxe	HER2	human epidermal growth factor receptor 2 (epidermaler Wachstumsfaktor)
DEMIS	Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz	HGV	Hüftgelenkversorgung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	HGV-OSFRAK	Hüftgelenkversorgung - osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen
DIAL	Dialyse	HHygVo	Hessische Hygieneverordnung
DS/DSA	Digitale Subtraktionsangiografie	HI	Hirnfarkt
DSG	Deutsche Schlaganfallgesellschaft	HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
DV	Datenvalidierung	HMFG	Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
		HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
		HSM	Herzschrittmacher
		HSMDEF	Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren
		IAT	Intraarterielle Therapie

ICB	Intrazerebrale Blutung	MDS	Minimaldatensatz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)	MF-DB	Mandantenfähige Datenbank
ICD	implantierter Cardioverter Defibrillator	MDH	Master of Public Health
ID	Identifikationskennzahl	MR	Magnetresonanz
IK	Institutionskennzeichen	MRE	Multiresistente Erreger
IKK	Innungskrankenkasse	MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger
IMPL	Implantation	MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	MRT	Magnetresonanztomografie
INR	Internatiol Normalized Ratio (Gerinnungsfähigkeit des Blutes)	MS	Maßnahmen
INVN	Interdisziplinäres Neurovaskuläres Netzwerk Rhein-Main	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
i.V.m.	in Verbindung mit	N	Anzahl
KAROTIS	Halsschlagader	n. a.	nicht abbildbar
KB	keine Bewertung	N.N.	nomen nominandum
KCQ	Kompetenzzentrum QS	NEO	Neonatologie
KEP	Knieendoprothesenversorgung	NET	Nierenersatztherapie
KEP_IMP	Knieendoprothesenimplantation	NGS	Nasogastrale Sonde
KEP_WE	Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	NIHSS	National Institut of Health Stroke Scale
KG	Kollegiale Fachgespräche	NTX	Nierentransplantation
KH	Krankenhaus	NWIEA	Nosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Erhebung ambulant
KHK	Koronare Herzkrankheit	NWIES	Nosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Erhebung stationär
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	NWIF	Nosokomiale Wundinfektion, fallbezogene Erhebung
KS	Versorgungsgebiet Kassel	n. b.	nicht berechnet
KSV	kein Stellungnahmeverfahren	n. d.	nicht definiert
KV	Kassenärztliche Vereinigung	n. n. b.	nicht näher benannt
LÄKH	Landesärztekammer Hessen	O/E	Verhältnis der beobachteten (o bserved) zur erwarteten (e xpected) Rate
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft	O-E-N	beobachtet, erwartet, Gesamtfallzahl
LAGQH	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen	OP	Operation
LB	Leistungsbereich	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
LE	Leistungserbringer	PatV	Patientenvertretung
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	PB	Patientenbefragung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft	PCI	Perkutane Koronarintervention
MA	Mitarbeiter	PD	Privatdozent
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
MACCE	major adverse cardiac and cerebrovascular events (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen)	PDCA	Perkutane transluminale Koronarangiographie
MBA	Master of Buisness Administration)	PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie
MC	Mammachirurgie	PfIBG	Pflegeberufegesetz
MD	Medizinischer Dienst	PID/PI-Daten	Patienten Identifizierende Daten
		PM	Perinatalmedizin
		PNEU	Pneumonie

PNTX	Pankreas- Nieren-Transplantation	SOD	Sozialdaten
POA	Present on Admission	SOP	standard operating procedure (standardisierter Arbeitsablauf)
PPCI	Patientenbefragung PCI	SSW	Schwangerschaftswoche
PREM	Patient-Reported Experience Measure	stat	stationär
PROM	Patient-Reported Outcomes Measure	stat. auffällig	statistisch auffällig
Prostata-CA	Prostata-Karzinom	SU	Stroke Unit
PZ	Perinatalzentrum	SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Q	Quartal	Tab.	Tabelle
QA	qualitativ auffällig	TIA	Transitorisch Ischämische Attacke
QB	Qualitätsbericht	TICI	Thrombolysis in Cerebral Infarction
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Tsd.	Tausend
Qesü-RL	Richtlinie über einrichtungs- und sektorübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung	TKZ	Transparenzkennzahl
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen	TX	Transplantationen
QI	Qualitätsindikator	ÜR	Überregional
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators	VÄ	Vertragsärzt*innen
QM	Qualitätsmanagement	VPB	Versendestelle Patientenbefragung
QS	Qualitätssicherung	vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern	VG	Versorgungsgebiet
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur	VHF	Vorhofflimmern
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten	VK	Vollzeitkraft
QU	qualitativ unauffällig	VJ	Vorjahr
QUASCH	Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung	VZÄ	Vertragszahnärzt*innen
RB	Referenzbereich	VWD	Verweildauer
r.a.E.	rechnerisch auffällige Ergebnisse	WO	Wohnort
REV	Revision	WI-LM	Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg
RL	Richtlinie	WI	Wundinfektion
ROP	retinopathy of prematurity	WI-HI-A	Hygiene- und Infektionsmanagement – amb. Operieren
RS	Risikoadjustierung	WI-HI-S	Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren
SA	Schlaganfall	WI-NI-A	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - amb. Operieren
SAB	Subarachnoidalblutung	WI-NI-D	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
SAFR	Schlaganfall Frührehabilitation	WI-NI-S	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen - stat. Operieren
SARS-cov-2	Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom-Coronavirus-2	WI-A	Wundinfektion ambulant
SD	Strukturierter Dialog	WI-S	Wundinfektion stationär
SE	Sentinel Event		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SNV	Stellungnahmeverfahren		
SO	Standort		



Impressum:

Herausgeber: LAGQH GbR, Eschborn

Layout und Satz: LAGQH GbR, Eschborn

Druck und Bindung: WIRmachenDruck GmbH, Backnang

Quellennachweis Fotografie: Titel 496577121 stock.adobe.com, S. 4 KV Hessen, S. 5 LAGQH
S. 15 20134003, 105281083 stock.adobe.com, S. 55 453777968, 78342757, 495311484, 59313102, 249671625,
54940412, 25111424, 461245673, 165767373, 78800433, 146007422, 135759782, 276366812, 25914354, 94675912,
32005702 stock.adobe.com

© LAGQH GbR 2025



**Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen GbR**

Frankfurter Straße 80-82
65760 Eschborn

Telefon: (06196) 5 86 52 50

Telefax: (06196) 5 86 52 58

E-Mail: info@lagqh.de

Internet: www.lagqh.de