

TOP 3: Die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung in Hessen

Externe Qualitätssicherung 2023 – Teil B – 25.01.2023

Simone Puttins / Dr. Björn Misselwitz



Agenda

Schlaganfallversorgung

- Schlaganfall - Akutbehandlung
- Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

Herr Dr. Misselwitz

Frau Puttins

MRE-Projekt Hessen

Frau Puttins



Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation



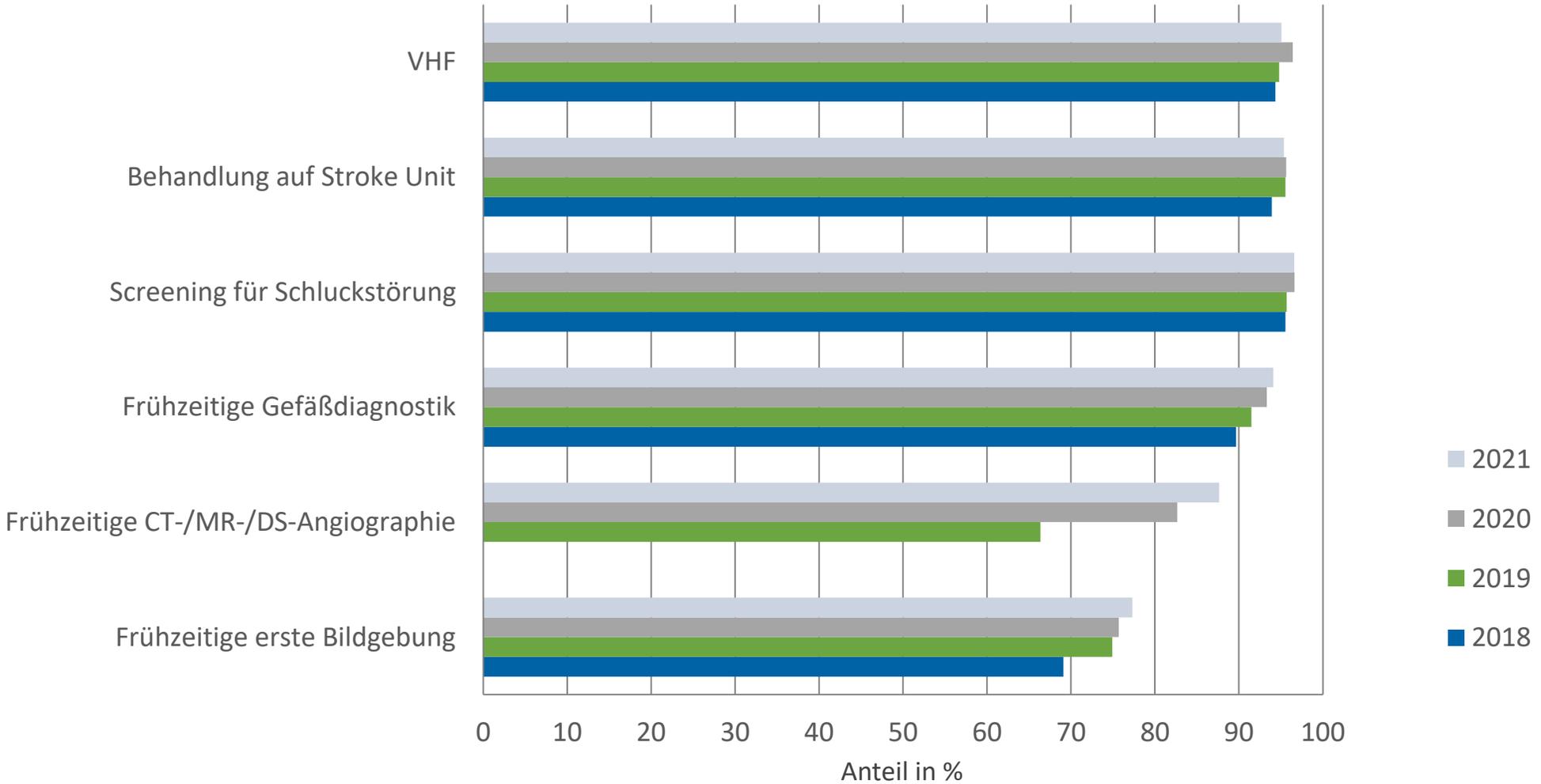
Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

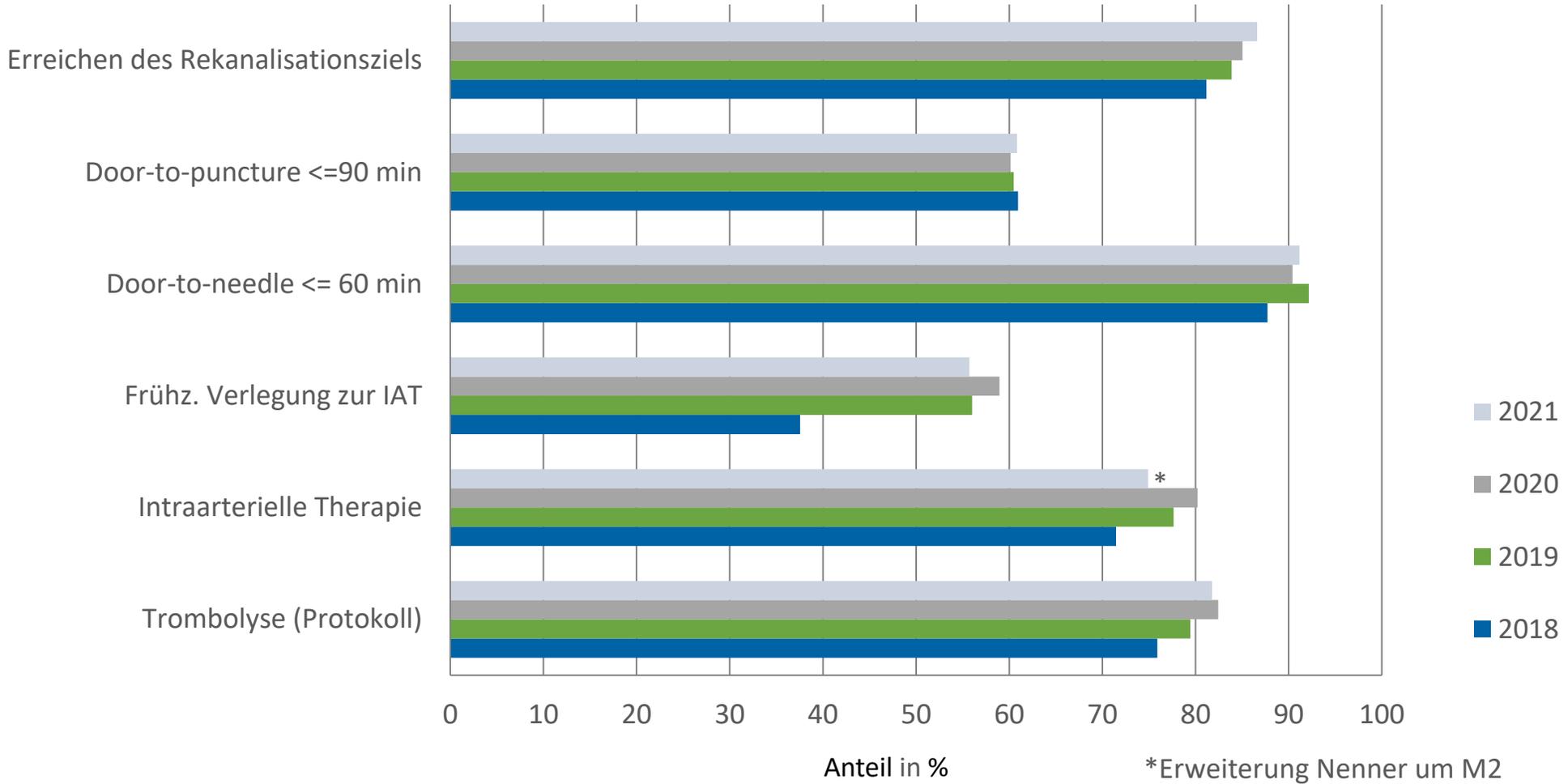
Ergebnisse 2018-2021

Qualitätsindikatoren zur Diagnostik und Aufnahme



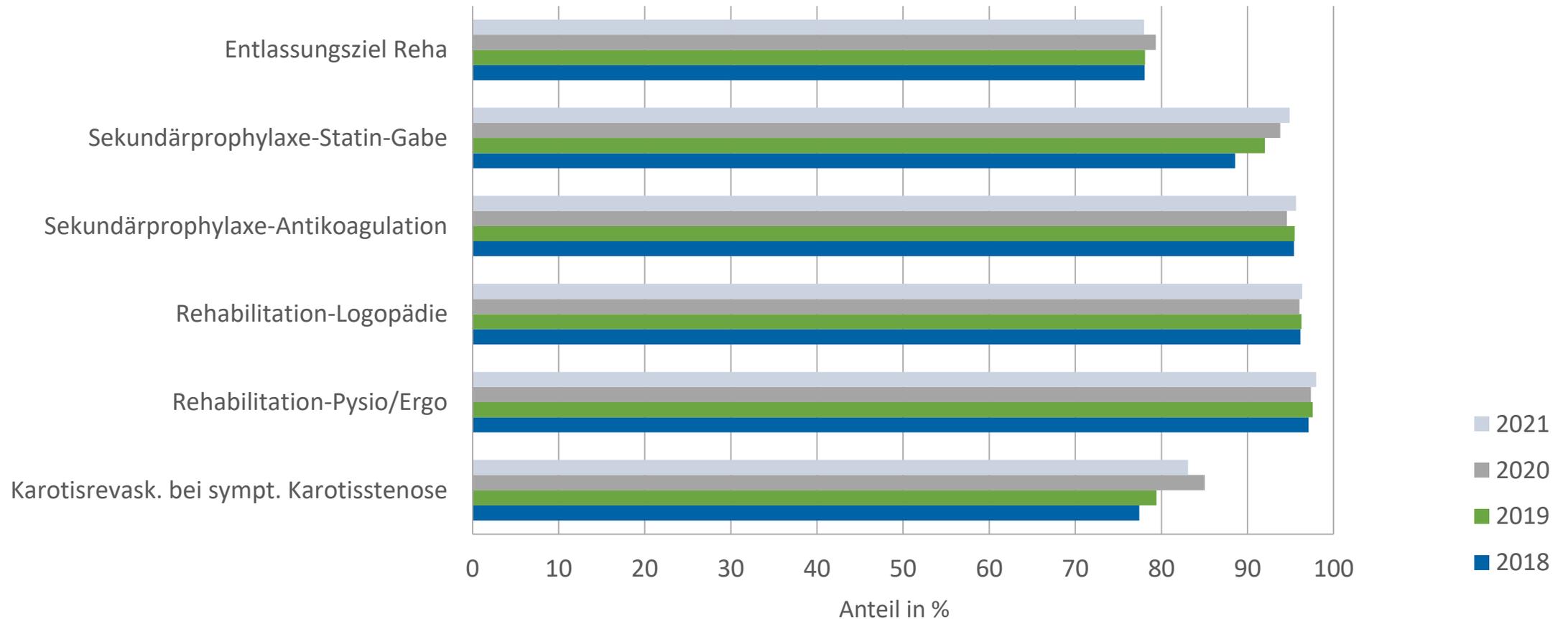
Ergebnisse 2018-2021

Qualitätsindikatoren zur Akuttherapie



Ergebnisse 2018-2021

Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe / Rehabilitation



Ergebnisse 1. Quartal 2022

Qualitätsindikatoren:

QI-ID	Gesamtfallzahl Q1/2022 (ohne Minimaldatensätze): 3562	Referenzwerte	Hessen		
			Q1/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Q2/2021 - Q1/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Jahr 2021 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 94,77 %	94,77 % [93,86 ; 95,55] 2555 / 2696 Fällen	94,97 % [94,60 ; 95,31] 13939 / 14678 Fällen	95,05 % [94,70 ; 95,38] 14872 / 15646 Fällen
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 84,40\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 76,47 %	76,47 % [73,86 ; 78,89] 835 / 1092 Fällen	77,86 % [76,77 ; 78,91] 4487 / 5763 Fällen	77,33 % [76,31 ; 78,31] 5212 / 6740 Fällen
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 88,43 %	88,43 % [85,45 ; 90,87] 474 / 536 Fällen	87,69 % [86,44 ; 88,84] 2521 / 2875 Fällen	87,64 % [86,43 ; 88,75] 2701 / 3082 Fällen
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 93,02 %	93,02 % [92,09 ; 93,84] 3050 / 3279 Fällen	93,79 % [93,75 ; 94,42] 16490 / 17581 Fällen	94,09 % [93,75 ; 94,42] 17667 / 18776 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 97,53 %	97,53 % [96,82 ; 98,09] 2254 / 2311 Fällen	96,79 % [96,47 ; 97,09] 12018 / 12416 Fällen	96,58 % [96,26 ; 96,87] 13409 / 13884 Fällen
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 94,48 %	94,48 % [93,54 ; 95,29] 2482 / 2627 Fällen	95,29 % [94,93 ; 95,63] 13241 / 13895 Fällen	95,36 % [95,00 ; 95,68] 14086 / 14772 Fällen
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 85,20\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 75,26 %	75,26 % [70,71 ; 79,31] 289 / 384 Fällen	78,23 % [76,33 ; 80,02] 1502 / 1920 Fällen	78,06 % [76,20 ; 79,81] 1576 / 2019 Fällen

Ergebnisse 1. Quartal 2022

Kennzahlen:

QI-ID	Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 3562	Hessen			
		Referenzwerte	Q1/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Q2/2021 - Q1/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Jahr 2021 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
14b-001	Thrombolyse (im Zeitfenster <=4h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 45,50 %	45,50 % [42,28 ; 48,77] 410 / 901 Fällen	46,76 % [45,32 ; 48,19] 2169 / 4639 Fällen	46,45 % 45,05 ; 47,85 2270 / 4887 Fällen
14a-001	Thrombolyse (im Zeitfenster <=4h, Alter <=80, NIHSS 4-25)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 78,38 %	78,38 % [72,50 ; 83,29] 174 / 222 Fällen	81,90 % [79,58 ; 84,02] 946 / 1155 Fällen	81,77 % 79,54 ; 83,82 1023 / 1023 Fällen
23-001	Intraarterielle Therapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 10,46 %	10,46 % [9,34 ; 11,71] 268 / 2561 Fällen	9,72 % [9,23 ; 10,23] 1330 / 13684 Fällen	9,57 % [9,11 ; 10,06] 1402 / 14647 Fällen
23b-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss, Zeitfenster > 6-24h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 51,52 %	51,52 % [35,22 ; 67,50] 17 / 33 Fällen	50,00 % [44,89 ; 55,11] 182 / 364 Fällen	50,45 % 45,80 ; 55,10 222 / 440 Fällen
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 61,54 %	61,54 % [45,90 ; 75,11] 24 / 39 Fällen	58,33 % [51,47 ; 64,88] 119 / 204 Fällen	55,71 % 49,09 ; 62,13 122 / 219 Fällen
16-002	Door-to-needle-time <= 60 min (Alter <=80, NIHSS 4-25)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 85,57 %	85,57 % [80,05 ; 89,76] 172 / 201 Fällen	88,71 % [86,70 ; 90,45] 974 / 1098 Fällen	89,73 % 87,86 ; 91,33 1057 / 1178 Fällen
16a-002	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80, NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 87,07 %	87,07 % [83,48 ; 89,98] 357 / 410 Fällen	88,01 % [86,58 ; 89,31] 1909 / 2169 Fällen	88,37 % 86,99 ; 89,62 2006 / 2270 Fällen

Qualitätsindikatoren

Übersicht Intrazerebrale Blutung

		Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 1633		Ergebnis 2021		Ergebnis 2019 - 2021	
QI-ID		Referenzwerte		Klinikwert [95% CI]		Klinikwert [95% CI]	
Siehe Seite				Zähler / Nenner		Zähler / Nenner	
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h))	Ziel: >= 87,40 %		78,47 % [75,46 ; 81,20]		77,97 % [76,25 ; 79,60]	
Seite 4		Auffälligkeit: < 60,00 %		616 / 785 Fällen		1830 / 2347 Fällen	
		Ø in Hessen: 78,47 %					
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d.		96,23 % [94,70 ; 97,33]		93,29 % [92,21 ; 94,22]	
Seite 5		Auffälligkeit: < 90,00 %		791 / 822 Fällen		2237 / 2398 Fällen	
		Ø in Hessen: 96,23 %					
15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95,00 %		94,67 % [93,22 ; 95,82]		91,80 % [90,84 ; 92,67]	
Seite 6		Auffälligkeit: < 85,00 %		1101 / 1163 Fällen		3191 / 3476 Fällen	
		Ø in Hessen: 94,67 %					
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d.		95,68 % [93,79 ; 97,01]		93,92 % [92,74 ; 94,91]	
Seite 7		Auffälligkeit: < 90,00 %		598 / 625 Fällen		1760 / 1874 Fällen	
		Ø in Hessen: 95,68 %					
03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d.		89,52 % [86,51 ; 91,92]		90,31 % [88,66 ; 91,74]	
Seite 8		Auffälligkeit: < 90,00 %		444 / 496 Fällen		1286 / 1424 Fällen	
		Ø in Hessen: 89,52 %					
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95,00 %		87,21 % [83,91 ; 89,91]		89,13 % [87,45 ; 90,61]	
Seite 9		Auffälligkeit: < 70,00 %		416 / 477 Fällen		1328 / 1490 Fällen	
		Ø in Hessen: 87,21 %					
11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: <= 1,00		1,05 [0,94 ; 1,17]		0,95 [0,89 ; 1,01]	
Seite 10		Auffälligkeit: > 1,40		271 / 1543 Fällen (17,56 %)		756 / 4690 Fällen (16,12 %)	
		Hessen:17,56% O/E=1,05					
10a-004	Todesfälle (O/E)	Ziel: <= 1,00		1,00 [0,91 ; 1,11]		0,99 [0,93 ; 1,04]	
Seite 11		Auffälligkeit: n.d.		307 / 1413 Fällen (21,73 %)		937 / 4174 Fällen (22,45 %)	
		Hessen:21,73% O/E=1,00					
10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: <= 1,00		0,52 [0,36 ; 0,75]		0,73 [0,61 ; 0,86]	
Seite 12		Auffälligkeit: n.d.		28 / 987 Fällen (2,84 %)		128 / 2973 Fällen (4,31 %)	
		Hessen:2,84% O/E=0,52					



Qualitätsindikatoren

Übersicht Subarachnoidalblutung

QI-ID	Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 451		Ergebnis 2021	Ergebnis 2019 - 2021
Siehe Seite	Referenzwerte		Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
13a-006 Seite 4	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h) Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 95,48 %		95,48 % [91,63 ; 97,60] 190 / 199 Fällen	95,54 % [93,50 ; 96,96] 536 / 561 Fällen
13c-001 Seite 5	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung Ziel: >= 93,30 % Auffälligkeit: < 50,00 % Ø in Hessen: 83,84 %		83,84 % [78,08 ; 88,31] 166 / 198 Fällen	81,87 % [78,45 ; 84,85] 456 / 557 Fällen
12-004 Seite 6	Screening für Schluckstörungen Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 85,26 %		85,26 % [80,34 ; 89,11] 214 / 251 Fällen	77,86 % [74,55 ; 80,85] 517 / 664 Fällen
15-003 Seite 7	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 85,00 % Ø in Hessen: 98,23 %		98,23 % [95,93 ; 99,24] 278 / 283 Fällen	90,82 % [88,61 ; 92,63] 722 / 795 Fällen
02-003 Seite 8	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 100,00 %		100,00 % [89,28 ; 100,00] 32 / 32 Fällen	87,00 % [79,02 ; 92,24] 87 / 100 Fällen
03-004 Seite 9	Rehabilitation - Logopädie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 71,79 %		71,79 % [56,22 ; 83,46] 28 / 39 Fällen	63,96 % [54,70 ; 72,29] 71 / 111 Fällen
19-002 Seite 10	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen Ziel: >= 100,00 Auffälligkeit: < 70,00 Ø in Hessen: 95,06 %		95,06 [87,98 ; 98,06] 77 / 81 Fällen	92,83 [88,95 ; 95,42] 233 / 251 Fällen
11-004 Seite 11	Pneumonie als Komplikation (O/E) Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 1,50 Hessen:23,04% O/E=1,12		1,12 [0,93 ; 1,33] 91 / 395 Fällen (23,04 %)	1,08 [0,96 ; 1,20] 253 / 1205 Fällen (21,00 %)
10a-004 Seite 12	Todesfälle (O/E) Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen:13,32% O/E=0,97		0,97 [0,75 ; 1,24] 51 / 383 Fällen (13,32 %)	0,92 [0,79 ; 1,07] 143 / 1093 Fällen (13,08 %)
10b-004 Seite 13	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E) Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen:3,73% O/E=0,35		0,35 [0,20 ; 0,59] 12 / 322 Fällen (3,73 %)	0,39 [0,29 ; 0,52] 42 / 927 Fällen (4,53 %)
40-001 Seite 14	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 74,50 Ø in Hessen: 83,33 %		83,33 [77,52 ; 87,88] 165 / 198 Fällen	87,22 [84,28 ; 89,68] 512 / 587 Fällen



Neue Kennzahlen zum Wake-up-Stroke und zur Mismatch-Bildgebung ?

17-21	AUFNAHME
17	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = <= 1 h 2 = > 1 – 2 h 3 = > 2 – 3 h 4 = > 3 – 4 h 5 = > 4 – 5 h 6 = > 5 – 6 h 7 = > 6 – 9 h 8 = > 9 – 24 h 9 = > 24 – 48 h 10 = > 48 h 11 = Inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich

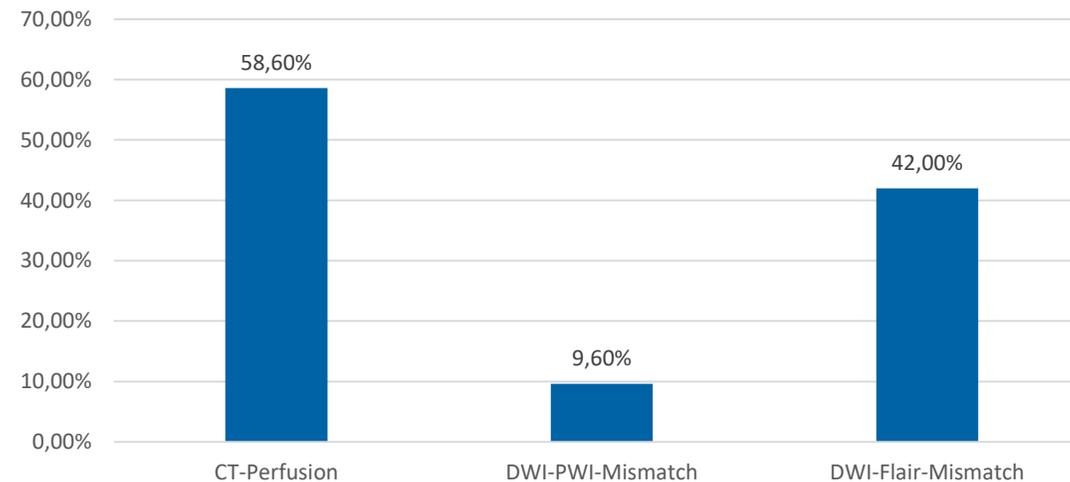
27.3>	Mismatch-Bildgebung 0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus
Wenn Feld 27.3 = 2	
27.4>>	CT-Perfusion <input type="checkbox"/> 1 = ja
27.5>>	DWI-PWI-Mismatch <input type="checkbox"/> 1 = ja
27.6>>>	DWI-Flair-Mismatch <input type="checkbox"/> 1 = ja

Sonderauswertung Mismatch/Wake-Up

Auswertung: Hirninfarkt (I63); 1. Halbjahr 2022

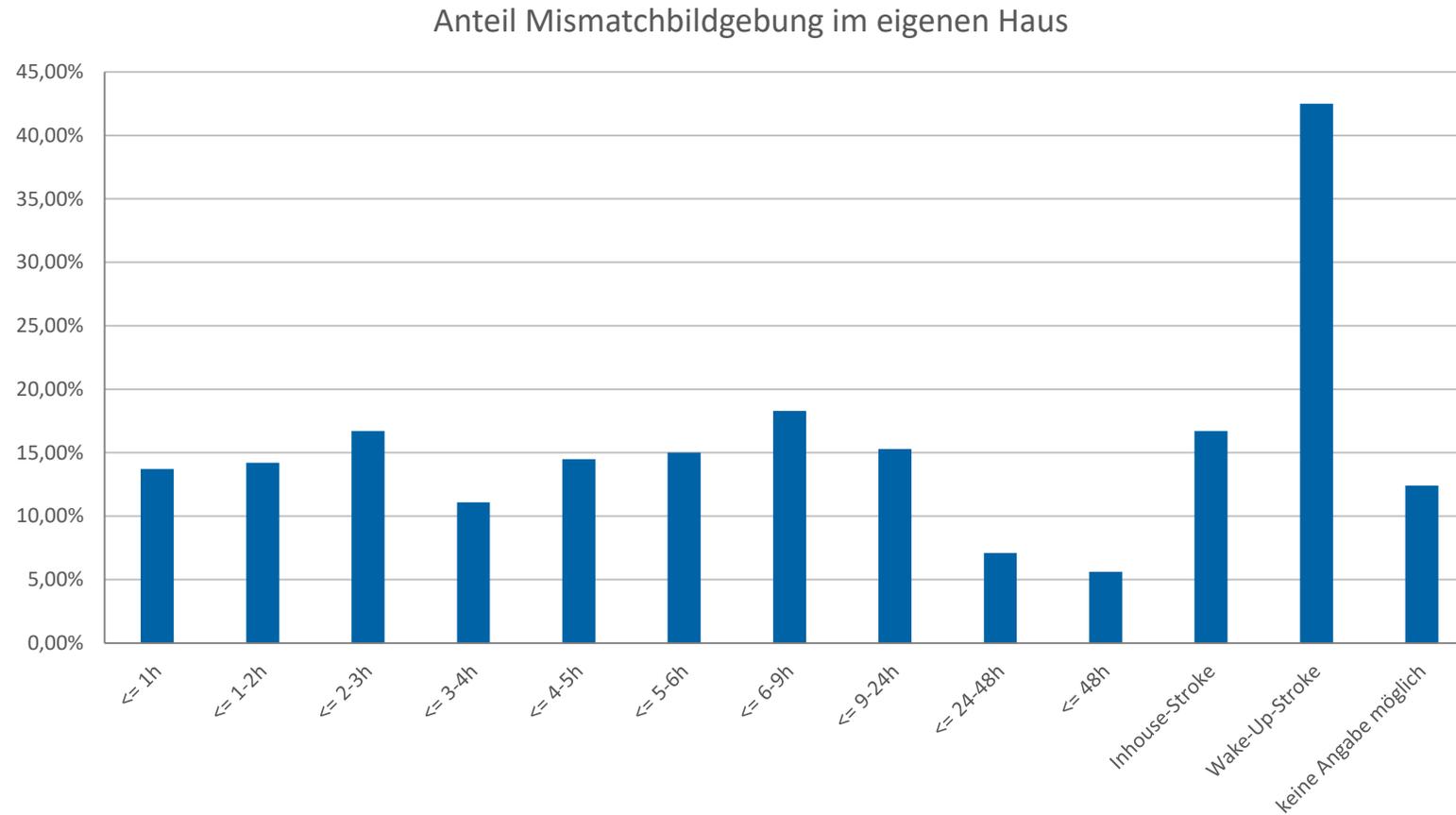
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nein	3933	84,7	84,7
vor Aufnahme	30	0,6	0,6
im eigenen Haus	678	14,6	14,6
Gesamt	4641	100,0	100,0

Anteil der Methoden bei Mismatchbildung im eigenen Haus



Sonderauswertung Mismatch/Wake-Up

Auswertung: Hirninfarkt (I63); 1. Halbjahr 2022



Sonderauswertung Mismatch/Wake-Up

Vorschlag für neue Kennzahlen

1. Patient*innen mit Indikation zur Lyse/intraarteriellen Therapie (IAT) außerhalb des Zeitfensters (> 5 - 24 Stunden bzw. Wake-up) benötigen eine Mismatchdiagnostik
2. Bei Patient*innen mit Lyse/IAT außerhalb des Zeitfensters (> 5 - 24 Stunden bzw. Wake-up) muss eine Mismatchdiagnostik durchgeführt worden sein

Anpassung des QS-Filters

Hintergrund:

Eine gewisse Anzahl von Patient*innen werden wenige Stunden nach Notfallaufnahme wegen Schlaganfall nach Bildgebung bzw. Thrombolyse zur weiteren Behandlung mit Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus verlegt. Diese Fälle lösen aktuell, wenn sie ambulant oder vorstationär abgerechnet werden, im erstbehandelnden Krankenhaus keinen QS-Bogen aus.

Abfrage (Stroke Units ohne Thrombektomien):

Können Sie uns bitte mitteilen, wie viele Fälle im Jahr in Ihrem Haus zur Behandlung durch Thrombektomie verlegt werden und wie diese abgerechnet werden?

Ergebnis der Umfrage (11 von 21 Kliniken)

Großteils stationär oder vorstationär abgerechnet, in Ausnahmefällen auch ambulant

Umsetzung im QS-Filter 2023

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär) ~~und nicht 04 (= vorstationär Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung)~~ und die Aufnahme ist im Jahr 2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2021' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.2022')

- Angepasster Referenzbereich bei QI 13c-001

CT-/MR-/DS-
Angiographie im
Anschluss an native
Bildgebung

Nenner: Hirninfarkte mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h (inkl. Inhouse-Stroke) und NIHSS ≥ 4 (ohne Fälle mit Bildgebung vor Aufnahme und ohne Fälle mit CT-/MR-/DS-Angiographie vor Aufnahme)

Zähler: Fälle mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung

$\geq 50\%$

$\geq 60\%$

$\geq 70\%^*$

* im Vorfeld wird noch mal geprüft ob bei einem NIHSS ≥ 6 die Ergebnisse deutlich abweichen

Schlaganfall-Symposium 2023

Qualität in der Schlaganfallversorgung

- **Termin:** 7. Dezember 2023
- **Veranstaltungsort:** Landesärztekammer Hessen, Frankfurt a. M.

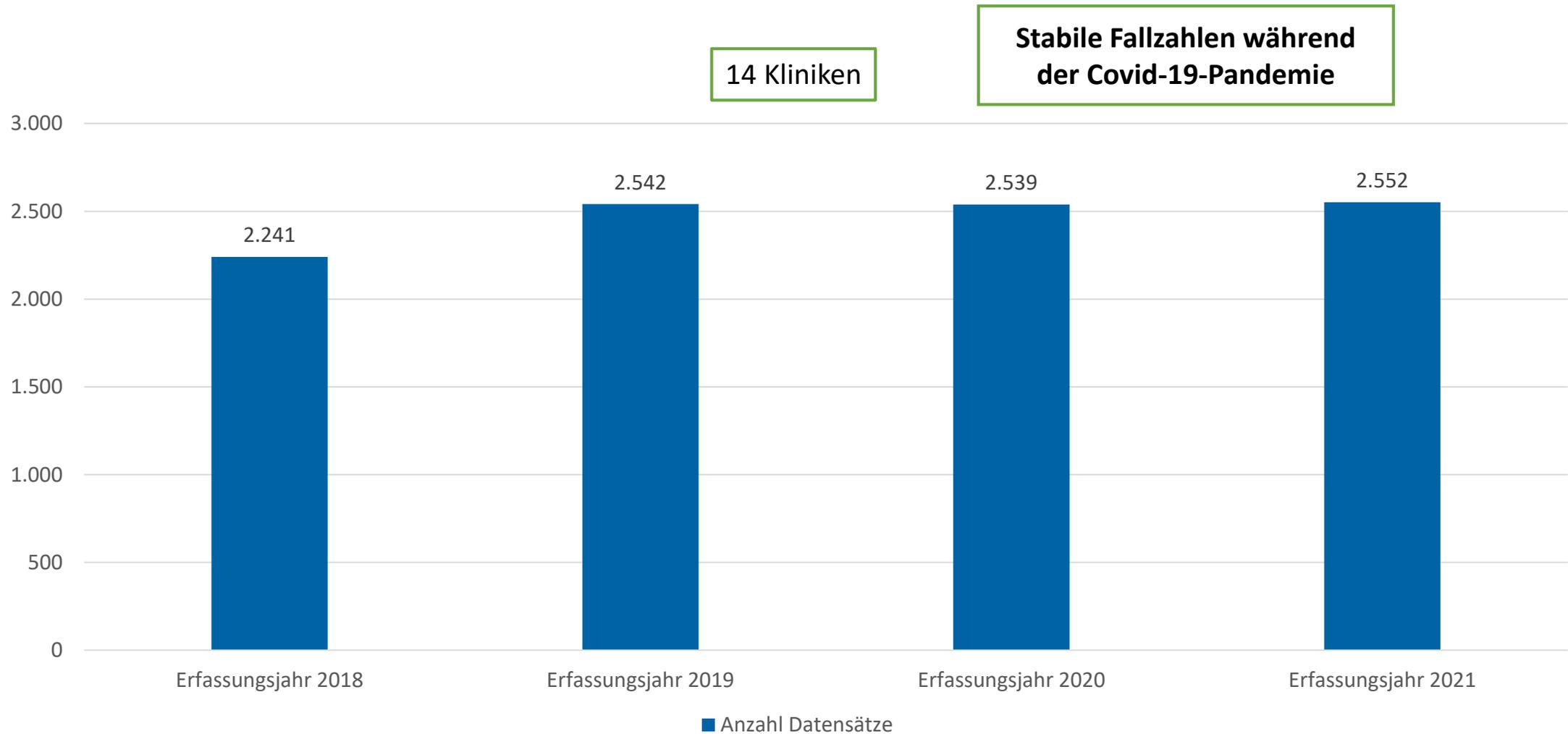


Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

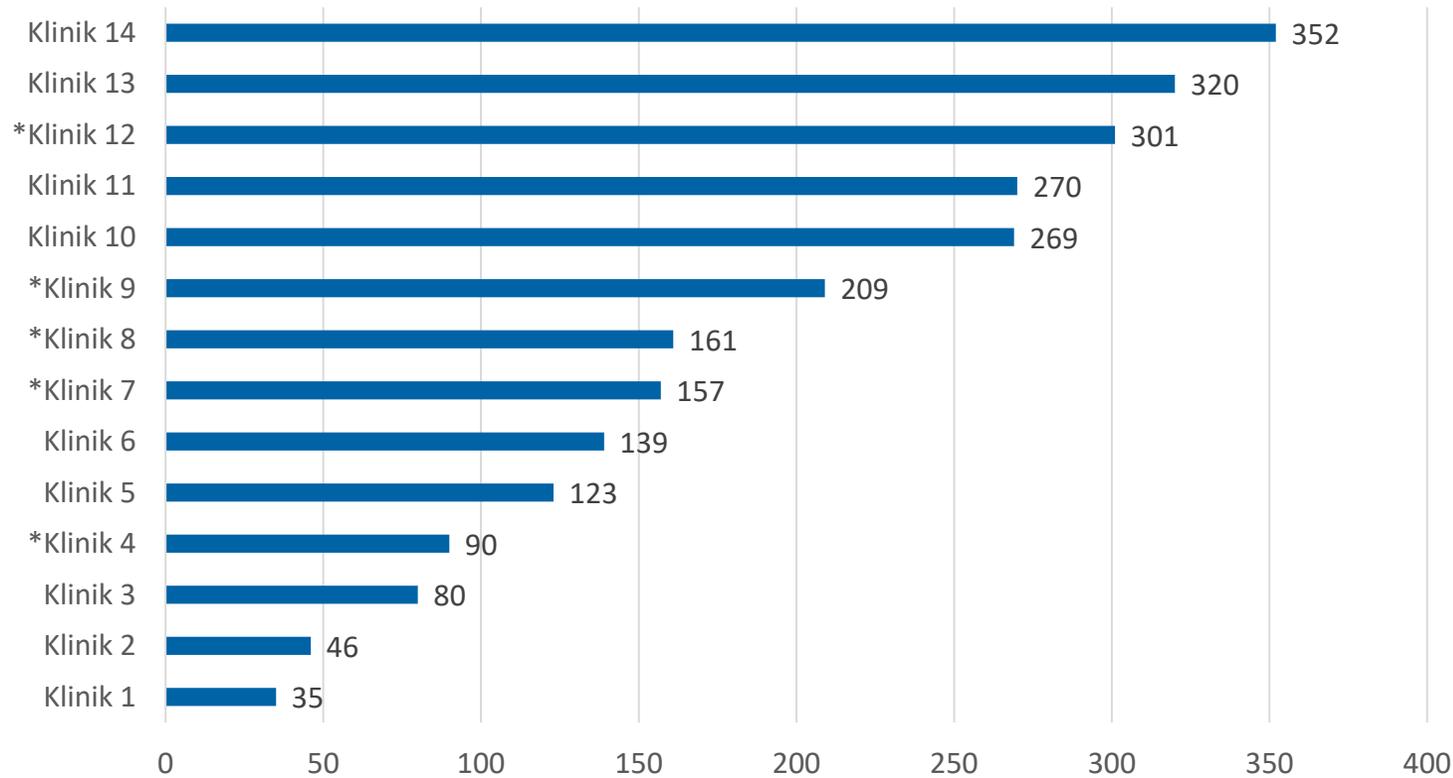
Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

Fallzahlverteilung 2018 - 2021

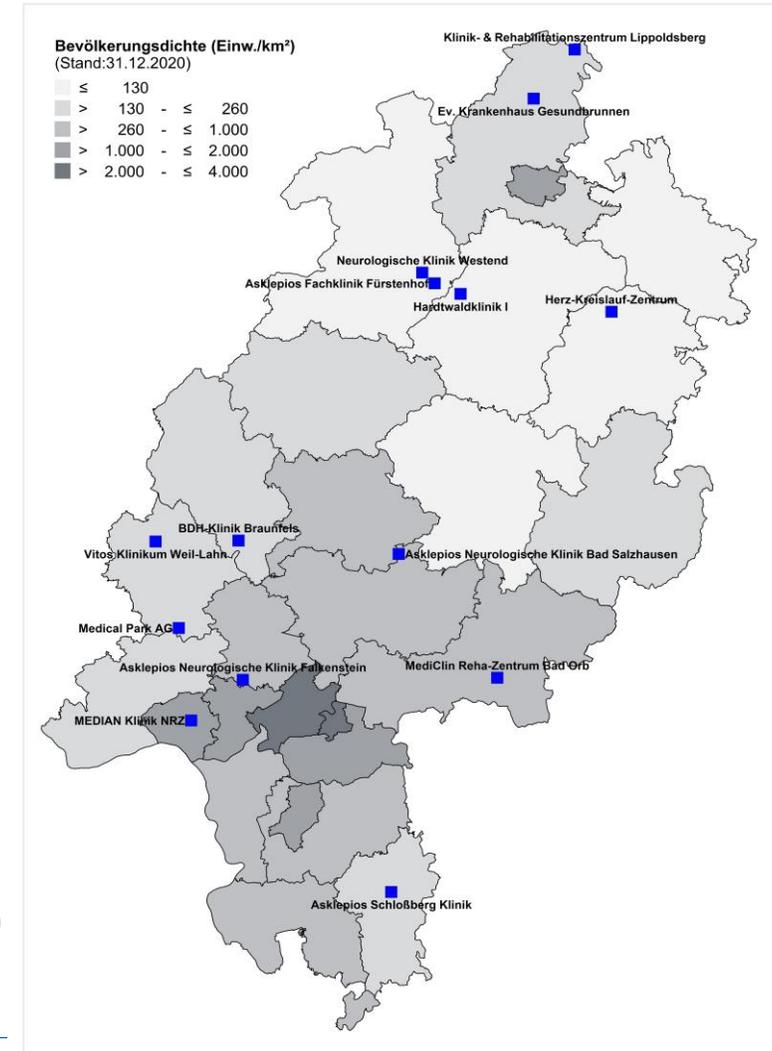


Fallzahlen der Phase B nach Schlaganfall

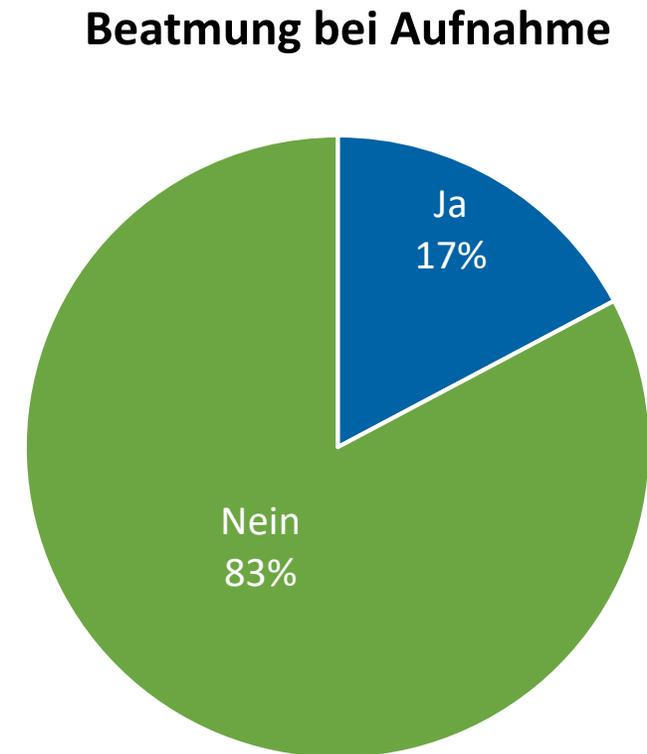
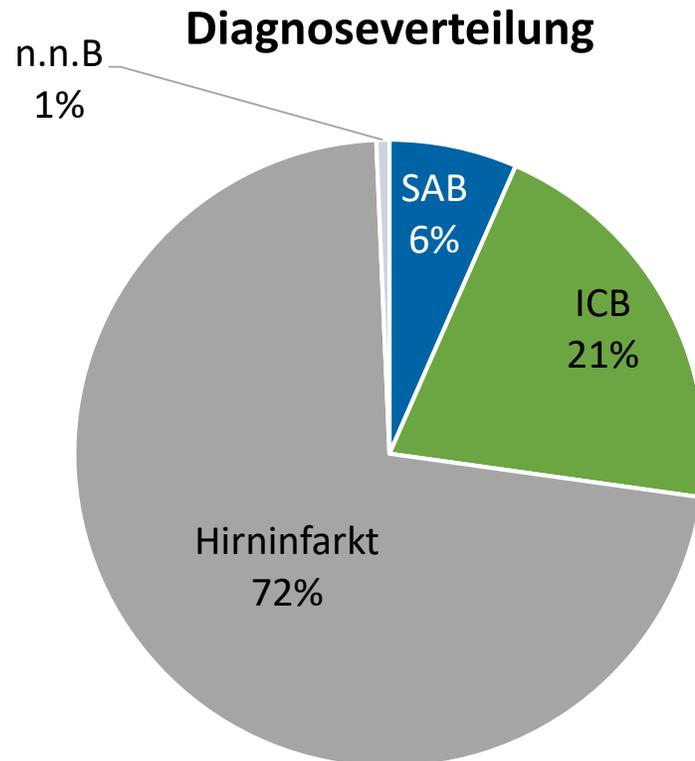
Sollzahlen 2021 (N = 2.552)



*Beatmungsplätze



Hauptdiagnosen und Beatmungsfälle in der Phase B (Erfassungsjahr 2021)



Ergebnisübersicht Erfassungsjahr 2021

Übersichtstabelle:

		Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 2540		Hessen	
QI-ID		Referenzwerte	Ergebnis 2021	Ergebnis 2020	
Siehe Seite			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: $\geq 46,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,00\%$ Ø in Hessen: 31,50 %	31,50 % [29,48 ; 33,59] 617 / 1959 Fällen	33,83 % [31,76 ; 35,97] 657 / 1942 Fällen	
Seite 4					
1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\geq 53,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,90\%$ Ø in Hessen: 33,63 %	33,63 % [31,17 ; 36,18] 457 / 1359 Fällen	35,49 % [33,07 ; 37,98] 516 / 1454 Fällen	
Seite 5					
1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patienten	Ziel: $\geq 33,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 13,70\%$ Ø in Hessen: 29,61 %	29,61 % [25,41 ; 34,19] 122 / 412 Fällen	33,68 % [28,47 ; 39,32] 97 / 288 Fällen	
Seite 6					
1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patienten mit Tracheostoma	Ziel: $\geq 29,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 9,50\%$ Ø in Hessen: 26,98 %	26,98 % [23,49 ; 30,78] 153 / 567 Fällen	28,07 % [24,14 ; 32,36] 128 / 456 Fällen	
Seite 7					
2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	Ziel: $\geq 48,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 26,80\%$ Ø in Hessen: 38,92 %	38,92 % [36,36 ; 41,55] 527 / 1354 Fällen	38,15 % [35,61 ; 40,77] 517 / 1355 Fällen	
Seite 8					
3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte)	Ziel: $\geq 21,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,80\%$ Ø in Hessen: 16,18 %	16,18 % [14,69 ; 17,8] 347 / 2144 Fällen	17,07 % [15,54 ; 18,73] 365 / 2138 Fällen	
Seite 9					
3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte)	Ziel: $\geq 10,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,90\%$ Ø in Hessen: 8,16 %	8,16 % [7,08 ; 9,4] 175 / 2144 Fällen	9,31 % [8,15 ; 10,61] 199 / 2138 Fällen	
Seite 10					
4	Dekanülierung	Ziel: $\geq 60,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 36,30\%$ Ø in Hessen: 56,90 %	56,90 % [52,83 ; 60,87] 330 / 580 Fällen	52,79 % [48,25 ; 57,28] 246 / 466 Fällen	
Seite 11					

Ergebnisübersicht Erfassungsjahr 2021

5 Seite 12	Sterblichkeit	Ziel: $\leq 1,80\%$ Auffälligkeit: $\geq 9,70\%$ Hessen: 36,18% 6,10 %	6,10 % [5,24 ; 7,1] 155 / 2540 Fällen	5,99 % [5,13 ; 6,98] 152 / 2539 Fällen
5a Seite 13	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 12,20\%$ Ø in Hessen: 4,73 %	4,73 % [3,86 ; 5,79] 88 / 1860 Fällen	4,41 % [3,59 ; 5,4] 87 / 1975 Fällen
5b Seite 14	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma	Ziel: $\leq 5,40\%$ Auffälligkeit: $\geq 15,00\%$ Ø in Hessen: 9,85 %	9,85 % [7,83 ; 12,32] 67 / 680 Fällen	11,52 % [9,15 ; 14,42] 65 / 564 Fällen
5c Seite 15	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,80\%$ Ø in Hessen: 2,17 %	2,17 % [1,58 ; 2,98] 37 / 1706 Fällen	1,86 % [1,33 ; 2,58] 34 / 1831 Fällen
5d Seite 16	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: $\leq 4,20\%$ Auffälligkeit: $\geq 8,30\%$ Ø in Hessen: 6,55 %	6,55 % [4,51 ; 9,42] 26 / 397 Fällen	9,12 % [6,3 ; 13,03] 26 / 285 Fällen
6 Seite 17	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 31,40\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,00\%$ Ø in Hessen: 25,49 %	25,49 % [23,65 ; 27,42] 522 / 2048 Fällen	24,19 % [22,37 ; 26,11] 487 / 2013 Fällen
7 Seite 18	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 47,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 29,90\%$ Ø in Hessen: 38,67 %	38,67 % [35,36 ; 42,1] 309 / 799 Fällen	38,29 % [35,06 ; 41,62] 322 / 841 Fällen
8 Seite 19	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 13,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,00\%$ Ø in Hessen: 9,60 %	9,60 % [7,28 ; 12,57] 46 / 479 Fällen	10,88 % [8,28 ; 14,17] 47 / 432 Fällen
9 Seite 20	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 100,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 97,00\%$ Ø in Hessen: 98,38 %	98,38 [96,27 ; 99,31] 304 / 309 Fällen	96,79 [93,52 ; 98,44] 211 / 218 Fällen
10 Seite 21	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,10\%$ Ø in Hessen: 1,70 %	1,70 % [1,24 ; 2,32] 38 / 2238 Fällen	1,51 % [1,08 ; 2,1] 34 / 2250 Fällen
10a Seite 22	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 2,50\%$ Ø in Hessen: 1,23 %	1,23 % [0,8 ; 1,87] 21 / 1710 Fällen	1,05 % [0,67 ; 1,63] 19 / 1815 Fällen
10b Seite 23	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 5,10\%$ Ø in Hessen: 3,22 %	3,22 % [2,02 ; 5,1] 17 / 528 Fällen	3,45 % [77,05 ; 78,99] 15 / 435 Fällen



Spezifikation

- Einführung gekürzter Basisdatensätze ab dem Erfassungsjahr 2023

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden


Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen

Datensatz Schlaganfall Frührehabilitation Hessen
SA_FRUEHREHA_HE (Spezifikation 2023 V01)

Basisdatensatz		15	Voraufenthalt/e in der Klinik <input type="checkbox"/>
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.			0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt
1-18 Basisdokumentation		16	Vorzeitiger Abschluss des Falles <input type="checkbox"/>
1	Institutionskennzeichen □□□□□□□□		1 = ja
2	Entlassender Standort □□□□□□□□	Wenn Feld 16=1	
3	Betriebsstätten-Nummer □□	17>	Erläuterung zum Grund für MDS Textfeld 255 Zeichen
4	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de □□□□	18	Entlassungsdatum Phase B TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
5	Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□□□□□	19	Entlassungs-/Verlegungsstatus <input type="checkbox"/>
6	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□		1 = nach Hause - selbstständig 2 = nach Hause - mit Laienunterstützung 3 = nach Hause - mit professioneller Hilfe 4 = stationäre Reha 5 = Akutklinik 6 = Pflegeheim 7 = verstorben
7	Geschlecht <input type="checkbox"/>		
	1 = männlich 2 = weiblich 8 = divers 9 = unbestimmt		
8	Postleitzahl □□□□□		

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassung

- Stabilität der Fallzahlen während der Covid-19-Pandemie
- Gemeinsame Veranstaltung im Juli 2022 mit allen Vertreter*innen aus allen teilnehmenden Einrichtungen in Hessen
- Seit 2022 zusätzlich quartalsweise Auswertungen

Ausblick

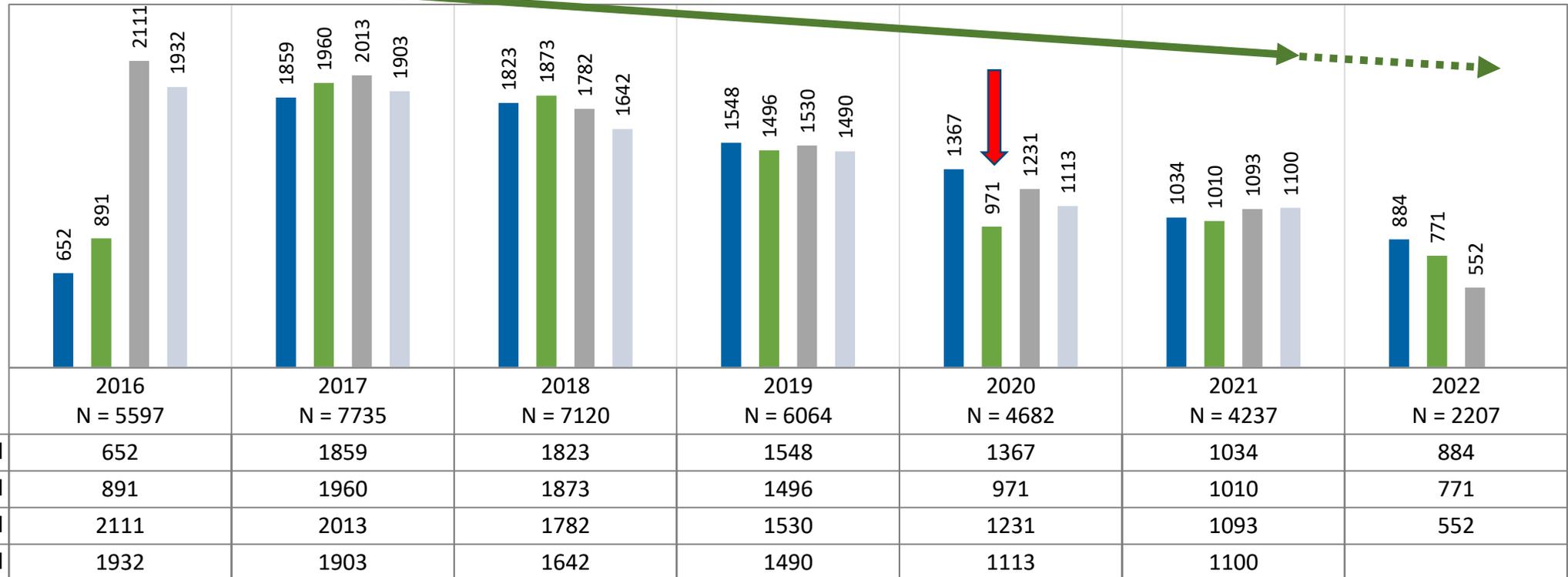
- Freiwillige Datenvalidierungen in zwei hessischen Kliniken im Frühjahr 2023
- **Ziel: Etablierung von Qualitätsindikatoren und eines Strukturierten Dialogs**



MRE-Projekt Hessen

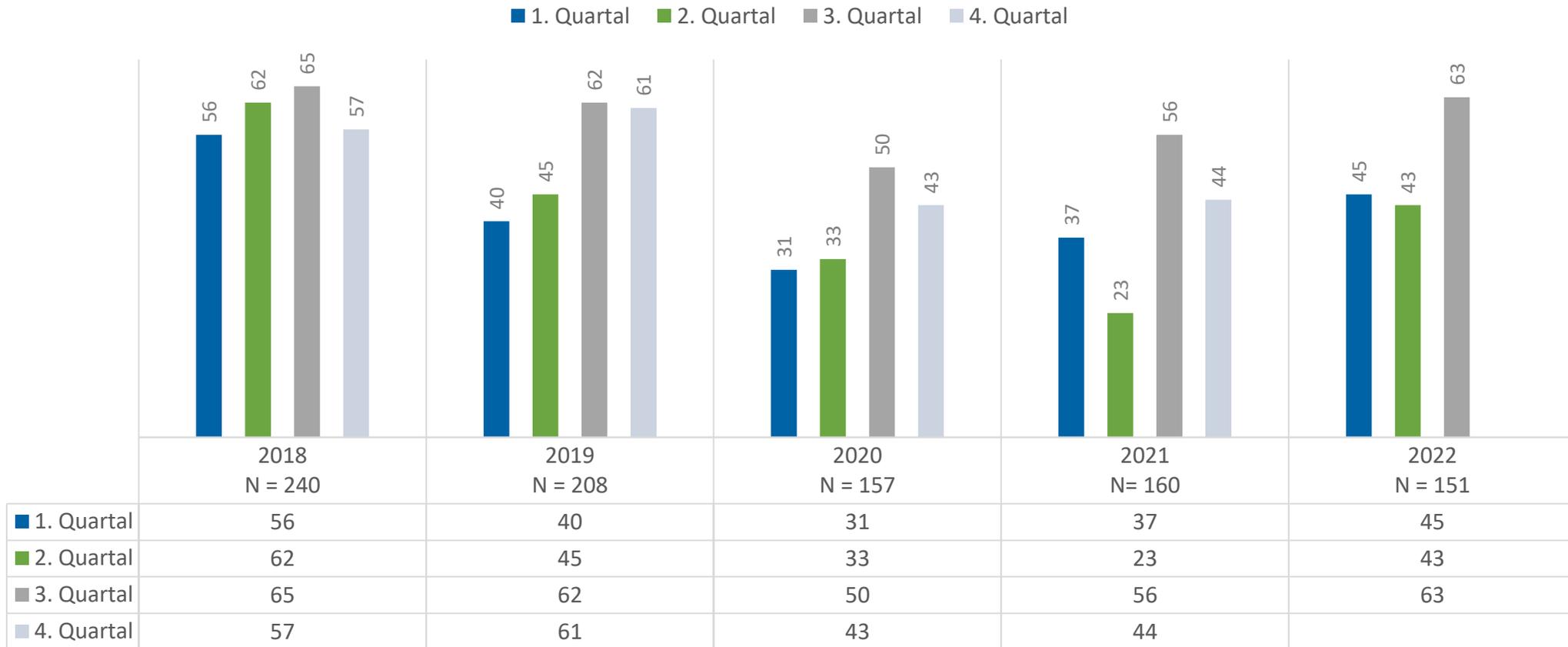
Ergebnisse – Fallzahlen MRSA

■ 1. Quartal ■ 2. Quartal ■ 3. Quartal ■ 4. Quartal



ICD-Kode: U80.00!

Ergebnisse – Fallzahlen 4MRGN



ICD-Kodes: U81.41!
U81.51!

Ergebnisse Erfassungsjahr 2021 – Prozessindikatoren

**Erfassungsjahr
2021**

**Erfassungsjahr
2020**

Kennzahl

Siehe Seite **Indikatoren zu Ergebnissen**

Referenzwerte

Kennzahlen 2, 3a, 3b und 4: Prozessorientierte Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)

2 Seite 4	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 70,00 % in Hessen: 94,25 %	
3a Seite 5	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 0 Fälle	
3b Seite 6	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 8 Fälle	
4 Seite 7	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Ziel: ≥= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % in Hessen: 95,46 %	

93,75 % [92,51 ; 94,8]
1621 / 1729 Fällen

2 Fälle

32 Fälle

96,19 % [95,55 ; 96,74]
3813 / 3964 Fällen

94,36 % [93,25 ; 95,3]
1858 / 1969 Fällen

7 Fälle

1,48 % [1,06 ; 2,06]
34 / 2304 Fällen

96,19 % [95,59 ; 96,72]
4246 / 4414 Fällen

Ergebnisse Erfassungsjahr 2021 – Inzidenzindikator MRSA

Kennzahl
Siehe Seite: **Indikatoren zu Ergebnissen**

Referenzwerte

Kennzahlen 1, 1a, 1b und 1c: Inzidenz-Indikatoren zu MRSA			
1 Seite 8	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d.	
		Auffälligkeit: > 0,13	
		Ø in Hessen: 0,00	
1a Seite 9	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d.	
		Auffälligkeit: > 0,05	
		Ø in Hessen: 0,00	
1b Seite 10	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d.	
		Auffälligkeit: > 0,02	
		Ø in Hessen: 0,00	
1c Seite 11	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d.	
		Auffälligkeit: > 0,03	
		Ø in Hessen: 0,00	

**Erfassungsjahr
2021**

**Erfassungsjahr
2020**

0,06 [0,05 ; 0,06]
420 Fälle / 7213533 Tage
0,02 [0,01 ; 0,02]
119Fälle / 7213533 Tage
0,01 [0,01 ; 0,01]
69Fälle / 7213533 Tage
0,01 [0,01 ; 0,01]
70Fälle / 7213533 Tage

0,07 [0,06 ; 0,07]
474 Fälle / 7276954 Tage
0,02 [0,01 ; 0,02]
124Fälle / 7276954 Tage
0,01 [0,01 ; 0,02]
94Fälle / 7276954 Tage
0,01 [0,01 ; 0,01]
61Fälle / 7276954 Tage

Ergebnisse Erfassungsjahr 2021

Inzidenzindikator MRSA

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage

Kennzahl: MRE - 1

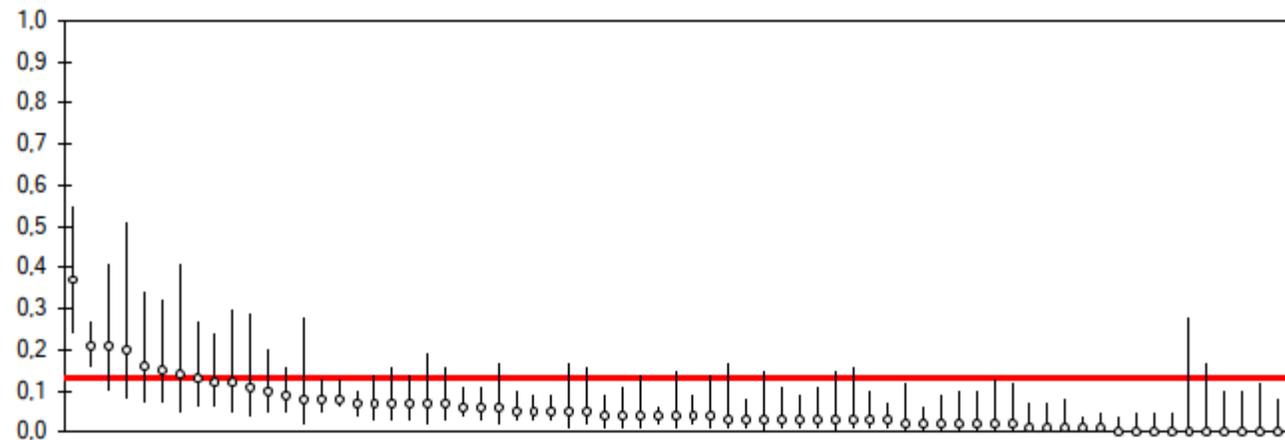
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter ≥ 1 Jahr
 - davon alle Patienten, bei denen MRSA im Verlauf des stationären Aufenthaltes nachgewiesen ist

Vertrauensbereich

Q1/2021-Q4/2021

N	Rate
7213 533	
420	0,06

95. CI
0,05 ; 0,06



Verteilung der
Kliniken

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,00	0,00	0,02	0,04	0,06	0,07	0,13	0,37

Meldung der Belegungstage 2022



- Zur Berechnung der Inzidenzindikatoren übermitteln die Leistungserbringer bis 28.02.2023 die Belegungstage 2022 (Korrekturfrist: 15.03.2023)
- Abfragezeitraum: **alle in 2022 entlassenen Patient*innen (inklusive Überlieger)**
- Exceldatei auf der Homepage der LAGQH
- Meldung an Frau Schultheiß (lschultheiss@lagqh.de) per Mail

Ergebnisse Erfassungsjahr 2021

Inzidenzindikatoren 4MRGN

**Erfassungsjahr
2021**

**Erfassungsjahr
2020**

Kennzahlen 5, 5a, 5b und 5c: Inzidenz-Indikatoren zu 4MRGN			
5 Seite 12	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	
5a Seite 12	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	
5b Seite 12	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	
5c Seite 12	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	
6 Seite 13	Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 3 Fälle	

0,01 [0 ; 0,01] 44 Fälle / 7213533 Tage
0,00 [0 ; 0] 20 Fälle / 7213533 Tage
0,00 [0 ; 0] 10 Fälle / 7213533 Tage
0,00 [0 ; 0] 4 Fälle / 7213533 Tage
13 Fälle

0,00 [0 ; 0,01] 29 Fälle / 7276954 Tage
0,00 [0 ; 0] 13 Fälle / 7276954 Tage
0,00 [0 ; 0] 6 Fälle / 7276954 Tage
0,00 [0 ; 0] 2 Fälle / 7276954 Tage

Ergebnisse 1. bis 3. Quartal 2022 - Prozessindikatoren I

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen		
2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Q3/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,12 %	Ergebnis 94,12 %	Intervall [90 ; 96,6]	Fälle 192 / 204
		Q2/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 93,67 %	Ergebnis 93,67 %	Intervall [90,32 ; 95,91]	Fälle 281 / 300
		Q1/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,86 %	Ergebnis 94,86 %	Intervall [91,93 ; 96,77]	Fälle 314 / 331
		Q4/2021	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,25 %	Ergebnis 94,25 %	Intervall [91,71 ; 96,04]	Fälle 426 / 452
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,25 %	Ergebnis 94,25 %	Intervall [92,46 ; 95,64]	Fälle 787 / 835
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Q3/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 94,77 %	Ergebnis 94,77 %	Intervall [92,64 ; 96,31]	Fälle 544 / 574
		Q2/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,56 %	Ergebnis 95,56 %	Intervall [93,84 ; 96,82]	Fälle 711 / 744
		Q1/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 96,22 %	Ergebnis 96,22 %	Intervall [94,72 ; 97,31]	Fälle 815 / 847
		Q4/2021	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,46 %	Ergebnis 95,46 %	Intervall [94,02 ; 96,57]	Fälle 989 / 1036
		Jahr 2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,61 %	Ergebnis 95,61 %	Intervall [94,67 ; 96,4]	Fälle 2070 / 2165

Ergebnisse 1. bis 3. Quartal 2022 - Prozessindikatoren II



Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte		Hessen			
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Q3/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 0			Fälle 0
		Q2/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 2			Fälle 2
		Q1/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 2			Fälle 2
		Q4/2021		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 0			Fälle 0
		Jahr 2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 4			Fälle 4
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Q3/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9			Fälle 9
		Q2/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 8			Fälle 8
		Q1/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 11			Fälle 11
		Q4/2021		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 8			Fälle 8
		Jahr 2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 28			Fälle 28

Spezifikation

- Einbeziehung der seit 2022 zusätzlich erhobenen Risikofaktoren in die Berechnung des Inzidenzindikators

1c Seite 11	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18.1 - 18.5	Risikofaktoren
18.1	Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
18.2	OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
18.3	Behandlung auf Intensivstation 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
18.4	Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
18.5	Weaning 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

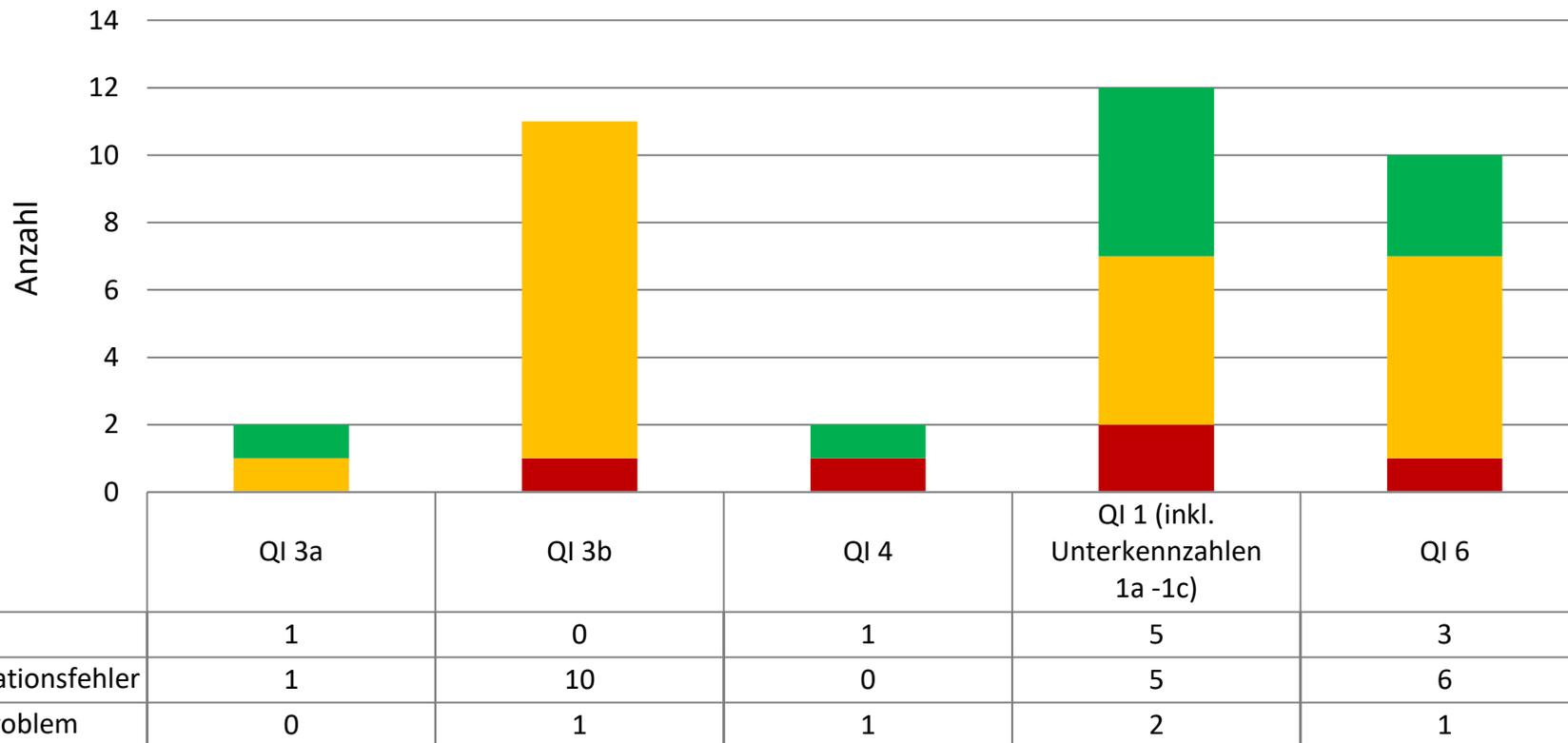


Strukturierter Dialog – Übersicht 2021

1. bis 4. Quartal 2021 – Bewertungen im Strukturierten Dialog

37 angeforderte Stellungnahmen:

- 5 Qualitätsmängel
- 22 Dokumentationsmängel
- 2 Kollegiale Gespräche zur weiteren Klärung



Strukturierter Dialog - Gesamtübersicht

	2016	1Q2017	2Q2017	3Q2017	4Q2017 EJ2017	1Q2018	2Q2018	3Q2018	4Q2018 EJ2018	1Q2019	2Q2019	3Q2019	4Q2019 EJ2019	1+2Q 2020	3+4Q2020 EJ2020	1+2Q 2021	3+4Q2021 EJ2021		
QI 1	-	-	-	-	3 1	-	-	-	8 6 KG	-	-	-	8 4 2 KG	-	5+2KG 4	-	5+2KG 1		
QI 1a	-	-	-	-	1 1	-	-	-	10 10	-	-	-	4 4	-	5 3 2	-	2 2		
QI 1b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 3 1	-	-		
QI 1c	-	-	-	-	4 1 3	-	-	-	7 6 KG	-	-	-	5 4 1	-	7 4 2 1	-	5 1 3		
QI 1d	-	-	-	-	6 3 1 2	Indikator entfallen													
QI 2	-	-	8 7 1	9 4 2	3 9 5	1 9 2	2 4 1	1 5 1	2 3 1	3 1 1	1 1 1	1 1 1	-	1 1 1	4 4 6	2 3 1	1 2 1	-	-
QI 3a	-	-	1 1 1	1 1 1	6 5 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	3** 1 2	4 1 3	2 1 1	2 1 1	1 1 1
QI 3b	-	-	1 1 1	2 1 1	2 1 1	7 4 3	5 2 1	3 3 1	3 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	2 2 2	2 2 3	2 1 1	11**	1 10 1	
QI 4	8 5 3	12 8 3	4 2 1	1 KG 3*	3 10 3	5 10 3	6 5 2	1 2 2	2 1 1	1 1 1	3 2 1	4 2 2	4 4 KG	6 4 2	4 6+1KG 3	4 1 3	1 1 1	1 1 1	
QI 5	-	-	-	-	-	-	-	-	30 30	-	-	-	-	-	22 Fragebogen	-	-		
QI 6	-																10	1 6 3	

- Qualitätsproblem
- Hinweis
- Dokumentationsfehler
- Unauffällig

** Änderung in Sentinel Event
 * Referenzbereich wurde von 80% auf 90% angehoben
 KG = Kollegiales Gespräch

Weiterentwicklung des Verfahrens

- **Empfehlungskatalog** aus den bisherigen Erfahrungen des Strukturierten Dialogs für die Kliniken
- Hinweise und Informationen zu den Themen:
 - Stellungnahmen im Strukturierten Dialog
 - Klinikinterne QS-Dokumentation
 - Informationsweitergabe an Weiterbehandelnde

} Administrative Aspekte

 - Handlungsempfehlungen bei vorliegenden Risikofaktoren
 - Hinweise zum Thema Dekolonisierung
 - Antibiotikatherapie und MRE

} Empfehlungen für den klinischen Alltag

Weiterentwicklung des Verfahrens

- **Erneute Strukturhebung**
- **Inhalte 2016 und 2019**
 - Allgemeine Strukturen
 - vollstationäre Fälle
 - Betten
 - Organisationsstruktur/Hygienemanagement
 - Hygienekommission
 - Hygienepläne
 - Personelle Strukturen
 - Hygieneschulungen
 - Surveillance nosokomialer Infektionen/(multi-)resistenter Erreger
 - Screening
 - Hygienemanagement bei Erregernachweis
 - Antibiotika

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!