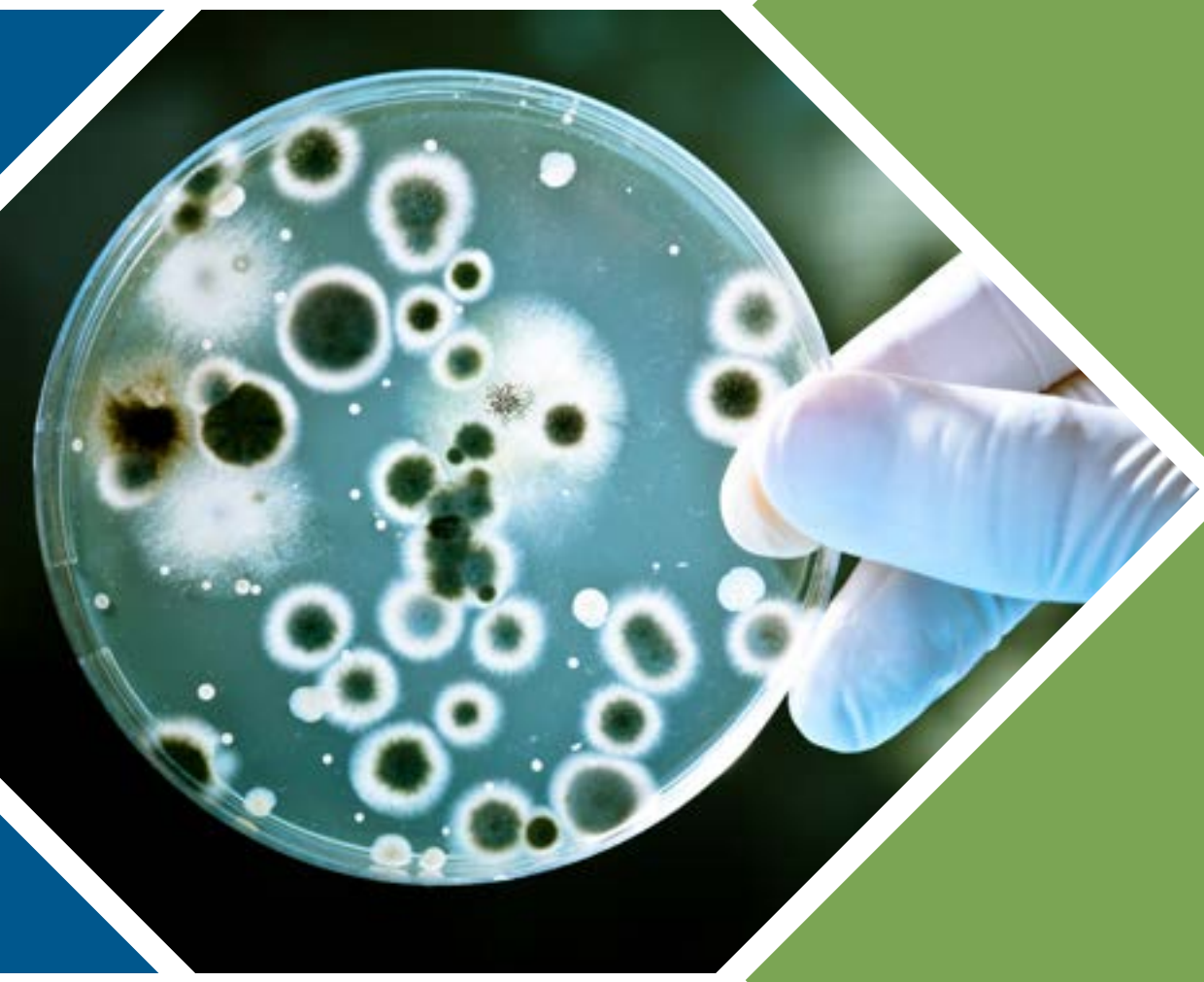
3. Zwischenbericht
MRE-Projekt Hessen



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.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 2

1. Ausgangslage 4

2. Erhebungsinstrumente und einbezogene Fälle 4

3. Kennzahlen 6

4. Basis- und Kennzahlen-Auswertung 8

5. Strukturierter Dialog 11

6. Datenvalidierung 15

7. Strukturerhebung 16

8. Fortführung und Ausblick 20

Appendix 21

Anlagenverzeichnis 27

Abkürzungsverzeichnis 128

Zusammenfassung

Am 1. Oktober 2015 trat die Vereinbarung zur „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE“ zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft, den Verbänden der Krankenkassen in Hessen und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration in Kraft. In Zusammenarbeit mit dem Expertengremium und dem Fachausschuss wurden die entwickelten Instrumente zu einer fallbezogenen Datenerhebung kontinuierlich weiterentwickelt. Seit dem Erfassungsjahr (EJ) 2018 werden im Rahmen des Projekts zusätzlich zu den MRSA-Keimen auch zwei Keime aus dem Keimspektrum der multiresistenten gramnegativen Stäbchen mit Resistenz gegen vier Antibiotikagruppen in die Auswertungsroutine einbezogen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der gramnegativen Erreger für das Projektthema soll das Keimspektrum ab dem EJ 2025 um einen weiteren Keim dieses Spektrums erweitert werden.

Zu beiden Keimgruppen werden, in Bezug zu den von den hessischen Kliniken gemeldeten Belegungstagen, jährlich ratenbasierte Inzidenzkennzahlen zu den nosokomialen Fällen berechnet. Darüber hinaus werden quartalsweise Prozesskennzahlen zu den Themenbereichen Dekolonisierung (nur bei MRSA), Isolierung und Informationsweitergabe nach stationärem Behandlungsabschluss ausgewertet. Die Ergebnisse bestätigen ein grundsätzlich gut etabliertes Hygienemanagement in den Krankenhäusern. So kann unter anderem als Erfolg des Projekts gewertet werden, dass in 96 % der einbezogenen Krankenhausfälle eine leitliniengerechte Versorgung hinsichtlich des Umgangs mit multiresistenten Erregern stattgefunden hat. Es zeigen sich jedoch auch Abweichungen an einzelnen Standorten. Die Auswertungen haben ebenfalls gezeigt, dass zwischen den MRSA- und 4MRGN-Keimen Unterschiede in Bezug auf die Aussagefähigkeit zur Abgrenzung zwischen nosokomialem und nicht-nosokomialem Keimerwerb bestehen. Gerade die Antibiotikabehandlung bzw. Vorbehandlung mit Antibiotika beeinflusst die Keimentwicklung durch Selektionsphänomene im 4MRGN-Spektrum nachweislich. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konnte ab 2021 eine weitere Kennzahl in Bezug auf die Inzidenz nosokomialer 4MRGN-Keime in die Auswertungsroutine aufgenommen werden. Diese ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen einem im Behandlungsverlauf aufgetretenen Keimbefund und einer etwaigen antibiotischen Vorbehandlung in der Auswertung abzubilden.

Der Strukturierte Dialog wird für die vier Prozesskennzahlen quartalsweise, für die Inzidenzkennzahlen einmal jährlich geführt. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine abnehmende Zahl rechnerischer Auffälligkeiten und damit auch der Strukturierten Dialoge. Die zeitnahe Durchführung des Strukturierten Dialogs mit den Kliniken wirkt sich nachweislich positiv auf die Struktur- und Prozessqualität in den Kliniken aus. Die Auswertungen der Stellungnahmen zeigen jedoch auch, dass in den einbezogenen Krankenhäusern häufiger Mängel in Struktur- und/oder Prozessqualität zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt haben. Der Fachausschuss kann so zeitnah Empfehlungen zur Verbesserung geben und die Wirksamkeit der Maßnahmen in der Folge evaluieren.

Über den schriftlichen Strukturierten Dialog hinaus wurden im Rahmen des Projekts in den Jahren 2020 bis 2023 mit sieben auffällig gewordenen Kliniken Kollegiale Gespräche geführt. Im direkten Gespräch der Klinikvertreter mit den Mitgliedern des Fachausschusses konnte gemeinsam die zugrunde liegende Problematik eruiert werden. In gemeinsam festgelegten Zielvereinbarungen wurde ein individuelles Maßnahmenpaket erarbeitet, das in den Kliniken umgesetzt wird und anhand der Ergebnisse der Folgeauswertungen einer ständigen Evaluation unterliegt. In allen Fällen konnten die Ergebnisse in den betreffenden Kennzahlen in der Folge verbessert werden.

Zur Überprüfung der Validiatät der Ergebnisse der im Jahr 2020 erstmalig berechneten Qualitätskennzahl 6: „nosokomiale 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist“ wurden alle Kliniken, die hierzu Daten geliefert haben, mit einem standardisierten Fragebogen zur Aufbereitung der relevanten Fälle aufgefordert. Die Datenvalidierung konnte die Validität der Kennzahl bestätigen, so dass diese ab dem Jahr 2021 in den Strukturierten Dialog aufgenommen werden konnte.
Darüber hinaus wurde zur Prüfung der Daten aus dem EJ 2021 eine Stichprobenprüfung von insgesamt 15

Akten in einer neurologischen Frührehabilitationsklinik auf freiwilliger Basis durchgeführt. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse sind in die Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente eingeflossen.

Zum EJ 2024 ist der Erhebungsbogen strukturell so angepasst worden, dass die gemeldeten MRSA-Keime und jene aus dem Keimspektrum der 4MRGN-Keime getrennt voneinander in sogenannten Teildatensätzen von den Kliniken dokumentiert werden. Dieses Vorgehen schafft die technischen Voraussetzungen zur differenzierteren Darstellung der Vollzähligkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten, als Grundlage für zukünftige Datenvalidierungen.

Im Herbst 2023 führte die LAGQH in allen hessischen Kliniken eine dritte Strukturerhebung durch. Die Erhebung gibt einen Überblick darüber, inwieweit die Anforderungen der hessischen Hygieneverordnung in den Krankenhäusern umgesetzt werden konnten. Darüber hinaus liefert die Erhebung einen Überblick zur Etablierung klinikinterner Strukturen des Antibiotikamanagements und der Umsetzung des Antibiotic Stewardship. Der Vergleich mit den beiden Vorerhebungen bietet einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der krankenhausinternen Hygienestrukturen und die Anpassungsfähigkeit an das dynamische Geschehen im Zusammenhang mit multiresistenten Erregern. Nach finaler Auswertung der Daten haben die teilnehmenden Kliniken ihre entsprechende Auswertung erhalten.

Die vorliegenden Ergebnisse veranschaulichen die bisher erreichten Erfolge des Projektes. Die durch die vielfältigen Projektaktivitäten erarbeiteten neuen Fragestellungen und die Bedeutung der multiresistenten Erreger als „schleichende Pandemie“ zeigen jedoch auch deutlich den Bedarf an weiterer Grundlagenarbeit in diesem sehr dynamischen Themengebiet und untermauern damit die Argumentation für eine Fortführung des Projekts aus Sicht aller Beteiligten.

1. Ausgangslage

Am 01.10.2015 trat eine Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und dem Land Hessen, vertreten durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, in Kraft. Ziel dieser Vereinbarung ist die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme mit dem Titel: „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE". Für die Organisation und Durchführung ist zunächst die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) verantwortlich. Alle hessischen Krankenhäuser, exklusive psychiatrisch und/oder psychosomatisch eigenständiger Klinikstandorte, nehmen an der Qualitätssicherungsmaßnahme teil.

Die ursprünglich bis zum 30.06.2018 vereinbarte Laufzeit der Vereinbarung wurde zunächst mit dem ersten Nachtrag zur Vereinbarung vom 04.10.2017 bis zum 30.06.2021 verlängert. Die positiven Entwicklungen und Ergebnisse des Projektes mündeten in eine weitere Verlängerung der Projektlaufzeit bis zum 30.06.2026. Ab dem 01.01.2022 geht die Durchführungsverantwortung von der GQH in die eigenständige Nachfolgeorganisation der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) über (Anlage 1).

Der vorliegende Zwischenbericht enthält alle Ergebnisse, die in der Zeit seit dem letzten Zwischenbericht aus dem Jahr 2020 bis dato zum MRE-Projekt Hessen zur Verfügung stehen. Er soll den Vertragspartnern und der Öffentlichkeit als Übersicht zu den Projektentwicklungen dienen 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.

2. Erhebungsinstrumente und Fälle

Wie in § 3 der Vereinbarung festgehalten, hat das Expertengremium die für das Projekt notwendigen Instrumente für eine fallbezogene Erhebung entwickelt. Die technische Spezifikation zum Projekt - Dokumentationsbogen und Ausfüllhinweise sowie der QS-Filter - für das MRE-Projekt Hessen werden von einem externen Dienstleister in eine elektronisch verwertbare Form gebracht, so dass Softwareanbieter diese für die Umsetzung der Dokumentationssoftware in den Kliniken nutzen können.

Der Dokumentationsbogen zur Erhebung der MRSA-Fälle in hessischen Krankenhäusern enthält, neben relevanten Fallinformationen, die aus dem Krankenhausinformationssystem übernommen werden, Felder zur inhaltlichen Abbildung des ausgelösten MRE-Falles (nosokomial oder nicht nosokomial), zur Ausprägung (Kolonisation oder Infektion) und zum stationären Verlauf (Dekolonisierung, Isolierung, Risikofaktoren und Entlassungsmanagement). Die Ausfüllhinweise enthalten Erläuterungen und Beispiele, die helfen sollen, den Bogen von allen teilnehmenden Krankenhäusern einheitlich und korrekt auszufüllen. Der QS-Filter definiert die Grundgesamtheit des Qualitätssicherungsverfahrens. Er beinhaltet konkret wann der Dokumentationsbogen in der Software des Krankenhauses ausgelöst wird und die damit einhergehende Dokumentationspflicht des Falles. Die Bedingung zur Dokumentation eines Falles ist hier die Diagnose U80.00! (gemäß ICD-10-GM-Version 2023) und ein Alter am Aufnahmetag ≥ 1 Jahr. Demnach sind im Rahmen der Qualitätssicherung alle MRSA-Fälle zu erfassen, die in hessischen Krankenhäusern mit dieser Diagnose kodiert werden. Ausgenommen von der allgemeinen Dokumentationspflicht sind psychiatrisch und/oder psychosomatisch eigenständige Kliniken.

Vor allem die Ausweitung des relevanten Keimspektrums über die vormals vorrangig im Fokus befindlichen Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin (U80.00!) hin zur Gruppe der gramnegativen Erreger mit Multiresistenz 4MRGN hat das Expertengremium bewogen, ab dem Erfassungsjahr 2017 das beleuchtete Keimspektrum um zwei Erreger aus der Gruppe der 4MRGN-Keime zu erweitern. Inhalte und Aufbau des neuen Bogens orientieren sich am bereits etablierten Erhebungsbogen aus dem Bereich MRSA. Da eine Dekolonisierung bei 4MRGN-Keimen

nicht möglich ist, entfällt dieser Themenblock im Dokumentationsbogen entsprechend.

Die Dokumentationspflicht besteht in den hessischen Kliniken für alle Fälle mit den kodierten ICD-Diagnosen U81.41! - Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN und U81.51! - Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN (gemäß ICD-10-GM-Version 2023) bei einem Aufnahmealter ≥ 1 Jahr.

Im Erfassungsjahr 2020 werden an beiden Erhebungsbögen leichte Anpassungen vorgenommen. Bei der Abfrage des MRSA-Status wird eine weitere Ausdifferenzierung des zugrunde liegenden Befundmaterials ergänzt.

Des Weiteren wird die Abfrage des Zeitpunkts des ersten Keimnachweises im Erhebungsinstrument zu den 4MRGN-Keimen aktualisiert, da der Zeitpunkt der Nosokomialität hier nicht eindeutig definierbar erscheint. Die Abfrage des konkreten Datums bietet die Möglichkeit weitere Erkenntnisse über mögliche Besonderheiten zu gewinnen und Rückschlüsse für das weitere Vorgehen in der Behandlung abzuleiten. Ebenfalls ergänzt wird die Abfrage einer stattgefundenen antibiotischen Vorbehandlung zur Abbildbarkeit weiterer Risikofaktoren.

Die Abfrage der durch multiresistente Erreger verursachten Infektionsart erfolgt pro Organ- und Weichteilkategorie und nicht wie bisher pro konkret vorliegender Erkrankung. Dies soll eine bessere Zuordnung der Fälle ermöglichen. Diese Änderung betrifft beide oben beschriebenen Erhebungsinstrumente.

Ab dem Erfassungsjahr 2022 wird der Erhebungsbogen für alle abgefragten Erreger um zwei relevante Risikofaktoren ergänzt. Zusätzlich zur Abfrage eines durchgeführten Organersatzverfahrens, einer im Verlauf des Aufenthaltes und vor Keimbefund stattgefundenen Operation und der intensivmedizinischen Behandlung während des Aufenthaltes, werden die relevanten Faktoren der Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation und einer durchgeführten Beatmungsentwöhnung (Weaning) ergänzt.

Um die bestehende methodische Sollstatistik auszubauen und die Vollzähligkeit der gelieferten Daten zukünftig differenziert pro Keimspektrum MRSA und 4MRGN detailliert abbilden zu können, wird der Dokumentationsbogen ab dem Erfassungsjahr 2024 strukturell angepasst und technisch in einen Basis- und zwei Teildatensätze aufgesplittet.

Die aktuellen Dokumentationsbögen, die Ausfüllhinweise und der QS-Filter sind den Anlagen 2, 3 und 4 zu entnehmen.

3. Kennzahlen

Im MRE-Projekt Hessen sind gemeinsam mit dem Expertengremium verschiedene Kennzahlen zur Qualitätsmessung entwickelt worden, die im Folgenden vorgestellt werden sollen.

Für die MRSA-Keime steht als wesentlicher Indikator die Inzidenz der Gesamtfälle pro Klinik zur Auswertung zur Verfügung. Dieser ist mit drei Unterkennzahlen, die eine weitere Detailauswertung ermöglichen, wie folgt definiert:

- ✓ **Kennzahl 1:**
  Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 1a:**
  Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 1b:**
  Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 1c:**
  Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage

Für die Kennzahlen 1 sowie die Unterkennzahlen 1a – 1c werden Inzidenzdichten bzw. Inzidenzraten berechnet. Mit ihnen soll identifiziert werden, ob in den Krankenhäusern Qualitätsdefizite im Hinblick auf Hygienestrukturen und/oder -prozesse bestehen. Zur Berechnung der Inzidenzdichten ist es notwendig, die absoluten MRSA-Fallzahlen mit den Belegungstagen aller in diesem Zeitraum vollstationär behandelten Patient*innen mit einem Alter ≥ 1 Jahr in Verbindung zu bringen. Die Berechnung der Inzidenzraten erfolgt durch die LAGQH auf Grundlage der jährlich durch die hessischen Kliniken übermittelten Belegungstage ihrer Standorte. Der Referenzwert für die Kennzahl 1 und die drei definierten Unterkennzahlen wurde durch das Expertengremium auf die 90. Perzentile festgelegt.

Unterjährig werden darüber hinaus quartalsweise nosokomiale Fälle als absolute Fallzahlen dargestellt.

Für die seit dem Jahr 2018 erhobenen 4MRGN-Keime werden ebenfalls Kennzahlen zur Inzidenz der Fälle berechnet. Diese sind analog zur Systematik der MRSA-Fälle als Kennzahl 5 und Unterkennzahlen 5a – 5c definiert:

- ✓ **Kennzahl 5:**
  Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 5a:**
  Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 5b:**
  Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage
- ✓ **Kennzahl 5c:**
  Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage

Entsprechend des Vorgehens bei den Inzidenzen zu den nosokomialen MRSA-Fällen werden auch hier die Gesamtbelegungstage der hessischen Krankenhäuser jährlich an die LAGQH zur Berechnung der Inzidenzrate übermittelt. Die Ausweisung der reinen Fallzahlen erfolgt zur Orientierung für die Kliniken darüber hinaus ebenfalls quartalsweise.

Zu diesen Inzidenzen wurde im ersten Erfassungsjahr 2018 eine Bewertung als Sentinel Event durch das Expertengremium beschlossen, um durch die Einzelfallbetrachtung im Rahmen des Strukturierten Dialogs möglichst viele Informationen über das Themengebiet zu erhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eindeutigkeit des nosokomialen Keimerwerbs bei der Betrachtung der 4MRGN-Keime anders als bei den MRSA-Keimen nicht gegeben ist, so dass ab dem Erfassungsjahr 2019 keine Referenzwerte für diese Kennzahlen festgelegt wurden.

Darüber hinaus zeigen die gewonnen Erkenntnisse, dass bei Patient*innen mit einer Kolonisation/Infektion mit einem in das Verfahren einbezogenen 4MRGN-Keim häufig eine antibiotische Vorbehandlung stattgefunden hat. Aus dieser Erkenntnis heraus hat das Expertengremium ab dem Erfassungsjahr 2020 die Aufnahme einer weiteren Inzidenzkennzahl 6 in das Verfahren beschlossen.

- ✓ **Kennzahl 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.

Zu dieser Kennzahl wird nach Abschluss des ersten Erfassungsjahres 2020 bei allen hessischen Kliniken mit gemeldeten Fällen eine Datenvalidierung und Evaluation der Daten mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen den Einfluss einer Vorantibiose als Risikofaktor einer Keimselektion, so dass ab dem Erfassungsjahr 2021 eine Bewertung als Sentinel Event für diese Kennzahl durch das Expertengremium beschlossen wird.

Über die dargestellten Kennzahlen zur Inzidenz der MRSA und 4MRGN-Keime hinaus, werden weitere Kennzahlen zur Prozessbewertung berechnet, die der folgenden Auflistung entnommen werden können:

- ✓ **Kennzahl 2:**
  Anteil aller MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde
- ✓ **Kennzahl 3a:**
  Anteil aller nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden
- ✓ **Kennzahl 3b:**
  Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden
- ✓ **Kennzahl 4:**
  Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert

Diese Kennzahlen bilden die Einhaltung standardisierter Vorgehensweisen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes und im Rahmen des Entlassungsmanagements ab, die das Expertengremium als wesentliche Bestandteile eines fundierten Hygienemanagements ansieht. Sie geben damit über die Inzidenzrate hinaus einen wesentlichen Hinweis auf möglicherweise vorliegende Prozess- und/oder Strukturmängel im Hygienemanagement der hessischen Kliniken.

Die Kennzahl 2 wird für alle MRSA-Fälle, die drei anderen Kennzahlen für beide in das Verfahren einbezogenen Keimgruppen erhoben. Die Kennzahlen werden einmal pro Quartal berechnet und bieten so eine sehr zeitnahe Informationsquelle für alle Beteiligten.

Die Kennzahlen 2 und 4 werden ratenbasiert berechnet. Als Referenzwert für die Kennzahl 2 wurde durch das Expertengremium die 10. Perzentile festgelegt.

Für die Kennzahl 4 hat das Expertengremium feste Werte definiert. Der Zielwert liegt hier bei 95 %. Die Grenze zur Auffälligkeit wurde ab dem 4. Quartal 2017 durch das Expertengremium von 80 % auf 90 % geändert, um dem wesentlichen Behandlungsbestandteil der Informationsweitergabe im Sinne einer hohen Transparenz verstärkt Rechnung zu tragen.

Auch die beiden Kennzahlen 3a und 3b werden zunächst mit einem perzentilbasiertem Referenzwert berechnet. Dieser liegt bei der 90. Perzentile. Da die Isolierung kolonisierter bzw. infizierter Patient*innen als eine der wirkungsvollsten Maßnahmen zur Bekämpfung einer Infektionsausbreitung gilt, wird auf Beschluss des Expertengremiums ab dem Erfassungsjahr 2020 zunächst die Kennzahl 3a und ab 2021 auch die Kennzahl 3b in eine Bewertung als Sentinel Event überführt.

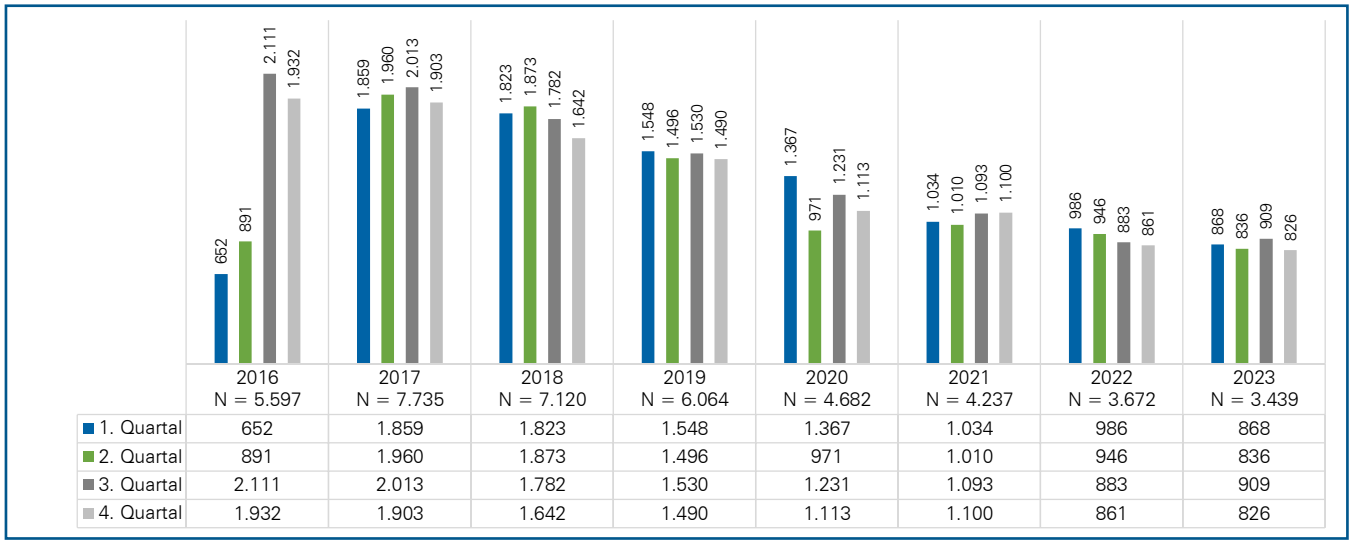
Liegen die Ergebnisse der hessischen Kliniken außerhalb der festgelegten Referenzbereiche, werden diese im Rahmen des Strukturierten Dialogs um Stellungnahme gebeten bzw. erhalten einen entsprechenden Hinweis. Nähere Ausführungen dazu sind dem Kapitel 5 zu entnehmen.

4. Basis- und Kennzahlen-Auswertung

Die Ergebnisse der Basisauswertungen zeigen insgesamt einen kontinuierlichen Rückgang der Fallzahlen aus dem MRSA-Keimspektrum. Hier lagen im ersten vollständigen Erfassungsjahr des Projektes 2017 noch 7.735 Datensätze aus den hessischen Krankenhäusern vor. Bereits im Jahr 2018 war ein Rückgang auf 7.120 Fälle zu verzeichnen, der sich im weiteren Verlauf bis zum letzten ausgewerteten Jahr 2023 fortsetzt (Abb. 4.1).

Weitere Angaben, die aus der MRSA-Basisauswertung zu entnehmen sind, beziehen sich auf das Verhältnis von nosokomialen zu nicht nosokomialen Fällen. Mit nosokomial ist hier ein erster Keimnachweis ab dem dritten Tag nach Krankenhausaufnahme definiert. Die Verteilung liegt bei ca. 10 % nosokomialer zu 90 % nicht-nosokomialer Fälle, bei denen der vorliegende Keimbefund entweder bereits bei Aufnahme bekannt war oder im Aufnahmescreening festgestellt wurde. Weitere Items beziehen sich auf die Verteilung der Aus-

Fallzahlentwicklung im Projektverlauf - MRSA



	2016 N = 5.597	2017 N = 7.735	2018 N = 7.120	2019 N = 6.064	2020 N = 4.682	2021 N = 4.237	2022 N = 3.672	2023 N = 3.439
1. Quartal	652	1.859	1.823	1.548	1.367	1.034	986	868
2. Quartal	891	1.960	1.873	1.496	971	1.010	946	836
3. Quartal	2.111	2.013	1.782	1.530	1.231	1.093	883	909
4. Quartal	1.932	1.903	1.642	1.490	1.113	1.100	861	826

Abb. 4.1 Fallzahlen MRSA - ICD-Code: U80.00! (EJ 2016 - 2023)

Ergebnisse MRSA

Basisauswertung MRSA (U80.00!)	2020	2021	2022	2023
Datensätze gesamt	4.682	4.237	3.672	3.439
Nosokomial	10,1 %	9,9 %	9,4 %	11,5 %
Nicht nosokomial	89,9 %	90,1 %	90,6 %	88,5 %
Davon bei Aufnahme bekannt	31,4 %	26,5 %	24,8 %	23,3 %
Davon im Aufnahmescreening festgestellt	63,6 %	67,4 %	67,1 %	68,3 %
Bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen	4,5 %	5,5 %	7,4 %	7,4 %
Asymptomatische Kolonisation	86,3 %	85,2 %	83,6 %	82,9 %
Dekolonisierung gesamt	90,7 %	91,2 %	92,2 %	91,5 %
Isolierung bei bekanntem Befund gesamt	98,0 %	97,8 %	97,2 %	97,1%

Tab. 4.1 Ergebnisse der Basisauswertungen 2020-2023

prägung von asymptomatischer Kolonisation im Verhältnis zu behandlungsbedürftiger Infektion. Hier zeigt sich eine leichte Zunahme der Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion von ca. 4 % in den Erfassungsjahren 2020 bis 2023. Die Werte zu durchgeführten Dekolonisierungen bei Keimbefall liegen bei über 90 % mit leicht steigender Tendenz und bei Isolierungsmaßnahmen bei durchgängig über 97 % und damit auf einem sehr hohen Niveau.

Eine Übersicht der genauen Zahlen seit dem letzten Zwischenbericht lässt sich der Tabelle 4.1 entnehmen.

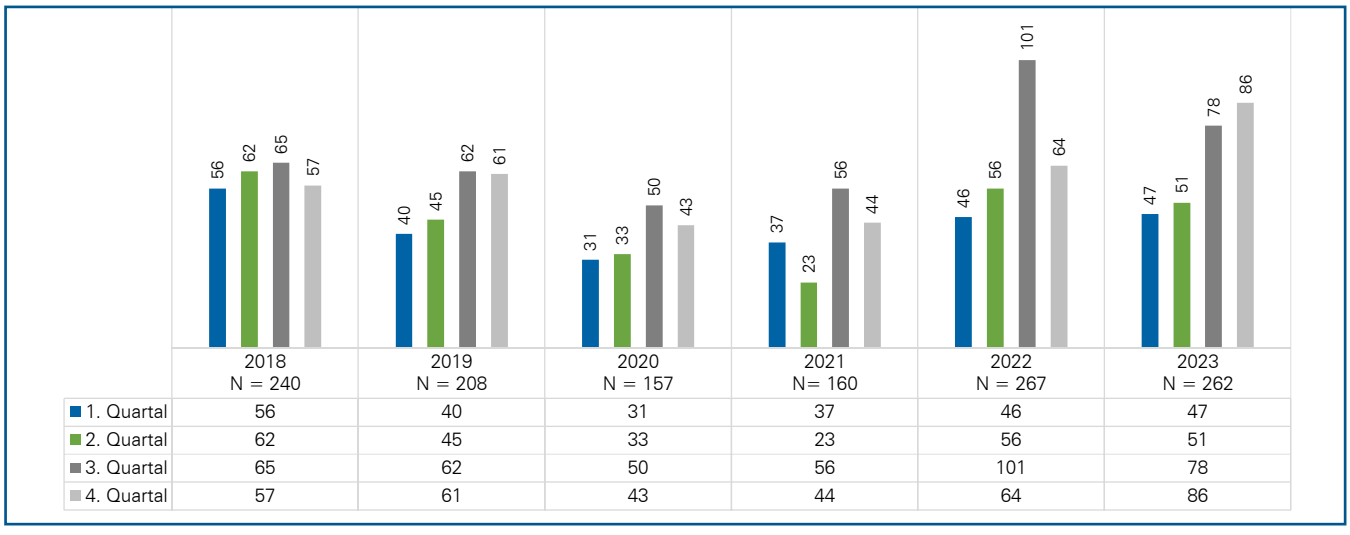
Zu den erhobenen 4MRGN-Keimen liegen die Ergebnisse seit den Erfassungsjahren 2018 vor. Die Fallzahlen sind hier insgesamt weitaus niedriger als bei den MRSA-Fällen. In den Auswertungsjahren 2021 und 2022 lag eine relativ konstante, aber deutlich geringere Fallzahl als in den ersten beiden Erhebungsjahren vor. Mutmaßlich sind für die zunächst rückläufigen Fallzahlen auch die im Rahmen der Covid-19-Pandemie rückläufigen stationären Gesamtfälle sowie eine verminderte Gesamtscreeningrate als ursächlich zu sehen. Diese These unterstützt auch die Beobachtung der seit 2022 wieder deutlich steigenden gemeldeten 4MRGN-Fälle. So ist im Jahr 2022 ein sprunghafter Anstieg der Fallzahl um ca. 60 % zum Vorjahr zu verzeichnen. Für diesen sehr deutlichen Anstieg vermutet das Expertengremium als mitursächlich das Kriegsgeschehen in der Ukraine und die damit verbundene hohe Zahl an Geflüchteten, die in das Patientenklientel der hessischen Krankenhäuser inkludiert sind. Diese Bevölkerungsgruppe ist häufig mit einem Keim aus der Gruppe der 4MRGN-Keime kolonisiert. Die weitere Entwicklung hierzu bleibt abzuwarten.

Eine detaillierte Aufstellung der Fallzahlentwicklung zu den erhobenen Keimen aus dem 4MRGN-Spektrum ist in der Abbildung 4.2 dargestellt.

Die Basisauswertungen zeigen, dass der Anteil der im Behandlungsverlauf festgestellten Keimnachweise mit Prozentanteilen von 18,5 – 29,2 deutlich höher liegt als bei den MRSA-Keimen. Wie bereits unter Kapitel 3 dargelegt, birgt eine innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund durchgeführte Vorantibiose ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Keimselektion, dies untermauern auch die mit zwischen 70,5 % und 78,2 % bestätigten Angaben dazu in den Basisauswertungen.

Auch in der Verteilung der Ausprägung einer vorliegenden Keimkolonisation im Verhältnis zu einer behandlungsbedürftigen Infektion zeigen sich deutliche Unterschiede zu den Daten der MRSA-Auswertung.
In ca. 25 % der Fälle ist eine Behandlung aufgrund einer vorliegenden Infektion notwendig. Bei ca. 75 % der Fälle handelt es sich um eine asymptomatische Kolonisation.

Fallzahlentwicklung im Projektverlauf - 4MRGN



	2018 N = 240	2019 N = 208	2020 N = 157	2021 N= 160	2022 N = 267	2023 N = 262
1. Quartal	56	40	31	37	46	47
2. Quartal	62	45	33	23	56	51
3. Quartal	65	62	50	56	101	78
4. Quartal	57	61	43	44	64	86

Abb. 4.2 Fallzahlen 4MRGN - ICD-Kodes: U81.41! / U81.51! (EJ 2018 - 2023)

Die Isolierungsquote zeigt mit über 94 % ähnlich wie bei den MRSA-Fällen ein sehr gutes Ergebnis.
Eine detaillierte Auflistung der relevanten Ergebnisse seit 2020 enthält die Tabelle 4.2.

Die ausführlichen Ergebnisse der aktuellen Basisauswertung des Erfassungsjahres 2023 sind in Anlage 5 dargestellt.

In den unter Kapitel 4 im Einzelnen dargestellten Qualitäts- und Inzidenzindikatoren bzw. –kennzahlen lassen sich im Verlauf der letzten Erfassungsjahre seit 2020 durchgängig positive Trends ablesen.

Im Bereich der Inzidenzkennzahlen zu den MRSA-Keimen (Kennzahlen 1 und 1a bis 1c) sind die Fallzahlen wie bereits dargestellt rückläufig. Die Fallzahlen im Bereich der 4MRGN-Keime (Kennzahlen 5 und 5a bis 5c) sind hingegen wie beschrieben seit dem Erfassungsjahr 2020 deutlich angestiegen. Die gemeldeten Fälle, bei denen keine Vorantibiose stattgefunden hat (Kennzahl 6) bleiben hingegen auf einem gleichbleibenden Niveau. Diese Tatsache lässt darauf schließen, dass in den meisten der gemeldeten 4MRGN-Fälle die durchgeführte Vorantibiose mutmaßlich zu einer Keimselektion geführt hat.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen einerseits auf eine grundsätzliche Verbesserung der Hygienestandards und eine kontinuierliche Optimierung der Prozessabläufe und Strukturen im Hygienemanagement der hessischen Kliniken im Umgang mit multiresistenten Erregern schließen. Sie zeigen jedoch auf der anderen Seite deutlich den dringenden Bedarf eines gut etablierten klinikinternen Antibiotic Stewardships zur Verhinderung neu auftretender multiresistenter Erreger aus dem 4MRGN-Spektrum.

Die Ergebnisse in den Prozessindikatoren:

- ✓ **Kennzahl 2:**
  Anteil aller MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde
- ✓ **Kennzahl 3a:**
  Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden
- ✓ **Kennzahl 3b:**
  Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation / Infektion, die nicht isoliert wurden
- ✓ **Kennzahl 4:**
  Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert

liegen durchgängig auf einem sehr hohen Niveau und konnten in den Kennzahlen zur Isolierung seit dem Erfassungsjahr 2020 zusätzlich noch einmal leicht ver-

Ergebnisse 4MRGN

Basisauswertung 4MRGN (U81.41! / U81.51!)	2020	2021	2022	2023
Datensätze gesamt	157	160	267	262
Nicht nosokomial	63,7 %	70,0 %	71,0 %	74,8 %
Davon bei Aufnahme bekannt	26,8 %	30,0 %	32,2 %	35,5 %
Davon im Aufnahmescreening festgestellt	36,9 %	40,0 %	38,6 %	39,3 %
Im Verlauf festgestellt	18,5 %	27,5 %	29,2 %	25,2 %
Davon Antibiotikatherapie im Vorfeld	75,9 %	70,5 %	78,2 %	77,3 %
Asymptomatische Kolonisation	68,8 %	61,9 %	64,4 %	76,0 %
Isolierung bei bekanntem Befund gesamt	98,8 %	94,4 %	96,6 %	98,9 %

Tab. 4.2 Ergebnisse der Basisauswertungen 2020-2023

bessert werden. Die Gesamtdarstellung der Ergebnisse ist der Anlage 6 zu entnehmen.

Zusätzlich zu den beschriebenen Basisauswertungen und den Auswertungen der Qualitätsindikatoren hat die LAGQH eine Auswertung aller dargestellten Kennzahlen mit Zuordnung zum entsprechenden hessischen Versorgungsgebiet durchgeführt. Die nosokomialen MRSA- und 4MRGN-Fälle wurden seit dem Erfassungsjahr 2021 darüber hinaus zusätzlich nach dem Wohnort der betroffenen Patient*innen ausgewertet. Die Auswertungen zeigen eine durchaus heterogene Verteilung der Ergebnisse innerhalb Hessens. Dieser Umstand ist aus Sicht des Expertengremiums sicher multifaktoriell begründet, macht aber auch deutlich, dass durch eine so konkretisierte Auswertung u. a. wichtige Hinweise auf regionsspezifische Besonderheiten, z. B. in Form eines Ausbruchsgeschehens, gewonnen werden können. Anlage 7 zeigt die Ergebnisse der Sonderauswertung mit den Ergebnissen seit dem Erfassungsjahr 2018.

5. Strukturierter Dialog

Wie in § 3 der Vereinbarung festgeschrieben, hat das Expertengremium für die weitere Arbeit mit den Ergebnissen aus den Auswertungen des MRE-Projekts Hessen einen Verfahrensplan für den Ablauf des Strukturierten Dialogs erarbeitet. Angelehnt an das etablierte Vorgehen in anderen Qualitätssicherungsprojekten auf Landesebene wurde eine Auswahl an Instrumenten getroffen, die dem Gremium geeignet erscheinen, um die hessischen Krankenhäuser bei der Reduktion vermeidbarer MRE-Infektionen zu unterstützen. Einen grundsätzlichen Überblick über diese Instrumente veranschaulicht die Darstellung zur Durchführung des Strukturierten Dialogs (Abb. 5.1).

Ein besonderer Vorteil des MRE-Projekts liegt in der quartalsweise erfolgenden Auswertung der Prozessindikatoren, so dass die Instrumente des Strukturierten Dialogs zeitnah greifen können und Maßnahmen zur Verbesserung etwaiger Prozess- und/oder Strukturprobleme in den hessischen Krankenhäusern eingeleitet werden können.

Grundsätzlich zeigen die bisher durchgeführten Strukturierten Dialoge eine positive Ergebnisentwicklung der erhobenen Kennzahlen. So zeigt sich bei den Kennzahlen 1 sowie 1a bis 1c zur Inzidenz der MRSA-Fälle sowohl eine Reduzierung der durchgeführten Stellungnahmen insgesamt, als auch eine Abnahme der als qualitativ auffällig bewerteten Kliniken. Um eine bestmögliche Bewertung der Stellungnahmen durch das Expertengremium zu gewährleisten, hat das Gremium gemeinsam mit der LAGQH einen standardisierten Fragebogen zur Abbildung aller hygienisch relevanten Informationen im Rahmen der Fallanalyse entwickelt. Diese Vorgehensweise erhöht zum einen die Vergleichbarkeit der vorliegenden Fälle und liefert darüber hinaus zusätzliche Informationen zum Entwicklungspotential der Kennzahlen.

Zu Kennzahl 2: „Anteil aller MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde“ musste in den Jahren 2020 bis 2022 in keinem Fall eine Klinik zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert werden. In diesem Indikator wurden ausschließlich Einzelfälle gemeldet, rechnerische Auffälligkeiten bestanden nicht, was für gut umgesetzte Prozessstandards zur Durchführung der Dekolonisierungsmaßnahmen in den hessischen Kliniken spricht. Zu den ersten

beiden Quartalen des Erfassungsjahres 2023 wurden erstmals wieder vier Krankenhausstandorte um eine schriftliche Stellungnahme in diesem Indikator gebeten, qualitative Auffälligkeiten im Hinblick auf Mängel in Prozess- und/oder Strukturqualität wurden nach Bewertung durch das Fachgremium nur in Einzelfällen als Ursache der rechnerischen Auffälligkeit identifiziert.

Bei der Kennzahl 3a: „Anteil aller nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden" zeigen die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in der Entwicklung zwar abnehmende qualitativ auffällige Ergebnisse, das Expertengremium findet aber bei der Bewertung der Fälle zunehmend zugrunde liegende Dokumentationsfehler, die zu einer auffälligen Bewertung führen. Die Kliniken erhalten durch das Fachgremium die Empfehlungen zur Durchführung geeigneter, hausinterner Schulungen, um möglichen Informationsdefiziten der beteiligten Berufsgruppen in der Patientenversorgung vorzubeugen.

Bei der Kennzahl 3b: „Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden" ergibt sich bei annähernd gleichbleibenden Fallzahlen eine leicht ansteigende Zahl qualitativ auffällig bewerteter Krankenhäuser. Als Reaktion auf diese Entwicklung hat sich das Expertengremium dazu entschlossen, ab dem EJ 2020 alle rechnerisch auffälligen Einzelfälle einer Ursachenanalyse im Sinne einer Sentinel Event Betrachtung zu unterziehen, um weitere Ursachenerforschung zu dieser Entwicklung betreiben zu können.

Durch die Umstellung der beiden Kennzahlen 3a und 3b in einen Sentinel Event-Indikator konnten den Kliniken durch das Expertengremium im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei qualitativen Auffälligkeiten zu jedem Einzelfall konkrete, individuelle Verbesserungsmaßnahmen empfohlen werden. Durch die Kombination zeitnaher Rückmeldungen und praxisnaher, individueller Maßnahmenempfehlung an die Kliniken, leistet das MRE-Projekt hier wertvolle Unterstützung bei der Verbesserung der Isolierungsmaßnahmen bei einer Keimbesiedlung mit multiresistenten Keimen.

Bei Kennzahl 4: „Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert" sind die Fallzahlen in den Erfassungsjahren 2020 bis 2023 schwankend. Die im Rahmen des Strukturierten Dialogs beleuchteten Fälle zeigen jedoch vermehrt ein ursächliches Qualitätsdefizit zu Grunde liegend. Das Expertengremium leistet in der Korrespondenz mit den Krankenhäusern in die-

Strukturierter Dialog

Abb. 5.1 Ablauf Strukturierter Dialog

sem Zusammenhang immer wieder Aufklärungsarbeit im Sinne der Notwendigkeit sektorübergreifender Informationsweiterleitung, um eine Keimausbreitung in allen Bereichen des Gesundheitswesens minimieren zu können.

Zu den Kennzahlen 5 und 5a bis 5c wurde durch die Expertengruppe ein Fragebogen entwickelt, um mit dessen Hilfe alle im Erfassungsjahr 2018 dokumentierten 4MRGN-Fälle im Strukturierten Dialog näher zu beleuchten. Der Fragebogen wurde mit dem Ziel erstellt, Risikofaktoren für Akquise und Nachweis von multiresistenten gram-negativen Stäbchen (4MRGN) zu erfassen und geeignete Kennzahlen zur validen Darstellung der Nosokomialität bei 4MRGN-Keimen zu entwickeln. Die Auswertung zeigte u. a., dass eine vorangegangene antibiotische Behandlung der betroffenen Patient*innen einen eindeutigen Risikofaktor zur Besiedelung mit 4MRGN-Keimen darstellt.

In der vor diesem Hintergrund seit 2020 in das MRE-Projekt aufgenommene Kennzahl 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“, konnte nach einer Datenvalidierung zum ersten EJ ab 2021 ebenfalls ein Strukturierter Dialog etabliert werden. Das Expertengremium hat aufgrund der Relevanz der Thematik eine Bewertung als Sentinel Event Indikator festgelegt. Insgesamt lagen dem Expertengremium zum EJ 2021 neun angeforderte Stellungnahmen vor. In einem der Fälle musste ein Qualitätsproblem als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit festgestellt werden, in sechs Fällen waren Dokumentationsfehler für die Auffälligkeit verantwortlich. Zum EJ 2022 wurden insgesamt zwölf Fälle in die Bewertung einbezogen, von denen in einem Drittel der Fälle Mängel in Prozess- oder Strukturqualität durch das Expertengremium konstatiert werden mussten. Die weiteren Fälle waren wie im Vorjahr durch Dokumentationsprobleme begründet.

Es ist also in den ersten beiden Bewertungsjahren zusammenfassend festzustellen, dass in nahezu allen Fällen ein in den betreffenden Krankenhäusern vorliegendes Problem im Rahmen der Dokumentation oder der Prozess- und/oder Strukturqualität eruiert werden konnte. Die Kennzahl 6 erweist sich somit als gutes zusätzliches Kriterium, um vorhandene Qualitätsprobleme aufzuzeigen und Verbesserungspotential zu identifizieren. Sie leistet so einen weiteren Beitrag zur Weiterentwicklung des Verfahrens und zur Reduzierung vermeidbarer MRE-Fälle in den hessischen Kliniken.

Zusammenfassend stellt die Tabelle 5.1 die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen und die daraus resultierenden Bewertungen im Strukturierten Dialog der Erfassungsjahre 2020 bis 2023 dar. Eine Gesamtübersicht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs seit Beginn des MRE-Projektes zu allen Kennzahlen zeigt die Abbildung 5.2.

Diese Darstellung veranschaulicht die bisher geführten Strukturierten Dialoge im MRE-Projekt zu allen Kennzahlen und die Bewertung des Fachausschusses dazu. Zu den Kennzahlen 2, 3a, 3b und 4 sind quartalsweise Ergebnisse ausgewiesen, für die Inzidenzkennzahlen 1 und 5 mit den jeweiligen Unterkennzahlen sowie Kennzahl 6 werden die Strukturierten Dialoge jährlich geführt. Die Übersicht zeigt darüber hinaus die Anzahl der geführten Kollegialen Gespräche an. Grundsätzlich lässt sich aus dieser Übersicht sehr gut erkennen, dass die Zahl der geführten Strukturierten Dialoge insgesamt einem abnehmenden Trend unterliegt.

Strukturierter Dialog der Erfassungsjahre 2020 bis 2023

	2020	2021	2022	2023
Anzahl angeforderter Stellungnahmen gesamt	47	37	75	78
davon Qualitätsmängel	26	5	29	16
davon Dokumentationsmängel	18	22	35	23
Kollegiale Gespräche zur weiteren Klärung	3	2	2	1

Tab. 5.1 Maßnahmen und Bewertungen

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	1.+2.Quartal 2021		3.+4. Quartal 2021 EJ 2021		1.+2. Quartal 2022		3.+4. Quartal 2022 EJ 2022		1. + 2. Quartal 2023		3. + 4. Quartal 2023 EJ2023	
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 1 3	-				-		5	2 1 2
QI 2	3	1 2	-	-	2	1 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

QI 1 Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage

QI 1a Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftigen Infektionen pro 1.000 Belegungstage

QI 1b Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage

QI 1c 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

* Änderung in Sentinel Event

KG = Kollegiales Gespräch

Qualitätsproblem

Dokumentationsfehler

Unauffällig

Abb. 5.2

Die Bewertungen der geführten Strukturierten Dialoge jedoch fokussieren sich in einem großen Teil der Fälle auf tatsächliche qualitätsrelevante Abweichungen. Dies zeigt eine hohe Validität des Verfahrens und eröffnet eine vermehrt individuell inhaltliche Arbeit mit den einzelnen Kliniken und einen erhöhten Nutzen des Projektes im Rahmen der Qualitätssicherung.

Als ergänzende Informationsquelle für alle teilnehmenden hessischen Kliniken hat der Fachausschuss auf Grundlage der im bisherigen Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse aus den Strukturierten Dialogen einen Empfehlungskatalog zusammengestellt. Dieser enthält Hinweise zu Dokumentationsaspekten im Rahmen des QS-Verfahrens und Handlungsempfehlungen für das interne Hygienemanagement. Diese Hinweise dienen zum einen der Verbesserung der Dokumentationsqualität in den Kliniken und zum anderen im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes zur Unterstützung im klinischen Alltag. Genaue Inhalte sind Anlage 8 zu entnehmen.

6. Datenvalidierung

Über den Strukturierten Dialog hinaus wurden im Rahmen der Datenvalidierung verschiedene Aspekte der Dokumentationsqualität beleuchtet. Die Prüfung der Validität erhobener Daten trägt u. a. dazu bei eine aussagekräftige und verlässliche Datengrundlage für die Auswertung der Kennzahlen sicherzustellen.

Anhand des Abgleichs der jährlichen SOLL-Statistik und der tatsächlich übermittelten QS-Dokumentation der teilnehmenden Kliniken wird die Datengrundlage auf Vollzähligkeit geprüft. Im MRE-Projekt Hessen kann durchgängig eine sehr hohe Vollzähligkeit der Daten attestiert werden, so dass eine aussagekräftige Grundgesamtheit zur Berechnung der Kennzahlen zur Verfügung steht.

Die Tabelle 6.1 bietet hierzu eine Übersicht der Erfassungsjahre 2021 bis 2023 mit den konkreten Zahlen.

SOLL-/IST-Zahlen

	2021	2022	2023
SOLL (erwartet)	4.391	3.924	3.690
IST (geliefert)	4.390	3.931	3.689
Vollzähligkeit (gerundet)	100 %	100 %	100 %

Tab. 6.1 Übersicht Erfassungsjahre 2021 - 2023

Im Erfassungsjahr 2020 konnten erstmals Ergebnisse zur Kennzahl 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“ ausgewertet werden. Zur Gewinnung weiterer Erkenntnisse zu zugrundeliegenden Fallbesonderheiten sind die betreffenden Kliniken mit einem standardisierten Fragebogen zur Aufbereitung der relevanten Fälle aufgefordert worden. Der Fragebogen ist der Anlage 9 zu entnehmen. In 14 Kliniken wurde ein in das MRE-Projekt inkludierter 4MRGN-Keim im Behandlungsverlauf detektiert und im Vorfeld des Befundes eine Vorantibiose mit den hinterlegten Zeitangaben durchgeführt. In allen anhand des Fragebogens aufbereiteten Fällen konnte das Expertengremium eine Keimselektion durch eine antibiotische Vorbehandlung als ursächlich bestätigen. Die konkret eingesetzten Antibiotikagruppen wurden von den Kliniken ergänzend erfragt.

In neun Krankenhausstandorten wurden 4MRGN-Keime im Behandlungsverlauf erstmals nachgewiesen, ohne dass eine entsprechende antibiotische Vorbehandlung stattgefunden hat. Diese Kliniken wurden zur Gewinnung weiterer Erkenntnisse zur Nosokomialität um eine Aufarbeitung der Einzelfälle aus mikrobiologischer bzw. krankenhaushygienischer Sicht gebeten.

Nach Prüfung aller eingegangenen Rückmeldungen zum Thema konnte das Expertengremium die definierte Kennzahl als valide bestätigen. Diese kann aufgrund der Ergebnisse der Datenvalidierung seit 2021 regelhaft in den Strukturierten Dialog einbezogen werden.

Ergänzend zu den dargestellten rein datenbasierten Datenvalidierungen konnte zum EJ 2021 auch ein Krankenhaus direkt besucht werden, um im Rahmen eines Stichprobenverfahrens gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort die Patientenakten zu sichten. Die Klinik hatte sich im Vorfeld auf freiwilliger Basis zur Teilnahme an diesem Sonderverfahren der Datenvalidierung bereit erklärt. Ihr wurde durch eine schriftlich festgehaltene Vertraulichkeitszusicherung die Einhaltung der Datenschutzvorgaben und der Schweigepflicht bestätigt. Die gesichteten Akten wurden nach einer gezielten Fallauswahl geprüft. Auf Grundlage der an die LAGQH gelieferten Datensätze wurden 15 Fälle ausgewählt, bei denen u. a.:

- ✓ 4MRGN-Keime (U81.41! und/oder U81.51!) kodiert wurden
- ✓ eine behandlungsbedürftige Infektion vorlag
- ✓ bestimmte Maßnahmen zur Dekolonisierung durchgeführt wurden
- ✓ der/die Patient*in im Rahmen des Aufenthalts verstarb
- ✓ der/die Patient*in im Rahmen des Aufenthaltes zu einem elektiven Eingriff verlegt wurde

Die Auswahl der Fälle geschah vor dem Hintergrund, zusätzlich zur Prüfung der Validität der Daten, auch Informationen über die Anwendbarkeit des Erhebungsinstrumentes zu gewinnen und diesbezüglich mögliches Verbesserungspotential zu eruieren.

Die Prüfung ergab eine insgesamt gute Datenqualität. Unsicherheiten zur korrekten Dokumentation bei besonderen Fallkonstellationen (z. B. Wiederaufnahme nach zwischenzeitlicher Verlegung des/der Patient*in) wurden thematisiert und die Ausfüllhinweise diesbezüglich im folgenden Erhebungsjahr geschärft. Grundsätzlich entsteht der Eindruck, dass die fachliche Qualifikation der dokumentierenden Personen einen wesentlichen Einfluss auf die Datenqualität hat. Der gemeinsame Austausch mit den Mitarbeitenden vor Ort konnte die Sicherheit im Umgang mit dem Erhebungsinstrument für die Anwender zusätzlich erhöhen. Im Rahmen der weiteren Projektlaufzeit sind weitere Stichprobenprüfungen in den teilnehmenden Kliniken geplant.

Abschließend wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aufgrund des vorherrschenden Pandemiegeschehens und der damit verbundenen großen Herausforderungen der Kliniken gerade in den Belangen des klinikinternen Hygienemanagements bewusst auf umfangreichere Maßnahmen im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Klinikhospitationen verzichtet wurde.

Zum Erfassungsjahr 2024 ist der Erhebungsbogen strukturell so angepasst worden, dass die gemeldeten MRSA-Keime und jene aus dem Keimspektrum der 4MRGN-Keime getrennt voneinander in sogenannten Teildatensätzen von den Kliniken dokumentiert werden. Dieses Vorgehen schafft die technischen Voraussetzungen zur Erweiterung der methodischen Sollstatistik. So ist es differenzierter möglich die Vollzähligkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten umfänglich abzubilden und etwaige Abweichungen schneller zu identifizieren. Hiermit wird eine aussagekräftige Gesamtdatengrundlage zur Berechnung der Kennzahlen sichergestellt.

7. Strukturerhebung

Im Sommer 2023 führte die LAGQH in allen hessischen Kliniken erneut eine Strukturerhebung auf freiwilliger Basis durch. Ausgenommen von der Befragung waren die psychiatrisch und psychosomatisch eigenständigen Kliniken, da diese im Rahmen des MRE-Projektes nicht näher betrachtet werden. Insgesamt wurden 120 Klinikstandorte um die Befüllung des Fragebogens gebeten. Davon haben 90 vollumfänglich an der Befragung teilgenommen, was einem Rücklauf von 75 % entspricht. Damit steht für die Auswertung eine gute Datenbasis zur Verfügung.

Die mit Hilfe eines onlinebasierten Tools erhobenen Daten stellen die Hygienestrukturen der hessischen Kliniken in den folgenden Bereichen dar:

- ✓ Organisation
- ✓ Personal
- ✓ Schulung
- ✓ Surveillance nosokomialer Infektionen / (multiresistenter) Erreger
- ✓ Screening
- ✓ Hygienemanagement bei Erregernachweis
- ✓ Antibiotikamanagement

Die Erhebung soll einen Überblick darüber bieten, in welchem Maße die erhöhten Anforderungen an die Hygiene und die dynamische Entwicklung um das Thema der multiresistenten Erreger in den Hygienestrukturen der Kliniken abgebildet werden. Darüber hinaus soll im Vergleich mit den Erhebungen aus 2016 und 2019 die Entwicklung der oben genannten Bereiche dargestellt werden. Nach vollständiger Auswertung der Daten erhielten die teilnehmenden Kliniken als unterstützendes Instrument für das klinikinterne Qualitätsmanagement eine entsprechende Auswertung.

Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse eine Verbesserung bei der Umsetzung der in der hessischen Hygieneverordnung (HHygVo) festgelegten Erfordernisse über alle Themengebiete hinweg. Eine ausführliche Darstellung aller Einzelergebnisse ist der Anlage 10 zu entnehmen.

Im Folgenden werden aus den drei Themenschwerpunkten Personal, Screening und Antibiotikamanagement der Erhebung exemplarische Ergebnisse näher vorgestellt.

Zum Thema Personal kann die Erhebung eine weiter verbesserte Ausstattung mit Hygienepersonal bestätigen. So haben sich die Erfüllungsquoten nach den Vorgaben der HHygVo in den wesentlichen Funktionen des/der Krankenhaushygieniker*in und des Hygienefachpersonals seit der ersten Strukturerhebung stetig verbessert. Die Auswertung belegt, dass in über 90 % der teilnehmenden hessischen Kliniken eine Personalausstattung mit Krankenhaushygieniker*innen laut SOLL-Vorgabe der HHygVo erfüllt werden kann. In der Vorerhebung lag der erreichte Wert mit 73 % noch deutlich darunter. Der Erfüllungsgrad der Vorgabe bei der Funktion des Hygienefachpersonals hat sich zur Vorerhebung ebenfalls leicht gesteigert. Die vollständigen Zahlen bildet das Diagramm in der Abbildung 7.1 ab.

Anforderungen HHygVo erfüllt

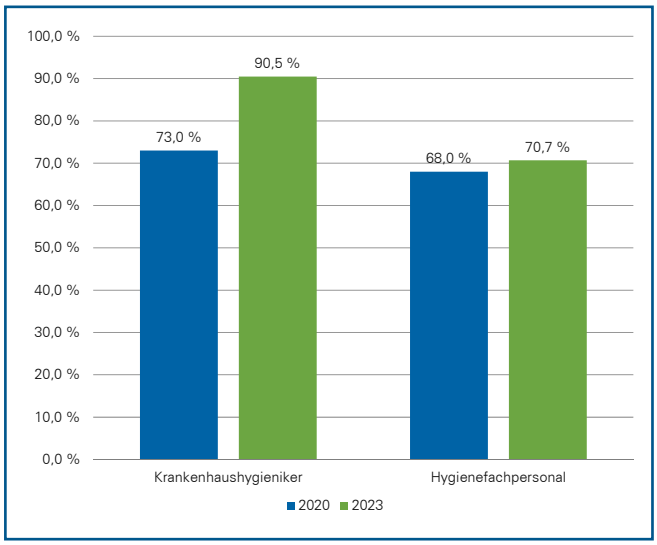


Abb. 7.1 Erfüllungsgrad der HHygVO 2020 vs. 2023

Beim Hygienefachpersonal zeigt sich über den absoluten Personalanstieg hinaus eine weitere Steigerung des Weiterbildungsniveaus der Berufsgruppe. Die Abbildung 7.2 stellt diese Entwicklung detailliert dar.

In der Erhebung 2016 lag der Median – dargestellt mit der waagerechten Linie innerhalb der Box - noch bei ca. 0,5 Vollzeitkräfte (VK) pro 100 Betten. 2023 weisen schon mehr als die Hälfte der Kliniken einen Schlüssel von 0,75 VK pro 100 Betten auf. Aufgefallen ist aber auch der relativ große Range (in der Darstellung gekennzeichnet durch die Höhe der Box, welcher dem Abstand der ersten bis zur dritten Quartile entspricht). Erwartungsgemäß hat sich in den letzten Jahren auch das Verhältnis der Hygienefachkräfte zu den Hygienefachkräften in Weiterbildung geändert. Waren 2016 noch ein Viertel der Hygienefachkräfte in Weiterbildung so sind es in 2023 weniger als ein Achtel. Aktuell liegt das Verhältnis von ausgebildeten Hygienefachkräften zu einer Hygienefachkraft, die noch in Weiterbildung befindlich ist, bei einer Quote von 8,6 zu 1.

Eine gut etablierte Screeningroutine und damit verbundene frühzeitige Keimdetektion ist eine Grund-voraussetzung zur Bekämpfung und Minimierung nosokomialer Infektionen mit multiresistenten Erregern. Deshalb stellt der Bericht an dieser Stelle einige wesentliche Ergebnisse des Themenkomplexes Screening dar. Die

Hygienefachkraft pro 100 Betten

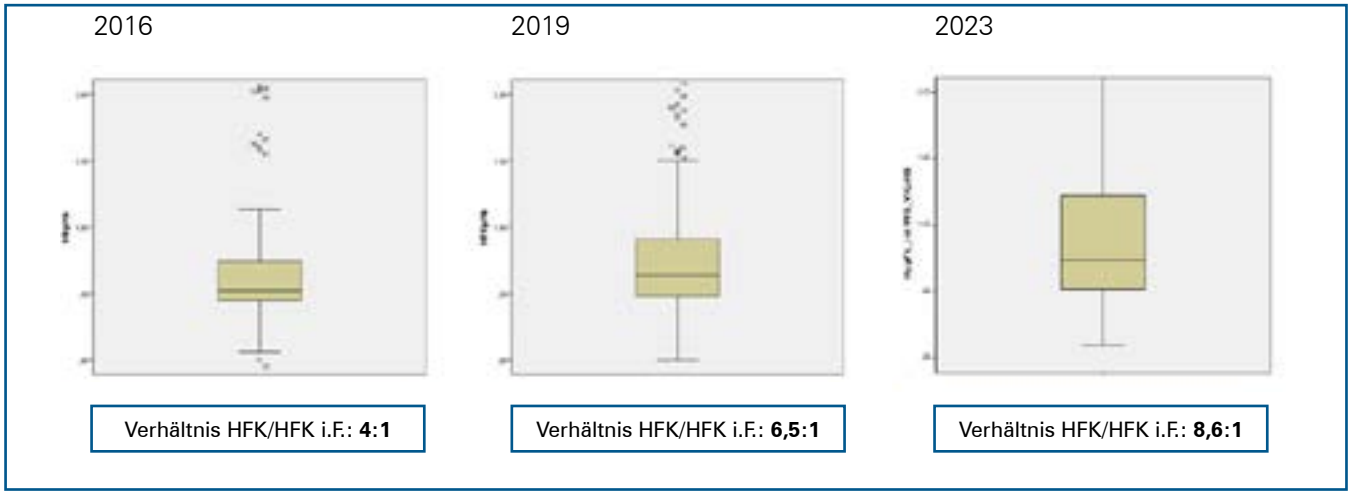


Abb. 7.2 Vergleich 2016/2019/2023 - Ausbildungsstand

Ergebnisse haben sich zur Vorerhebung 2019 durchgängig verbessert. Die Abfrage zur Durchführung eines Aufnahmescreenings zeigt zu allen abgebildeten Keimen eine Steigerung zu den bereits guten Ergebnissen der Befragung in 2019 (Tab. 7.1).

Bei Betrachtung des Aufnahmesreenings bei den MRSA- und 4MRGN-Keimen fällt darüber hinaus auf, dass verstärkt generell bei Aufnahme aller Patient*innen ein Screening erfolgt, die risikobasierte Screeningroutine nach KRINKO-Empfehlung nimmt im Gegenzug leicht ab. Auch vor elektiven Eingriffen werden vermehrt standardisiert Screenings durchgeführt. Besonders deutlich ist diese Steigerung bei den MRSA-Keimen von 1 % 2016 auf 20 % in der aktuellen Befragung zu beobachten. Diese Entwicklungen im Bereich der Screeningprozesse weisen insgesamt auf einen erhöhten Präventionsfokus des Hygienemanagements in Bezug auf multiresistente Erreger hin. Die Tabelle 7.2 stellt detaillierte Ergebnisse zum Thema Aufnahmescreening dar.

Fortgesetzt zeigt sich diese positive Entwicklung auch bei der Abfrage der Screeningroutinen vor der Entlassung bzw. Verlegung von Patient*innen. Sowohl bei den MRSA- als auch bei den 4MRGN-Keimen konnte das Ergebnis um einen zweistelligen Prozentanteil verbessert werden (Tab. 7.3).

Ein weiterer sehr positiver Trend zeichnet sich bei der Durchführung eines Entlassscreenings bei der bevorstehenden Weiterbetreuung in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. einer anderen Klinik oder Pflegeeinrichtung) ab. Dies spricht für eine verbesserte Sensibilität bei der umfänglichen Information aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure auch sektorübergreifend. Konkret haben sich getrennt nach Keimspektrum folgende erhebliche Verbesserungen zur Vorerhebung ergeben (Tab. 7.4).

Aufnahmescreening

	2019	2023
MRSA	99,0 %	100 %
3MRGN	74,8 %	81,1 %
4MRGN	85,4 %	86,7 %
Weitere	62,1 %	70,0 %

Tab. 7.1 Übersicht Erfassungsjahre 2019 und 2023

Aufnahmescreening MRSA vs. 4MRGN

	MRSA			4MRGN		
Aufnahmescreening	2016	2019	2023	2016	2019	2023
Generell bei Aufnahme alle Patient*innen	12,2 %	20.6 %	34,4 %	1,5 %	4,6 %	14,4 %
Riskobasiert (nach KRINKO)	84,0 %	73,5 %	72,2 %	87,0 %	88,5 %	83,3 %
vor elektiven Eingriffen	-	1,0 %	20,0 %	-	0,0 %	86,7 %

Tab. 7.2 Übersicht Erfassungsjahre 2016 und 2023

Screening vor Entlassung/Verlegung Gesamt

	2019	2023
MRSA	25,2 %	46,7 %
4MRGN	18,5 %	33,3 %

Tab. 7.3 Übersicht Erfassungsjahre 2019 und 2023

Screening vor Entlassung/Verlegung in andere Klinik/Pflegeeinrichtung

	2019	2023
MRSA	15,4 %	54,8 %
4MRGN	10,6 %	50,0 %

Tab. 7.4 Übersicht Erfassungsjahre 2019 und 2023

Als drittes Thermengebiet zeigt der Bericht relevante Ergebnisse aus dem Bereich Antibiotikamanagement. Den bedeutenden Zusammenhängen zwischen einem stringenten Antibiotikamanagement und der Keimverbreitung gerade im Bereich der gramnegativen multiresistenten Keime werden durch die Krankenhäuser in Hessen mit fortschreitender Priorität begegnet.

Als Indizien sprechen hierfür der weitere Fokus auf einen leitliniengerechten Umgang mit Antibiotika und der Ausbau wesentlicher Strukturen aus dem Bereich des Antiobiotic Stewardship (ABS) in den teilnehmenden hessischen Kliniken. Ergebnisse zum Thema Organisation/Zusammensetzung der Hygienekommission belegen dies ebenfalls. Gerade die regelhaft sichergestellte Teilnahme der Antiinfektiva-Expert*innen an der Hygienekommission ist hervorzuheben. Der zunehmenden Bedeutung der antibiotischen Versorgung im Zusammenhang mit multiresistenten Erregern wird so nachweislich auch in den Hygieneorganisationsstrukturen vermehrt Rechnung getragen.

Die Tabelle 7.5 zeigt die positive Entwicklung in Bezug auf die Anwendung und kontinuierliche Evaluation und Anpassung interner Leitlinien zum ABS detailliert auf.

Das Vorhalten und die Bündelung relevanter Kompetenzen zum Thema werden in den hessischen Kliniken zunehmend durch ein strukturiertes ABS vorgehalten. Dies zeigen u. a. die deutlich verbesserten Ergebnisse zu Strukturen und Prozessen hierzu aus der Strukturerhebung (Tab. 7.6).

In annähernd 100 % der teilnehmenden Kliniken erfolgt darüber hinaus eine regelhafte Surveillance des Antibiotikaverbrauchs.

Antibiotika

	2016	2019	2023
Hausinterne Leitlinien vorhanden	80,9 %	89,5 %	96,7 %
Hausinterne Leitlinien basierend auf der S3-Leitlinien	-	95,7 %	97,7 %
Regelmäßige Anpassungen basierend auf lokaler Resistenzstatistik	-	93,5 %	95,4 %

Tab. 7.5 Übersicht Erfassungsjahre 2016, 2019 und 2023

Antibiotic Stewardship (ABS)

	2016	2019	2023
ABS implementiert	-	80,4 %	91,1 %
ABS-Team vorhanden	-	76,5 %	84,4 %
Durchführung hausinterner Fortbildungen durch das ABS-Team	-	72,8 %	78,1 %
Durchführung von Antibiotika-Therapie-Beratungen	69,5 %	75,7 %	85,6 %

Tab. 7.6 Übersicht Erfassungsjahre 2016, 2019 und 2023

8. Fortführung und Ausblick

Die bisherige Arbeit im MRE-Projekt hat gezeigt, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung in diesem Bereich bereits jetzt einen wertvollen Beitrag zur Identifikation von Qualitätsmängeln in Struktur- und/oder Prozessqualität in den hessischen Kliniken leisten und darüber hinaus erfolgreich bei der Abhilfe dieser Mängel unterstützen können.

Vor allem auf dem Projektteilbereich der 4MRGN-Keime wird ein Fokus der weiteren Projektarbeit liegen. Die Fallzahlen belegen einen kontinuierlichen Anstieg dieser Keimarten in den hessischen Kliniken im Projektverlauf. Wie die obigen Ausführungen bereits gezeigt haben, ist die Abgrenzung von nosokomialen und nicht nosokomialen Keimbefunden im Gegensatz zu den MRSA-Keimen multifaktoriell begründet und bedarf der näheren Ursachenanalyse, um wirkungsvolle Verbesserungsmaßnahmen entwickeln zu können. Die Ergebnisse in der in diesem Zusammenhang neu entwickelten Inzidenzkennzahl 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“ zeigen, dass der Anteil der nicht durch eine Keimselektion begründeten 4MRGN-Fälle in den ersten Jahren der Erhebung der Kennzahl relativ konstant bleibt, während die Fallzahl mit einer entsprechenden antibiotischen Vorbehandlung in diesem Zeitraum kontinuierlich ansteigt. Diese Tatsache belegt einen eindeutig hohen Einfluss der klinikintern umgesetzten Maßnahmen im Bereich des Antibiotikatherapiemanagements auf die Ausbreitungseingrenzung der 4MRGN-Keime.

Hier gilt es durch Analyse der Daten und Weiterentwicklung der Kennzahlen den weiteren Entwicklungsprozess in dieser Thematik bestmöglich zu unterstützen und eingeleitete Maßnahmen auf Ihren Erfolg zu überprüfen. Da immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Auswirkung antibiotischer Therapie vorliegen, ist mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Leitlinien zumindest mittelfristig sicher zu rechnen. Aufgabe im Rahmen des MRE-Projektes wird es sein, diese Erkenntnisse im Erhebungsinstrument abzubilden und entsprechende Auswertungen auf dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Verfügung zu stellen.

Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, ist es aus Sicht des Expertengremiums notwendig die zugrunde liegende Datenbasis sinnvoll zu erweitern. Nach umfänglicher Datenprüfung auf Grundlage der gemeldeten Fälle gemäß § 21 Krankenhausentgeldgesetz (KHEntgG) empfiehlt das Gremium deshalb ab dem Erfassungsjahr 2025 den 4MRGN-Keim Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN (ICD U81.40) in die Dokumentation aufzunehmen.

Überlegungen zur weiteren Entwicklung des angewendeten Erhebungsbogens gibt es darüber hinaus bezüglich der Abfrage von möglichen Keimresistenzentwicklungen der 3MRGN zu 4MRGN. Diese Abfrage könnte zusätzliche Erkenntnisse im Zusammenhang mit Auswirkungen einer nicht adäquaten Antibiotikatherapie auf die Veränderung des Resistenzspektrums eines beobachteten Keims liefern.

Die dargelegten Projektfortschritte und Ergebnisse, aber auch die sich daraus ergebenden neuen Fragestellungen aus diesem sehr dynamischen Themengebiet zeigen eindrücklich, dass eine Weiterführung des Projektes angezeigt erscheint.

Appendix

Gremien

Fachausschuss (Stand: 31.12.2023)

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

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

Sitzungen des Fachausschusses

06.06.2017 / 18.09.2017 / 27.11.2017

13.02.2018 / 23.04.2018 / 11.06.2018 / 13.09.2018 / 10.12.2018

26.03.2019 / 13.06.2019 / 05.09.2019

22.01.2020 / 05.03.2020 / 07.07.2020 / 12.10.2020

19.01.2021 / 26.03.2021 / 22.06.2021 / 06.10.2021

03.02.2022 / 28.04.2022 / 30.06.2022 / 02.11.2022

09.03.2023 / 31.05.2023 / 19.10.2023

Expert*innengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2023)

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

Sitzungen des Expertengremiums

18.09.2017 / 13.09.2018 / 13.06.2019 / 05.03.2020 / 06.10.2021 / 02.11.2022 / 19.10.2023

Öffentlichkeitsarbeit

Projektvorstellung im Rahmen der 10. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA, Berlin
24.09.2018

Projektvorstellung im Rahmen der KCQ-Konferenz des MDK, Berlin
Oktober 2018

Publikation in der Zeitschrift Umweltmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin
Juni 2017

Informationsveranstaltungen für hessische Kliniken, Kassel und Frankfurt
13.03.2018 / 14.03.2018
05.02.2019 / 06.02.2019
23.01.2020 / 29.01.2020

Informationsveranstaltungen für hessische Kliniken, Onlineveranstaltung
28.01.2021
25.01.2022
25.01.2023
31.01.2024

Projektvorstellung und Sachstandsberichte im Rahmen der Veranstaltung „Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ des HMSI, Frankfurt am Main
15.05.2018

Sachstandsberichte im Rahmen eines Treffens des MRE Netzwerks Rhein-Main, Frankfurt
22.05.2019

Projektvorstellung und Sachstandsberichte im Rahmen der Sitzung des Landesbeirates für Hygiene in medizinischen Einrichtungen, HMSI Onlineveranstaltung
05.10.2021
07.03.2023

Projektvorstellung und Sachstandsberichte im Rahmen der Informationsveranstaltung des Regionalverbandes Südwest der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V., Onlineveranstaltung
10.12.2020
10.12.2021

Projektvorstellung im Rahmen der Veranstaltung „Patientensicherheit und Qualität“ der HKG, Onlineveranstaltung
21.10.2021

Projektvorstellung und Sachstandsberichte im Rahmen einer Informationsveranstaltung für die hessischen Gesundheitsämter, Onlineveranstaltung
08.05.2023

Anlagen

Anlagenverzeichnis

Anlage	Inhalt	Seite
1	Vereinbarung über die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE (01.01.2022 - LAGQH)	28
2	Erhebungsbogen (Erfassungsjahr 2023, 2024)	35
3	Ausfüllhinweise (Erfassungsjahr 2023, 2024)	45
4	QS-Filter (Erfassungsjahr 2023, 2024)	58
5	Basisauswertungen Gesamthessen (Erfassungsjahr 2023)	61
6	Auswertungen Qualitätsindikatoren Gesamthessen (Erfassungsjahr 2023)	77
7	Ergebnisse Auswertungen nach Versorgungsgebiet	97
8	MRE-Empfehlungskatalog	99
9	Fragebogen Vorantibiose	102
10	Ergebnisse Strukturerhebung 2023	103

Vereinbarung – Landesverfahren MRE-Projekt Hessen

zwischen

der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg,

dem BKK Landesverband Süd, Frankfurt,

der IKK classic, Dresden,

der Knappschaft - Regionaldirektion Frankfurt am Main,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK),
BARMER GEK,
DAK-Gesundheit,
Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
HEK – Hanseatische Krankenkasse,
Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

und

der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V.
im Folgenden „HKG" genannt

und

dem Land Hessen, vertreten durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration,
vertreten durch: Herrn Sydow
im Folgenden „HMSI" genannt

im Folgenden alle zusammen „die Partner"

über die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE (im Folgenden „Landesverfahren MRE-Projekt Hessen")

Präambel

Die Partner dieser „Vereinbarung – Landesverfahren MRE-Projekt Hessen" (im Folgenden „Vereinbarung") haben ein großes Interesse daran, dass die Prävalenz multiresistenter Erreger (im Folgenden MRE) in hessischen Krankenhäusern analysiert sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE ergriffen werden.

Zu diesem Zweck haben die Partner in 2015 eine erste „Vereinbarung über die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE" (im Folgenden „MRE-Vertrag 2015") geschlossen, die im Jahr 2017 mittels „1. Nachtrag vom 4.10.2017 zur Vereinbarung über die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE vom 27.11.2017" (im Folgenden „1. Nachtrag") zunächst um drei Jahre und 2020 mittels „2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung einer Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE vom 06.082020" (im Folgenden „2. Nachtrag") um weitere fünf Jahre verlängert wurde.

Der „MRE-Vertrag 2015" inklusive „Nachtrag 1" bzw. ab 1.01.2021 „Nachtrag 2" wurde als Anlage zu § 3 Abs. 3 des „Vertrages über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung nach § 112 Abs. 1 und 2 S. 1 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 137 SGB V" vom 07. Juli 1995 (im Folgenden „Landesvertrag vom 7. Juli 1995") als Qualitätssicherungsmaßnahme in Form eines Landesverfahren aufgenommen.

Zuständig für die Umsetzung des „MRE-Vertrages 2015" inklusive „Nachtrag 1/Nachtrag 2" war bislang die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (im Folgenden „GQH"), die eine Einrichtung der HKG und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen ist. Die GQH ist an die HKG angegliedert. Zum 01.01.2022 wird die GQH in die Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen GbR (im Folgenden „LAGQH") überführt. Als Vertragsgrundlage der Arbeit der LAGQH wurde von den Gesellschaftern der LAGQH ein Gesellschaftervertrag „Vertrag über die Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen" (im Folgenden „Gesellschaftsvertrag") geschlossen. In dessen Anlagen werden die jeweiligen Landesverfahren, so auch das Landesverfahren MRE-Projekt Hessen aufgenommen.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat in den Jahren 2015 bis 2021 für die Qualitätssicherungsmaßnahme „Landesverfahren MRE-Projekt" einen Betrag von bis zu 20.000 EUR jährlich zur Verfügung gestellt.
Der Umstand, dass die GQH in die LAGQH überführt wird, dies verbunden mit einer gesellschaftsrechtlichen Veränderung, bedingt vertragliche Anpassungen. Insbesondere wird der „Landesvertrag vom 07. Juli 1995" obsolet (Landesverfahren werden zukünftig als Anlage zum Gesellschaftsvertrag aufgenommen) und damit verliert auch der „MRE-Vertrag 2015" inklusive „Nachtrag 2" – der den „Nachtrag 1" mit Wirkung zum 01.01.2021 ersetzt hat- seine vertragliche Anbindung.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Historie, den Veränderungen seitens GQH und LAGQH, besteht Einigkeit darüber, dass die aktuelle vertragliche Situation nicht mit den geänderten Umständen in Einklang steht und somit eine vertragliche Anpassung notwendig ist. Es besteht im Weiteren Einigkeit darüber, dass die Vertragsinhalte des „MRE-Vertrages 2015" inklusive „Nachtrag 2", wie sie in 2020 letztmalig verhandelt wurden, im Wesentlichen als Vertragsinhalte dieser Vereinbarung beibehalten werden.
Die bisherige Arbeit im „Landesverfahren MRE-Projekt" Hessen hat gezeigt, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung in diesem Bereich bereits jetzt einen wertvollen Beitrag zur Identifikation von Mängeln in Struktur- und/oder Prozessqualität in den hessischen Kliniken leisten und erfolgreich bei der Abhilfe dieser Mängel unterstützen können.
Darüber hinaus sind aber auch neue Fragestellungen in der Thematik ersichtlich geworden. Wie die Ausführungen gezeigt haben ist die Abgrenzung von nosokomialen und nicht-nosokomialen Keimbefunden bei den 4MRGN-Keimen aktuell noch nicht möglich. In einem ersten Schritt wurde durch das speziell für dieses „Landesverfahren MRE-Projekt Hessen" seit 2015 etablierte Expertengremium eine Anpassung des Erhebungsinstruments ab dem Erfassungsjahr 2020 beschlossen. Die zu liefernden Daten der Krankenhäuser werden wichtige Hinweise liefern, um die Aussagefähigkeit der Ergebnisse weiter zu verbessern und in der Folge adäquate Maßnahmen zur Verbesserung der Keiminzidenz mit den Kliniken einleiten zu können. Auch das große Themengebiet der Antibiotikaeinflüsse auf die Entstehung und Veränderung der Keime aus dem Bereich der multiresistenten gramnegativen Stäbchen ist eine Herausforderung. Hier gilt es durch Analyse der Daten den weiteren Entwicklungsprozess in dieser Thematik bestmöglich zu unterstützen und eingeleitete Maßnahmen auf Ihren Erfolg zu überprüfen. Da immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Auswirkung antibiotischer Therapie vorliegen, ist mit der Entwicklung neuer Leitlinien sicher zumindest mittelfristig zu rechnen. Aufgabe im Rahmen des „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" wird es sein, diese Erkenntnisse im Erhebungsinstrument abzubilden und entsprechende Auswertungen auf dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Verfügung zu stellen.

§ 1 Qualitätssicherungsmaßnahme

(1) Das „Landesverfahren MRE-Projekt Hessen" wird gemäß § 112 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V vereinbart. Die Umsetzung erfolgt durch die LAGQH.

(2) Die Regelungen des Gesellschaftsvertrages finden nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen Anwendung.

§ 2 Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium der LAGQH wird ausschließlich für Tagesordnungspunkte, die das „Landesverfahren MRE-Projekt Hessen" betreffen, um einen Vertreter des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (im Folgenden „HMSI") mit einer Stimme erweitert.

§ 3 Expertengremium und Fachausschuss

(1) Das von den Partnern bestellte Expertengremium und der etablierte Fachausschuss werden fortgeführt. Eine Vertreterin/ein Vertreter des HMSI wird weiterhin Mitglied des Expertengremiums sein.

(2) Das Expertengremium entwickelt Instrumente und Indikatoren zur Erreichung des gemeinsamen Ziels der Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE in Hessischen Krankenhäusern.

(3) Zu den Aufgaben des Fachausschusses gehören insbesondere folgende Aufgaben:

1. Fachliche Beratung hinsichtlich der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und der Qualitätsindikatoren
2. Fachliche Beratung hinsichtlich der Rechenregeln sowie bei Festlegung von Referenzbereichen
3. Prüfung der übermittelten Auswertungen sowie fachliche Bewertung im Hinblick auf Auffälligkeiten
4. Empfehlung der Einleitung sowie zur Art und Weise des Strukturierten Dialoges (gem. Anlage)
5. Bewertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialoges
6. Empfehlung über den Abschluss des Strukturierten Dialoges
7. Weitere Aufgaben können im Rahmen der Umsetzung der Landesvereinbarung übernommen werden
8. Erstellung aktualisierter Projektablaufpläne und Verfahrenspläne für die Durchführung des strukturierten Dialogs mit den betroffenen Krankenhäusern

(4) Der aktuelle Projektablauf- und aktuelle Verfahrensplan werden Anlage dieser Vereinbarung. Aktualisierungen des Projektablaufplans und/oder des Verfahrensplans werden durch das Lenkungsgremium beraten. Durch Zustimmung der Partner werden die Aktualisierungen dieser Pläne Anlage dieser Vereinbarung.

§ 4 Berichterstattung und besondere Maßnahmen

(1) Zusätzlich zu den bisherigen Aufgaben und Tätigkeiten der gesetzlichen Qualitätssicherung berichtet die Geschäftsstelle (LAGQH) im mindestens halbjährlichen Abstand über den Erfüllungsstand des „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen", insbesondere auch über die Beteiligung der Krankenhäuser). Dem Lenkungsgremium werden die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Versorgungsgebiete und das Bundesland Hessen zur Verfügung gestellt. Die Informationen für das Lenkungsgremium sollen insbesondere Folgendes beinhalten:

1. Anzahl der auffälligen Kliniken

2. Grund der Auffälligkeit

3. Eingeleitete Maßnahme (schriftl. Stellungnahme, etc.) und ggf. Durchführungsstand bereits laufender Maßnahmen (Beurteilung des Fachausschusses nach Auswertung der Stellungnahme der Klinik, ggf. weitere Maßnahmen wie Beratungsgespräch, Begehung, Zielvereinbarung).

(2) Stellt der Fachausschuss fest, dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs vereinbarte Maßnahmen und Zielvereinbarungen im Einzelfall nicht eingehalten worden sind oder nicht zu einer Verbesserung der Ergebnisse geführt haben, wird dieser Fall auf Beschluss des Fachausschusses dem Lenkungsgremium anonymisiert vorgestellt. Das Lenkungsgremium beschließt auf Empfehlung des Fachausschusses über weitergehende Maßnahmen und/oder die Entanonymisierung des Falles.

§ 5 Finanzielle Beteiligung

(1) Eine finanzielle Beteiligung durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration kann nach schriftlicher Antragsstellung und bei Vorliegen der haushaltsrechtlichen Voraussetzungen mittels Zuwendungsbescheid erfolgen. Ein Antrag umfasst eine Projekt-/Maßnahmenbeschreibung, einen Zeitplan sowie einen Finanzierungsplan. Die Antragsstellung muss für jedes Jahr gesondert erfolgen.

(2) Nach Maßgabe des Absatz 1 und sofern entsprechende Mittel durch den Haushaltsgesetzgeber zur Verfügung gestellt werden, stellt das Hessische Ministerium für Soziales und Integration für die Jahre 2022 bis 2026 bis zu 20.000 EUR jährlich zur Verfügung.

§ 6 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2022 in Kraft und ersetzt zu diesem Zeitpunkt den „MRE-Vertrag 2015" inklusive „Nachtrag 2".

(2) Die Datenerfassung in den Krankenhäusern erfolgt seit dem 01.01.2016 und endet zunächst am 31.12.2025. Die Auswertung der Daten des Jahres 2025 erfolgt bis spätestens 30.06.2026.

(3) Diese Vereinbarung endet am 30.06.2026. Um über die Fortführung zu entscheiden, soll ein umfassender Zwischenbericht der LAGQH Auskunft über die Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse sowie über den zu erwartenden Nutzen einer Weiterführung des „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" geben. Über eine Fortführung des „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" wird spätestens bis zum 31.12.2025 von den Partnern dieser Vereinbarung entschieden.

(4) Wird der Gesellschaftsvertrag geändert und haben diese Änderungen Auswirkungen auf diese Vereinbarung hat das HMSI ein außerordentliches Kündigungsrecht.

(5) Endet der Gesellschaftsvertrag, so endet diese Vereinbarung automatisch mit gleichem Datum. Im Fall der Kündigung des Gesellschaftsvertrages durch einen Gesellschafter der LAGQH, infor-

miert der kündigende Gesellschafter unverzüglich das HMSI. Im Fall der einvernehmlichen Aufhebung des Gesellschaftsvertrages tragen die Gesellschafter der LAGQH gemeinschaftlich Sorge für eine unverzügliche Information des HMSI.

(6) Das „Landesverfahren MRE-Projekt Hessen" endet vorzeitig, wenn vergleichbare QS-Maßnahmen im Rahmen von § 137 SGB V vorgegeben werden und von den Partnern dieses „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" bereits während der Laufzeit dieser Vereinbarung verbindlich umzusetzen sind. Es endet ebenso, wenn durch gesetzgeberische Maßnahmen oder Rechtsverordnungen bzw. Richtlinien die hygienische Versorgung in Krankenhäusern nachhaltig verändert wird und das Ziel dieses „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" somit auch anderweitig erreicht wird. Über die Frage, ob QS-Maßnahmen vergleichbar sind oder die Ziele dieses „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" anderweitig erreicht werden, entscheiden die Partner gemeinsam.

(7) Unter Bezug auf § 5 Abs. 2 dieser Vereinbarung behalten sich die Landesverbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen vor, im Fall, dass sich das HMSI nicht mehr an den Kosten beteiligt, über die Fortführung des „Landesverfahrens MRE-Projekt Hessen" neu zu entscheiden.

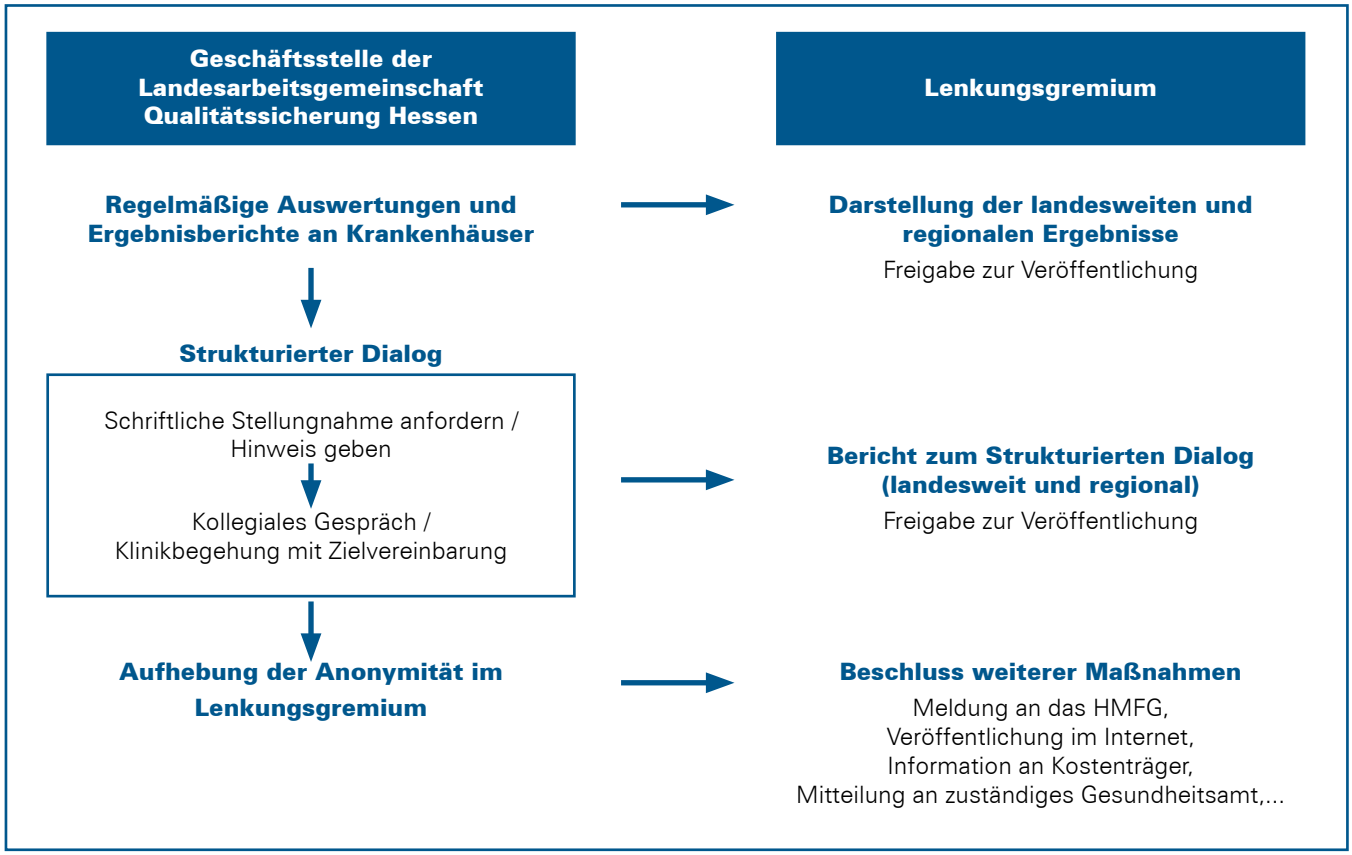
§ 7 Datenschutz

Bei der Datenverarbeitung für die Zwecke der Durchführung dieses Landesverfahrens sind die Vorgaben des Datenschutzes einzuhalten, insbesondere des § 299 SGB V.

§ 8 Salvatorische Klausel

Wenn sich einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise als unwirksam oder undurchführbar erweisen oder sie das durch Gesetzesänderungen werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen und die Wirksamkeit dieser Vereinbarung davon unberührt. Statt besagter Vertragsbestimmungen vereinbaren die Partnereine Regelung, die dem Sinn und Zweck der ursprünglichen Regelung möglichst nahekommt. Zeigt sich eine Vertragslücke, vereinbaren die Partner Regelungen, die dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entsprechen und die vereinbart worden wären, hätten die Partner die Vertragslücke gesehen.

Vereinfachter Verfahrensplan zum MRE-Projekt



Anlage zur Vereinbarung - Landesverfahren MRE-Projekt Hessen

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 V01)

Basisdatensatz

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.

1-16 Basisdokumentation

1	Institutionskennzeichen (http://www.arge-ik.de) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2	Entlassender Standort ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3	Betriebsstätten-Nummer ☐☐
4	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de ☐☐☐☐
5	Identifikationsnummer des Patienten ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
7	Geschlecht ☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt
8	Postleitzahl ☐☐☐☐☐
9	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
10.1	Aufnahmegrund §301-Vereinbarung ☐☐☐☐ Schlüssel **1**
10.2	Nicht spezifizierter Aufnahmegrund ☐ 1 = ja
11	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (http://www.dimdi.de) 1 ☐☐☐.☐☐ 2 ☐☐☐.☐☐ 3 ☐☐☐.☐☐ 4 ☐☐☐.☐☐ 5 ☐☐☐.☐☐ 6 ☐☐☐.☐☐ 7 ☐☐☐.☐☐ 8 ☐☐☐.☐☐
	9 ☐☐☐.☐☐ 10 ☐☐☐.☐☐ ... 25 ☐☐☐.☐☐
12	Prozedur(en) OPS (http://www.dimdi.de) 1 ☐-☐☐☐.☐☐ 2 ☐-☐☐☐.☐☐ 3 ☐-☐☐☐.☐☐ 4 ☐-☐☐☐.☐☐ 5 ☐-☐☐☐.☐☐ 6 ☐-☐☐☐.☐☐ 7 ☐-☐☐☐.☐☐ 8 ☐-☐☐☐.☐☐ 9 ☐-☐☐☐.☐☐ 10 ☐-☐☐☐.☐☐ ... 20 ☐-☐☐☐.☐☐
13	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
14.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung ☐☐ Schlüssel **2**
14.2	Nicht spezifizierter Entlassungs-grund ☐ 1 = ja
15	Beatmungsstunden >= 1 Stunde ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn Feld 15 = 1	
16>	Dauer der Beatmung ☐☐☐☐ Stunden

17-18.5 Stationärer Verlauf

17 Maßnahmen

17	Patient isoliert ☐ 0 = nein 1 = nein, da Patient vor MRE-Befund schon entlassen war 2 = ja 9 = unbekannt

18.1 – 18.5 Risikofaktoren

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

19 – 21 Entlassungsmanagement

19	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert ☐ 0 = nein 1 = ja, Arztbrief 2 = ja, Überleitungsbogen 3 = ja, Arztbrief und Überleitungsbogen 9 = unbekannt

20 Ausfüllender

20	Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch (Hauptverantwortlich) ☐ 1 = Behandelnder Arzt 2 = Hygienefachkraft 3 = Hygieniker 4 = QM/MedCo 9 = Sonstiges

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Stand: 12.09.2022

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 V01)

MRSA
ICD-10-Kode U80.00!

Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.

21-24.7	**Identifikation**
21	Nosokomialer MRSA-Fall (Erstnachweis ab Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes) ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn Feld 21 = 0	
22>	MRSA-Status ☐ 1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen jedoch nicht im Aufnahmescreening
23-24.7	**Kolonisation/Infektion**
23	Ausprägung ☐ 1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion
Wenn Feld 23 = 2	
24.1-24.7	**Art der Infektion**
Mindestens eines der Felder 24.1 – 24.7 ist auszufüllen	
24.1>	Kardio-pulmonal ☐ 1 = ja
24.2>	Urogenital ☐ 1 = ja
24.3>	Muskulo-skeletal ☐ 1 = ja
24.4>	Kranial-cervical ☐ 1 = ja
24.5>	Sepsis ☐ 1 = ja
24.6>	Haut- und Weichteile ☐ 1 = ja
24.7>	Sonstige ☐ 1 = ja

25-26	**Stationärer Verlauf**
25-26	**Maßnahmen**
25	Dekolonisierung durchgeführt ☐ 0 = nein 1 = begonnen 2 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung negativ
Wenn Feld 25 = 0	
26>	Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund) ☐ 1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolglosigkeit 8 = sonstige 9 = nicht dokumentiert

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Stand: 12.09.2022

4MRGN **ICD-10-Kodes U81.41! U81.51!**	
Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
27	**Identifikation**
27	4MRGN-Status ☐ 1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = im Verlauf festgestellt
Wenn Feld 27 = 3	
28>	Festgellt am TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
29	**Antibiotische Vorbehandlung**
29>	Antibiotikatherapie > 7 Tage innerhalb der letzten 6 Wochen vor Keimbefund erfolgt ☐ 0 = nein 1 = ja
30-31.7	**Kolonisation/Infektion**
30	Ausprägung ☐ 1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion
Wenn Feld 30 = 2	
31.1-31.7	**Art der Infektion**
31.1>	Kardio-pulmonal ☐ 1 = ja
31.2>	Urogenital ☐ 1 = ja
31.3>	Muskulo-skeletal ☐ 1 = ja
31.4>	Kranial-cervical ☐ 1 = ja
31.5>	Sepsis ☐ 1 = ja
31.6>	Haut- und Weichteile ☐ 1 = ja
31.7>	Sonstige ☐ 1 = ja

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2024 V03)

Basis	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-11	**Basisdokumentation**
1	Institutionskennzeichen (http://www.arge-ik.de) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2	Entlassender Standort ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3	Betriebsstätten-Nummer ☐☐
4	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de ☐☐☐☐
5	Identifikationsnummer des Patienten ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
7	Geschlecht ☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt
8	Postleitzahl ☐☐☐☐☐
9	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
10.1	Aufnahmegrund §301-Vereinbarung ☐☐☐☐ Schlüssel **1**
10.2	Nicht spezifischer Aufnahmegrund 1 = ja ☐
11	**Auslösende ICD-Kodes**
11	teildatensatzsteuernde ICD-Kodes http://www.bfarm.de 1☐☐☐.☐☐ 2☐☐☐.☐☐ 3☐☐☐.☐☐

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Stand: 16.11.2023

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 / 2014)

MRSA ICD-10-Kode U80.00!	
Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
12-15.7	**Identifikation**
12	Nosokomialer MRSA-Fall (Erstnachweis ab Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes) ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn Feld 12 = 0	
13>	MRSA-Status ☐ 1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen jedoch nicht im Aufnahmescreening
14-15.7	**Kolonisation/Infektion**
14	Ausprägung ☐ 1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion
Wenn Feld 14 = 2	
15.1-24.7	**Art der Infektion**
Mindestens eines der Felder 15.1 – 15.7 ist auszufüllen	
15.1>	Kardio-pulmonal ☐ 1 = ja
15.2>	Urogenital ☐ 1 = ja
15.3>	Muskulo-skeletal ☐ 1 = ja
15.4>	Kranial-cervical ☐ 1 = ja
15.5>	Sepsis ☐ 1 = ja
15.6>	Haut- und Weichteile ☐ 1 = ja
15.7>	Sonstige ☐ 1 = ja

16-17	**Maßnahmen**
16	Dekolonisierung durchgeführt ☐ 0 = nein 1 = begonnen 2 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung negativ
Wenn Feld 16 = 0	
17>	Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund) ☐ 1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolglosigkeit 8 = sonstige 9 = nicht dokumentiert

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Stand: 16.11.2023

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 / 2014)

4MRGN **ICD-10-Kodes U81.41! U81.51!**	
Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
18-19	**Identifikation**
18	4MRGN-Status ☐ 1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = im Verlauf festgestellt
Wenn Feld 18 = 3	
19>	Festgestellt am TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
20	**Antibiotische Vorbehandlung**
20>	Antibiotikatherapie > 7 Tage innerhalb der letzten 6 Wochen vor Keimbefund erfolgt ☐ 0 = nein 1 = ja
21-22.7	**Kolonisation/Infektion**
21	Ausprägung ☐ 1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion
Wenn Feld 21 = 2	
22.1-22.7	**Art der Infektion**
22.1>	Kardio-pulmonal ☐ 1 = ja
22.2>	Urogenital ☐ 1 = ja
22.3>	Muskulo-skeletal ☐ 1 = ja
22.4>	Kranial-cervical ☐ 1 = ja
22.5>	Sepsis ☐ 1 = ja
22.6>	Haut- und Weichteile ☐ 1 = ja
22.7>	Sonstige ☐ 1 = ja

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 / 2014)

	Basis
	Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.
23-31	**Basisdokumentation**
23-26	**Stationärer Verlauf**
23	**Maßnahmen**
23	Patient isoliert ☐ 0 = nein 1 = nein, da Patient vor MRE-Befund schon entlassen war 2 = ja 9 = unbekannt
24.1 – 24.5	**Risikofaktoren**
24.1	Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.) ☐ 0 = nein 1 = ja
24.2	OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis ☐ 0 = nein 1 = ja
24.3	Behandlung auf Intensivstation ☐ 0 = nein 1 = ja
24.4	Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation ☐ 0 = nein 1 = ja
24.5	Weaning ☐ 0 = nein 1 = ja
25 - 26	**Beatmung**
25	Beatmungsstunden >= 1 Stunde ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn Feld 25 = 1	
26>	Dauer der Beatmung ☐☐☐☐Stunden
27 – 30	**Entlassungsmanagement**
27	Entlassungsdiagnose(n) http://www.bfarm.de 1☐☐☐.☐☐ 2☐☐☐.☐☐ 3☐☐☐.☐☐ 4☐☐☐.☐☐
	5☐☐☐.☐☐ 6☐☐☐.☐☐ 7☐☐☐.☐☐ 8☐☐☐.☐☐ 9☐☐☐.☐☐ 10☐☐☐.☐☐ ... 25☐☐☐.☐☐
28	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
29.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung ☐☐ Schlüssel **2**
29.2	Nicht spezifischer Entlassungsgrund ☐ 1 = ja
30	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert ☐ 0 = nein 1 = ja, Arztbrief 2 = ja, Überleitungsbogen 3 = ja, Arztbrief und Überleitungsbogen 9 = unbekannt
31	**Ausfüllender**
31	Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch (Hauptverantwortlich) ☐ 1 = Behandelnder Arzt 2 = Hygienefachkraft 3 = Hygieniker 4 = QM/MedCo 9 = Sonstiges

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

Datensatz MRE - Projekt Hessen

MRE_HE (Spezifikation 2023 / 2014)

Schlüssel 1

0101 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall
0102 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
0103 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
0104 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0105 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei
0106 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten- Leiden/BVG-Leiden
0107 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall
0121 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0122 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V) Kostenträgerwechsel
0123 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X) Kostenträgerwechsel
0124 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0125 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, Kostenträgerwechsel
0126 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0127 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
0141 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, IV
0142 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), IV
0143 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0144 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0145 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, IV
0146 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0147 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, IV
0201 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall
0202 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
0203 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
0204 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0205 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei
0206 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0207 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall
0221 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0222 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0223 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0224 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0225 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
0226 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0227 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0241 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, IV
0242 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), IV
0243 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0244 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0245 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, IV
0246 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0247 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, IV
0301 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall
0302 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0303 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0304 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0305 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei
0306 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0307 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall
0321 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0322 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0323 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0324 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0325 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, Kostenträgerwechsel
0326 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0327 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
0341 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, IV
0342 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0343 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0344 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0345 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, IV
0346 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0347 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, IV
0401 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall
0402 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0403 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/ Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0404 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0405 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei
0406 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0407 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende Vollstationär Behandlung, Notfall
0421 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0422 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0423 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0424 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0425 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
0426 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0427 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0441 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, IV
0442 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/ Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0443 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/ Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0444 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

S

0445 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, IV
0446 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0447 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, IV
0501 = Stationäre Entbindung, Normalfall
0502 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0503 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/ Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0504 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0505 = Stationäre Entbindung, frei
0506 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0507 = Stationäre Entbindung, Notfall
0521 = Stationäre Entbindung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0522 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufs-krankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0523 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/ Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0524 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0525 = Stationäre Entbindung, frei, Kostenträgerwechsel
0526 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0527 = Stationäre Entbindung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0541 = Stationäre Entbindung, Normalfall, IV
0542 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/ Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0543 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/ Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0544 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0545 = Stationäre Entbindung, frei, IV
0546 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0547 = Stationäre Entbindung, Notfall, IV
0601 = Geburt, Normalfall
0602 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0603 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0604 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0605 = Geburt, frei
0606 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0607 = Geburt, Notfall
0621 = Geburt, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0622 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0623 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0624 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0625 = Geburt, frei, Kostenträgerwechsel
0626 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0627 = Geburt, Notfall, Kostenträgerwechsel
0641 = Geburt, Normalfall, IV
0642 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0643 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0644 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt. IV
0645 = Geburt, frei, IV
0646 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0647 = Geburt, Notfall, IV
0701 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall
0702 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0703 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003,Verkehrsunfall/ Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0704 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0705 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei
0706 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0707 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall
0721 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0722 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0723 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0724 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0725 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, Kostenträgerwechsel
0726 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0727 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, Kostenträgerwechsel
0741 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, IV
0742 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/ Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0743 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/ Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0744 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0745 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, IV
0746 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0747 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, IV
0801 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall
0802 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0803 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0804 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0805 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei
0806 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0807 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall
0821 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0822 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0823 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0824 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0825 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, Kostenträgerwechsel
0826 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0827 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, Kostenträgerwechsel
0841 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, IV
0842 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0843 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0844 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0845 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, IV
0846 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0847 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, IV

Schlüssel 2

01 = Behandlung regulär beendet
02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07 = Tod
08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, Eschborn

25 =	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Ausfüllhinweise
Multiresistente Erreger (MRE_HE)

Stand: 5. September 2022 (Spezifikation Hessen 2023 V01)
Copyright © LAGQH, Eschborn

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die „Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)“ der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem die Patient*innen nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden
4	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des*der Patient*in	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird den Patient*innen von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Postleitzahl	-	Verpflichtend ist die vierstellige PLZ des Patient*innen-Wohnortes anzugeben; die Erfassung der 5. Stelle ist fakultativ. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. . Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2024.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10	Aufnahmegrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.10.2
11	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der QS dokumentierten Leistung stehen. Jede Diagnose ist nur einmalig zu nennen.Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2023 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn die Patient*innen am 31.12.2022 aufgenommen wurden.
12	Prozedure(en)	-	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/ Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der/die Patient*in am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.
13	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRGGrenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2023bis zum 10.01.2023 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2023 bis zum 20.01.2023 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2023 das „Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2023
14	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
15	Beatmungsstunden ≥ 1 Stunde	0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. „Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn die Patient*innen mindestens 1 Stunden beatmet wurden.
wenn Feld 15 = 1			
16	Dauer der Beatmung	Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥1 Stunde	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Stationärer Verlauf			
Maßnahmen			
17	Patient*in isoliert	0 = nein 1 = ja, da Patient*in vor MRE-Befund schon entlassen war 2 = ja 9 = unbekannt	inkl. Barrierepflege
Risikofaktoren			
18.1	Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.)	0 = nein 1 = ja	Dialyse, ECMO, o.ä., im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt sind. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
18.2	OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis	0 = nein 1 = ja	Alle Eingriffe im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, die mit einem Hautschnitt (inkl. Schleimhaut und Hornhaut) verbunden sind, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt sind. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort operiert und anschließend zurückverlegt werden.
18.3	Behandlung auf Intensivstation	0 = nein 1 = ja	Behandlung auf der Intensiv- oder vergleichbarer Station mit beatmungspflichtigen Patient*innen in der eigenen Klinik - exkl. IMC (ohne beatmungspflichtige Patient*innen), Stroke-Unit oder Vergleichbares im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE liegen. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/ Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
18.4	Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation	0 = nein 1 = ja	Behandlung in einer Einrichtung oder auf einer Station der neurologischen Frührehabilitation (Phase B), wenn dieser zeitlich in Zusammenhang mit dem Nachweis von MRE steht. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
18.5	Weaning	0 = nein 1 = ja	Mit dem Begriff Weaning bezeichnet man in der Intensivmedizin und der Anästhesie die Phase, in welcher die „Entwöhnung" beatmeter Patient*innen von einer maschinellen Atemunterstützung (Beatmungsgerät) stattfindet. Zu nennen sind alle Fälle, wenn das Weaning zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt ist. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
Entlassungsmanagement			
19	Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert	0 = nein 1 = ja, Arztbrief 2 = ja, Überleitungsbogen 3 = ja, Arztbrief und Überleitungsbogen 9 = unbekannt	I nter Arztbrief wird auch der KurzArztbrief bzw. Kurzbrief verstanden Überleitungsbogen für Patienten mit Multiresistenten Erregern (gemäß IfSG § 23 Abs.8 i.V. mit HHygVO § 2 Abs. 5) V 2.1.: http://www.mre-netzwerkmittelHessen.de/images/downloads/Ueberleitungsbogen_MRE_14-07-08.pdf Auch Patient*innen, die im Rahmen eines D-ärztlichen stationären Aufenthalts behandelt werden, erhalten für ihren Weiterbehandler eine entsprechende Information, auch wenn dieser nicht am BG-Verfahren direkt beteiligt ist.
Risikofaktoren			
20	Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch	1 = Behandelnde*n Ärzt*in 2 = Hygienefachkraft 3 = Hygieniker 4 = QM/MedCo 9 = Sonstigen	In diesem Feld ist die Funktion desjenigen zu vermerken, welcher für die Dokumentation dieses Falles hauptverantwortlich ist.
Teildatensatz MRSA			
21	Nosokomialer MRSA-Fall	0 = nein 1 = ja (Erstnachweis ab Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes)	MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus Nosokomialer MRSA-Fall: Aus einem während des Aufenthaltes im Krankenhaus (später als Tag 2) abgenommenen Untersuchungsmaterial wird erstmalig MRSA isoliert. Dies gilt auch dann, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Besiedlung mit MRSA evtl. bereits bei Aufnahme vorlag, aber innerhalb der ersten 2 Tage kein Untersuchungsmaterial abgenommen wurde und keine Nachweise von vorbehandelnden Krankenhäusern / Stationen / Ärzten vorliegen (Quelle: Protokoll MRSA-KISS 2018). Eine Infektion wird als nosokomial bezeichnet, wenn der Infektionstag (= Tag mit dem ersten Symptom) frühestens der Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist. (Quelle: Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen) Dabei gilt der Aufnahmetag in das Krankenhaus als Tag 1.
wenn Feld 21 = 0			
22	MRSA-Status	1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen, jedoch nicht im Aufnahmescreening	MRSA-Status bei Aufnahme von nicht nosokomial aufgetretenen Fällen.
Kolonisation/Infektion			
23	Ausprägung	1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion	Eine durch den MRSA ursächlich hervorgerufene behandlungsbedürftige Infektion. Dies sind eine chirurgische Behandlung/Intervention (z.B. Säuberung, Spülung, Debridement) und/ oder eine systemische Antibiotikatherapie. Bei einer „Besiedlung" (Kolonisation) besteht keine Erkrankung, die kommensalen Bakterien leben auf Haut bzw. Schleimhäuten ohne in den Organismus einzudringen.
wenn Feld 23 = 2			
Art der Infektion			

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
24.1	Kardio-pulmonal	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen das Herz und die Lunge betreffend. (z.B. Pneumonie)
24.2	urogenital	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Harn- und Geschlechtsorgane betreffend. (z.B. Harnwegsinfekt)
24.3	Muskulo-skeletal	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats betreffend. (z. B. Osteomyelitis)
24.4	Kranial-cervical	1 = ja	Nur MRSA-assoziierter behandlungsbedürftiger Erkrankungen den Kopf und die Wirbelsäule betreffend. (z.B. Meningitis)
24.5	Sepsis	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte Sepsis
24.6	Haut- und Weichteile	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Haut- und Weichteile betreffend. (z.B. Furunkel und Karbunkel)
24.7	Sonstige	1 = ja	Sonstige MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Infektion
Stationärer Verlauf			
Maßnahmen			
25	Dekolonisierung durchgeführt	0 = nein 1 = begonnen 2 = ja, Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja, Status bei Entlassung/Verlegung negativ	Hier gilt eine Mindestliegedauer von drei Tagen. War die Patient*innen weniger als drei Tage stationär, so ist hier „nein“ anzugeben. Begonnen bedeutet im Rahmen der stationären Behandlung noch angefangen, aber nicht beendet oder auch die meist fünftägige Dekolonisation beendet aber die zur Kontrolle erforderlichen drei Abstrichserien noch nicht abgenommen (weil der*die Patient*in bereits entlassen). Die Felder 2 und 3 sind anzukreuzen, wenn die Dekolonisation im Rahmen des stationären Aufenthaltes abgeschlossen wurde und auch die zur Beurteilung des Dekolonisationserfolges erforderlichen Abstriche entnommen wurden, z.B. nasale, oropharyngeale bzw. Haut-Dekolonisation in der Klinik mit einer Dauer von mindestens 5 Tagen. Dies ist ebenfalls anzugeben nach erfolgreicher Wundbehandlung bei ausschließlich dort vorliegendem Keimbefund Positiv = MR-Erreger weiterhin nachgewiesen Negativ = MR-Erreger nicht mehr nachweisbar
wenn Feld 25 = 0			
26	Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund)	1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolglosigkeit 8 = Sonstige 9 = Nicht dokumentiert	Hauptgrund für nicht durchgeführte Dekolonisation 2 = auf Grund der Erregerlokalisation (z. B. Tubus, Trachealkanüle, Katheter) 4 = bei Patient*in vorangegangene erfolglose Dekolonisationsversuche im eigenen Krankenhaus oder von Vorbehandlern mitgeteilt; dieses Feld ist auch zu wählen, wenn es sich um eine chronische Wunde handelt und eine Dekolonisierung wenig erfolgversprechend wäre. 8 = in der Krankenakte nachvollziehbar dokumentierte andere Gründe 9 = nicht aus den vorliegenden Dokumenten ersichtlich
Teildatensatz MRGN			
Identifikation			
27	4MRGN-Status	1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = im Verlauf festgestellt	4MRGN-Status bei Aufnahme von nicht nosokomial aufgetretenen Fällen Antwort 2 impliziert auch einen Nachweis innerhalb der ersten zwei Tage des Krankenhausaufenthaltes
wenn Feld 27 = 3			
28	Festgestelt am	Format: TT.MM.JJJJ	Das Datumsfeld bezieht sich auf den Tag der Blutentnahme bzw. Abnahme/Gewinnung des zu untersuchenden Probenmaterials
Antibiotische Vorbehandlung			
29	Antibiotikatherapie > 7 Tage innerhalb der letzten 6 Wochen vor Keimbefund erfolgt	0 = nein 1 = ja	Falls die Patient*innen vor dem 4MRGN-Befund eine Antibiotikatherapie bekamen und diese länger als 7 Tage durchgeführt wurde und innerhalb der letzten sechs Wochen stattfand ist dies mit „ja“ zu beantworten. Falls die Information über Antibiotikatherapie nicht vorliegt, ist das Feld mit 0 = nein zu beantworten.
Kolonisation/Infektion			

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
30	Ausprägung	1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion	Eine Infektion verursacht Symptome und bedarf einer spezifischen ärztlich angeordneten Behandlung. Dies sind eine chirurgische Behandlung/Intervention (z.B. Säuberung, Spülung, Debridement) und/oder eine systemische Antibiotikatherapie. Bei einer „Besiedlung" (Kolonisation) besteht keine Erkrankung, die kommensalen Bakterien leben auf Haut bzw. Schleimhäuten ohne in den Organismus einzudringen. Zur Therapie zählen hier z.B. antiseptische Wundauflagen.
wenn Feld 30 = 2			
Art der Infektion			
31.1	Kardio-pulmonal	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen das Herz und die Lunge betreffend. (z.B. Pneumonie)
31.2	Urogenital	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Harn- und Geschlechtsorgane betreffend. (z.B. Harnwegsinfekt)
31.3	Muskulo-skeletal	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats betreffend. (z. B. Osteomyelitis)
31.4	Kranial-cervical	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierter behandlungsbedürftiger Erkrankungen den Kopf und die Wirbelsäule betreffend. (z.B. Meningitis)
31.5	Sepsis	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte Sepsis
31.6	Haut- und Weichteile	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Haut- und Weichteile betreffend. (z.B. Furunkel und Karbunkel)
31.7	Sonstige	1 = ja	Sonstige 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Infektion

Ausfüllhinweise
Multiresistente Erreger (MRE_HE)

Stand: 05. Juli 2023 (Spezifikation Hessen 2024 V01)
Copyright © LAGQH, Eschborn

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die „Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)“ der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem die Patient*innen nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	iese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden
4	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des*der Patient*in	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird den Patient*innen von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Postleitzahl	-	Verpflichtend ist die vierstellige PLZ des Patient*innen-Wohnortes anzugeben; die Erfassung der 5. Stelle ist fakultativ. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. . Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2024.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10.1	Aufnahmegrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.10.2
10.2	Nicht spezifischer Aufnahmegrund	1 = ja	
11	**Auslösende ICD-Kodes**		
11	Teildatensatzsteuernde ICD-Kodes	ICD-10-GM (http://www.dimdi.de)	
Teildatensatz MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)			
12 - 15.7	**Identifikation**		
12	Nosokomialer MRSA-Fall	0 = nein 1 = ja (Erstnachweis ab Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes)	MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus Nosokomialer MRSA-Fall: Aus einem während des Aufenthaltes im Krankenhaus (später als Tag 2) abgenommenen Untersuchungsmaterial wird erstmalig MRSA isoliert. Dies gilt auch dann, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Besiedlung mit MRSA evtl. bereits bei Aufnahme vorlag, aber innerhalb der ersten 2 Tage kein Untersuchungsmaterial abgenommen wurde und keine Nachweise von vorbehandelnden Krankenhäusern / Stationen / Ärzten vorliegen (Quelle: Protokoll MRSA-KISS 2018). Eine Infektion wird als nosokomial bezeichnet, wenn der Infektionstag (= Tag mit dem ersten Symptom) frühestens der Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist. (Quelle: Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen) Dabei gilt der Aufnahmetag in das Krankenhaus als Tag 1.
wenn Feld 12 = 0			
13>	MRSA-Status	1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen, jedoch nicht im Aufnahmescreening	MRSA-Status bei Aufnahme von nicht nosokomial aufgetretenen Fällen.
14 - 15.7	**Kolonisation/Infektion**		
14	Ausprägung	1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion	Eine durch den MRSA ursächlich hervorgerufene behandlungsbedürftige Infektion. Dies sind eine chirurgische Behandlung/Intervention (z.B. Säuberung, Spülung, Debridement) und/ oder eine systemische Antibiotikatherapie. Bei einer „Besiedlung" (Kolonisation) besteht keine Erkrankung, die kommensalen Bakterien leben auf Haut bzw. Schleimhäuten ohne in den Organismus einzudringen.
wenn Feld 14 = 2			
15.1 - 15.7	**Art der Infektion**		
15.1>	Kardio-pulmonal	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen das Herz und die Lunge betreffend. (z.B. Pneumonie)
15.2>	urogenital	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Harn- und Geschlechtsorgane betreffend. (z.B. Harnwegsinfekt)
15.3>	Muskulo-skeletal	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats betreffend. (z. B. Osteomyelitis)
15.4>	Kranial-cervical	1 = ja	Nur MRSA-assoziierter behandlungsbedürftiger Erkrankungen den Kopf und die Wirbelsäule betreffend. (z.B. Meningitis)
15.5>	Sepsis	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte Sepsis
15.6>	Haut- und Weichteile	1 = ja	Nur MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Haut- und Weichteile betreffend. (z.B. Furunkel und Karbunkel)
15.7>	Sonstige	1 = ja	Sonstige MRSA-assoziierte behandlungsbedürftige Infektion
16 - 17	**Maßnahmen**		

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
16	Dekolonisierung durchgeführt	0 = nein 1 = begonnen 2 = ja, Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja, Status bei Entlassung/Verlegung negativ	Hier gilt eine Mindestliegedauer von drei Tagen. War die Patient*innen weniger als drei Tage stationär, so ist hier „nein" anzugeben. Begonnen bedeutet im Rahmen der stationären Behandlung noch angefangen, aber nicht beendet oder auch die meist fünftägige Dekolonisation beendet aber die zur Kontrolle erforderlichen drei Abstrichserien noch nicht abgenommen (weil der*die Patient*in bereits entlassen). Die Felder 2 und 3 sind anzukreuzen, wenn die Dekolonisation im Rahmen des stationären Aufenthaltes abgeschlossen wurde und auch die zur Beurteilung des Dekolonisationserfolges erforderlichen Abstriche entnommen wurden, z.B. nasale, oropharyngeale bzw. Haut-Dekolonisation in der Klinik mit einer Dauer von mindestens 5 Tagen. Dies ist ebenfalls anzugeben nach erfolgreicher Wundbehandlung bei ausschließlich dort vorliegendem Keimbefund Positiv = MR-Erreger weiterhin nachgewiesen Negativ = MR-Erreger nicht mehr nachweisbar
wenn Feld 16 = 0			
17>	Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund)	1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolglosigkeit 8 = Sonstige 9 = Nicht dokumentiert	Hauptgrund für nicht durchgeführte Dekolonisation 2 = auf Grund der Erregerlokalisation (z. B. Tubus, Trachealkanüle, Katheter) 4 = bei Patient*in vorangegangene erfolglose Dekolonisationsversuche im eigenen Krankenhaus oder von Vorbehandlern mitgeteilt; dieses Feld ist auch zu wählen, wenn es sich um eine chronische Wunde handelt und eine Dekolonisierung wenig erfolgversprechend wäre. 8 = in der Krankenakte nachvollziehbar dokumentierte andere Gründe 9 = nicht aus den vorliegenden Dokumenten ersichtlich
Teildatensatz MRGN (ICD-10-Kode U81.41! U81.51!)			
18-19	**Identifikation**		
18	4MRGN-Status	1 = bei Aufnahme bekannt 2 = im Aufnahmescreening festgestellt 3 = im Verlauf festgestellt	4MRGN-Status bei Aufnahme von nicht nosokomial aufgetretenen Fällen Antwort 2 impliziert auch einen Nachweis innerhalb der ersten zwei Tage des Krankenhausaufenthaltes
wenn Feld 18 = 3			
19>	Festgestelt am	Format: TT.MM.JJJJ	Das Datumsfeld bezieht sich auf den Tag der Blutentnahme bzw. Abnahme/Gewinnung des zu untersuchenden Probenmaterials
20	**Antibiotische Vorbehandlung**		
20	Antibiotikatherapie > 7 Tage innerhalb der letzten 6 Wochen vor Keimbefund erfolgt	0 = nein 1 = ja	Falls die Patient*innen vor dem 4MRGN-Befund eine Antibiotikatherapie bekamen und diese länger als 7 Tage durchgeführt wurde und innerhalb der letzten sechs Wochen stattfand ist dies mit „ja" zu beantworten. Falls die Information über Antibiotikatherapie nicht vorliegt, ist das Feld mit 0 = nein zu beantworten.
21-27	**Kolonisation/Infektion**		
21	Ausprägung	1 = asymptomatische Kolonisation 2 = behandlungsbedürftige Infektion	Eine Infektion verursacht Symptome und bedarf einer spezifischen ärztlich angeordneten Behandlung. Dies sind eine chirurgische Behandlung/Intervention (z.B. Säuberung, Spülung, Debridement) und/oder eine systemische Antibiotikatherapie. Bei einer „Besiedlung" (Kolonisation) besteht keine Erkrankung, die kommensalen Bakterien leben auf Haut bzw. Schleimhäuten ohne in den Organismus einzudringen. Zur Therapie zählen hier z.B. antiseptische Wundauflagen.
wenn Feld 21 = 2			
21.1-22.7	**Art der Infektion**		
22.1	Kardio-pulmonal	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen das Herz und die Lunge betreffend. (z.B. Pneumonie)
22.2	Urogenital	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Harn- und Geschlechtsorgane betreffend. (z.B. Harnwegsinfekt)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
22.3	Muskulo-skeletal	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats betreffend. (z. B. Osteomyelitis)
22.4	Kranial-cervical	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierter behandlungsbedürftiger Erkrankungen den Kopf und die Wirbelsäule betreffend. (z.B. Meningitis)
22.5	Sepsis	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte Sepsis
22.6	Haut- und Weichteile	1 = ja	Nur 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Erkrankungen die Haut- und Weichteile betreffend. (z.B. Furunkel und Karbunkel)
22.7	Sonstige	1 = ja	Sonstige 4MRGN-assoziierte behandlungsbedürftige Infektion
Teildatensatz Basis (B)			
23-32	**Basisdokumentation**		
23-25.5	**Stationärer Verlauf**		
23	**Maßnahmen**		
23	Patient*in isoliert	0 = nein 1 = ja, da Patient*in vor MRE-Befund schon entlassen war 2 = ja 9 = unbekannt	inkl. Barrierepflege
24.1 - 24.5	**Risikofaktoren**		
24.1	Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.)	0 = nein 1 = ja	Dialyse, ECMO, o.ä., im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt sind. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
24.2	OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis	0 = nein 1 = ja	Alle Eingriffe im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, die mit einem Hautschnitt (inkl. Schleimhaut und Hornhaut) verbunden sind, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt sind. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort operiert und anschließend zurückverlegt werden.
24.3	Behandlung auf Intensivstation	0 = nein 1 = ja	Behandlung auf der Intensiv- oder vergleichbarer Station mit beatmungspflichtigen Patient*innen in der eigenen Klinik - exkl. IMC (ohne beatmungspflichtige Patient*innen), Stroke-Unit oder Vergleichbares im Zusammenhang mit dem Aufenthalt, wenn diese zeitlich vor dem Nachweis von MRE liegen. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
24.4	Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation	0 = nein 1 = ja	Behandlung in einer Einrichtung oder auf einer Station der neurologischen Frührehabilitation (Phase B), wenn dieser zeitlich in Zusammenhang mit dem Nachweis von MRE steht. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
24.5	Weaning	0 = nein 1 = ja	Mit dem Begriff Weaning bezeichnet man in der Intensivmedizin und der Anästhesie die Phase, in welcher die „Entwöhnung" beatmeter Patient*innen von einer maschinellen Atemunterstützung (Beatmungsgerät) stattfindet. Zu nennen sind alle Fälle, wenn das Weaning zeitlich vor dem Nachweis von MRE erfolgt ist. Impliziert sind auch Fälle die z.B. im Rahmen einer Verbringung in einem anderen Krankenhaus/Standort behandelt und anschließend zurückverlegt werden.
25-26	**Beatmung**		
25	Beatmungsstunden >= 1 Stunde	0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. „Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn Patient*innen mindestens 1 Stunde beatmet wurden.
wenn Feld 25 = 1			
26	Dauer der Beatmung	Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 1 Stunden	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
27 - 33	**Entlassungsmanagement**		
27	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Jede Diagnose ist nur einmalig zu nennen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2024 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2023 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der *die Patient*in am 31.12.2023 aufgenommen worden ist.
28	Entlassungdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024 das „Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024
29	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
30	Nicht spezifischer Entlassungsgrund	1 = ja	
31	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	0 = nein 1 = ja, Arztbrief 2 = ja, Überleitungsbogen 3 = ja, Arztbrief und Überleitungsbogen 9 = unbekannt	Unter Arztbrief wird auch der Kurz-Arztbrief bzw. Kurzbrief verstanden. Überleitungsbogen für Patient*innen mit Multiresistenten Erregern (gemäß IfSG § 23 Abs.8 i.V. mit HHygVO § 2 Abs. 5) V 2.1.: http://www.mre-netzwerk-mittelHessen.de/images/downloads/Uberleitungsbogen_MRE_14-07-08.pdf Auch Patient*innen, die im Rahmen eines D-ärztlichen stationären Aufenthalts behandelt werden, erhalten für ihren Weiterbehandelnden eine entsprechende Information, auch wenn dieser nicht am BG-Verfahren direkt beteiligt ist. Sollten Patient*innen keinen Hausarzt haben, so gilt die dokumentierte Mitgabe des Arztbriefes an die Patient*innen selbst bei der Entlassung als erfolgte Information des Weiterbehandelnden Nach Entlassung eintreffende positive Befunde müssen nachweislich weitergeleitet werden und die QS-Dokumentation korrigiert werden.
32	**Ausfüllender**		
32	Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch	1 = Behandelnder Arzt 2 = Hygienefachkraft 3 = Hygieniker 4 = QM/MedCo 9 = Sonstiges	In diesem Feld ist die Funktion desjenigen zu vermerken, welcher für die Dokumentation dieses Falles hauptverantwortlich ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 - Aufnahmegrund

0101 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall
0102 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
0103 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
0104 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0105 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei
0106 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten- Leiden/BVG-Leiden
0107 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall
0121 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0122 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V) Kostenträgerwechsel
0123 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X) Kostenträgerwechsel
0124 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0125 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, Kostenträgerwechsel
0126 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0127 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
0141 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, IV
0142 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), IV
0143 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0144 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0145 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, IV
0146 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0147 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, IV
0201 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall
0202 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
0203 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
0204 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0205 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei
0206 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0207 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall
0221 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0222 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0223 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0224 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0225 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
0226 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0227 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0241 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, IV
0242 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0243 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0244 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0245 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, IV
0246 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0247 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, IV
0301 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall
0302 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0303 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0304 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0305 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei
0306 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0307 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall
0321 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0322 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0323 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0324 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0325 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, Kostenträgerwechsel
0326 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0327 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
0341 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, IV
0342 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0343 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0344 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0345 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, IV
0346 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0347 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, IV
0401 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall
0402 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0403 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0404 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0405 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei
0406 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0407 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall
0421 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0422 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0423 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0424 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0425 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
0426 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0427 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0441 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, IV
0442 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0443 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0444 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0445 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, IV
0446 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0447 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, IV
0501 = Stationäre Entbindung, Normalfall
0502 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0503 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0504 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0505 = Stationäre Entbindung, frei
0506 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0507 = Stationäre Entbindung, Notfall
0521 = Stationäre Entbindung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0522 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0523 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0524 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0525 = Stationäre Entbindung, frei, Kostenträgerwechsel
0526 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0527 = Stationäre Entbindung, Notfall, Kostenträgerwechsel
0541 = Stationäre Entbindung, Normalfall, IV
0542 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0543 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0544 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0545 = Stationäre Entbindung, frei, IV
0546 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0547 = Stationäre Entbindung, Notfall, IV
0601 = Geburt, Normalfall
0602 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0603 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0604 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0605 = Geburt, frei
0606 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0607 = Geburt, Notfall
0621 = Geburt, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0622 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0623 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0624 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0625 = Geburt, frei, Kostenträgerwechsel
0626 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0627 = Geburt, Notfall, Kostenträgerwechsel
0641 = Geburt, Normalfall, IV
0642 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0643 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0644 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0645 = Geburt, frei, IV
0646 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0647 = Geburt, Notfall, IV
0701 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall
0702 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0703 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0704 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0705 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei
0706 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0707 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall
0721 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0722 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0723 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0724 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0725 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, Kostenträgerwechsel
0726 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0727 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, Kostenträgerwechsel
0741 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, IV
0742 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0743 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0744 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0745 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, IV
0746 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0747 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, IV
0801 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall
0802 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0803 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0804 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0805 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei
0806 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0807 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall
0821 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0822 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0823 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0824 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0825 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, Kostenträgerwechsel
0826 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0827 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, Kostenträgerwechsel
0841 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, IV
0842 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0843 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
0844 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0845 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, IV
0846 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0847 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, IV

Schlüssel 2 - Entlassungsgrund

01 = Behandlung regulär beendet
02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07 = Tod
08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Anwenderinformation QS-Filter
Datensatz Multiresistente Erreger (nur Hessen)
(MRE_HE)

Stand: 09. März 2022 (QS-Spezifikation 2023 V01)
Copyright © LAGQH, Eschborn

Textdefinition

U80.-! und U81.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
Infektion oder Kolonisation mit einem multiresistenten Erreger bei Patienten ab dem ersten LebensjahR

Algorithmus
Algorithmus als Formel

ALTER ≥ 1 UND DIAG EINSIN MRE_ICD

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag ≥ 1
und
mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle MRE_ICD

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (= vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege) und die Aufnahme ist im Jahr 2023 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2025

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN (‚03‘;‘04‘; ‚10‘;‘11‘) UND AUFNDATUM ≥ ‚01.01.2023‘ UND AUFNDATUM ≤ ‚31.12.2023‘ UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM ≤ ‚31.12.2024‘)

Diagnose(n) der Tabelle MRE_ICD

ICD-Kode	Titel
U80.00!	Saphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA], Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. gegen Glykopeptid-Antibiotika, Clinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone
U81.41!	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN
U81.51!	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN

Anwenderinformation QS-Filter - 4MRGN
Datensatz Multiresistente Erreger (nur Hessen) (MRE_HE_4MRGN)

Stand: 27. März 2023 (QS-Spezifikation 2024 V01)

Copyright © LAGQH, Eschborn

Textdefinition

Infektion oder Kolonisation mit einem multiresistenten Erreger bei Patienten ab dem ersten Lebensjahr mit mindestens einem U81.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

Algorithmus

Algorithmus als Formel

ALTER ≥ 1 UND DIAG IN MRE_ICD_4MRGN

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag≥ 1
und
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle MRE_ICD_4MRGN

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (= vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege) und die Aufnahme ist im Jahr 2024 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2026

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN (‚03‘;‘04‘; ‚10‘;‘11‘) UND AUFNDATUM ≥ ‚01.01.2024‘ UND AUFNDATUM ≤ ‚31.12.2024‘ UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM ≤ ‚31.12.2025‘)

Diagnose(n) der Tabelle MRE_ICD

ICD-Kode	Titel
U81.41!	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN
U81.51!	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN

Anwenderinformation QS-Filter - MRSA
Datensatz Multiresistente Erreger (nur Hessen) (MRE_HE_MRSA)

Stand: 27. März 2023 (QS-Spezifikation 2024 V01)
Copyright © LAGQH, Eschborn

Textdefinition

Infektion oder Kolonisation mit einem multiresistenten Erreger bei Patienten ab dem ersten Lebensjahr mit mindestens einem U80.-! Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

Algorithmus
Algorithmus als Formel

ALTER ≥ 1 UND DIAG IN MRE_ICD_MRSA

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag ≥ 1
und
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle MRE_ICD_MRSA

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (= vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege) und die Aufnahme ist im Jahr 2024 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2026

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN (‚03';'04'; ‚10';'11') UND AUFNDATUM ≥ ‚01.01.2024' UND AUFNDATUM ≤ ‚31.12.2024' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM ≤ ‚31.12.2025')

Diagnose(n) der Tabelle MRE_ICD

ICD-Kode	Titel
U80.00!	Saphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA], Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. gegen Glykopeptid-Antibiotika, Clinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

MRE-Projekt Hessen

Auswertung

4. Quartal AJ2024

BASISAUSWERTUNG

4MRGN (U81.41! und U81.51!)

LAGQH

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

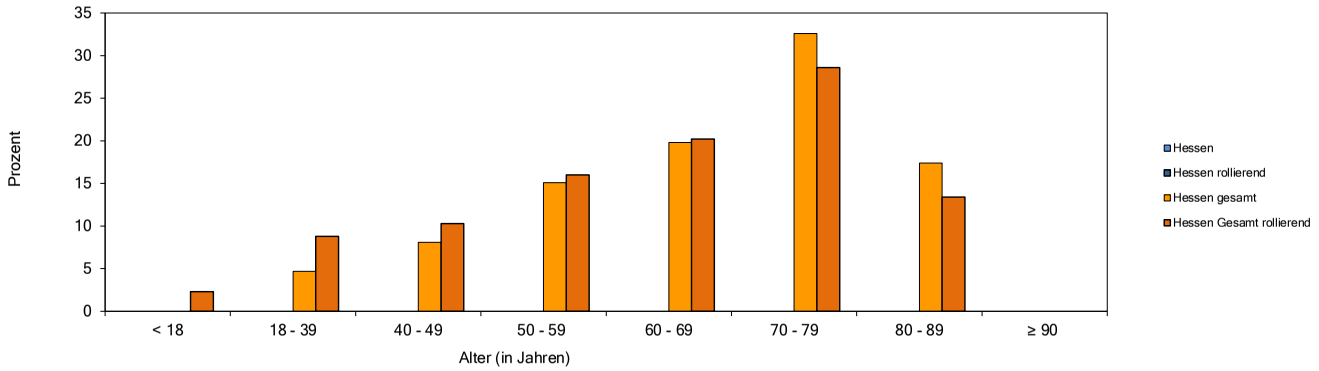
Hessen

Basisdokumentation

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100
davon Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN (U81.41!)	n.b.	n.b.	69	80,2	n.b.	n.b.	218	83,2
davon Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN (U81.51!)	n.b.	n.b.	21	24,4	n.b.	n.b.	52	19,8
1. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	47	17,9
2. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	51	19,5
3. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	78	29,8
4. Quartal	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	86	32,8

Altersverteilung (in Jahren)

< 18	Jahre	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	6	2,3
18 - 39	Jahre	n.b.	n.b.	4	4,7	n.b.	n.b.	23	8,8
40 - 49	Jahre	n.b.	n.b.	7	8,1	n.b.	n.b.	27	10,3
50 - 59	Jahre	n.b.	n.b.	13	15,1	n.b.	n.b.	42	16,0
60 - 69	Jahre	n.b.	n.b.	17	19,8	n.b.	n.b.	53	20,2
70 - 79	Jahre	n.b.	n.b.	28	32,6	n.b.	n.b.	75	28,6
80 - 89	Jahre	n.b.	n.b.	15	17,4	n.b.	n.b.	35	13,4
≥ 90	Jahre	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x



		Mittel	SD	5 %	25 %	Median	75 %	95 %
Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	65,2	16,4	38,0	57,0	69,5	77,0	84,0
Q1/2023-Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	62,1	17,6	28,0	52,0	67,0	75,0	84,0

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100
männlich	n.b.	n.b.	62	72,1	n.b.	n.b.	188	71,8
weiblich	n.b.	n.b.	24	27,9	n.b.	n.b.	74	28,2
divers/unbestimmt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Aufnahmegrund								
Krankenhausbehandlung, vollstationär	n.b.	n.b.	83	96,5	n.b.	n.b.	246	93,9
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener stationären Behandlung	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	15	5,7
Krankenhausbehandlung, teilstationär	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Krankenhausbehandlung, vorstationär	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Stationäre Entbindung	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Geburt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Wiederaufnahme wegen Komplikationen	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Stationäre Aufnahme zur Organentnahme	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Aufnahmegrund Art des Falles								
Normalfall	n.b.	n.b.	33	38,4	n.b.	n.b.	106	40,5
Arbeitsunfall/Berufskrankheit	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Sportunfall/Sonstiger Unfall	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kriegsgeschädigten-Leiden/BVG-Leiden	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Notfall	n.b.	n.b.	53	61,6	n.b.	n.b.	155	59,2
sonstige	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100
Aufnehmende Fachabteilung								
Innere Medizin	n.b.	n.b.	32	37,2	n.b.	n.b.	86	32,8
Geriatrie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	5	1,9
Kardiologie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	6	2,3
Nephrologie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	6	2,3
Hämatologie und internistische Onkologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Endokrinologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Gastroenterologie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Pneumologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Rheumatologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Pädiatrie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	5	1,9
Langzeitbereich Kinder	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kinderkardiologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Neonatologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kinderchirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Lungen- und Bronchialheilkunde	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Allgemeine Chirurgie	n.b.	n.b.	4	4,7	n.b.	n.b.	26	9,9
Unfallchirurgie	n.b.	n.b.	6	7,0	n.b.	n.b.	15	5,7
Neurochirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	9	3,4
Gefäßchirurgie	n.b.	n.b.	5	5,8	n.b.	n.b.	7	2,7
Plastische Chirurgie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Thoraxchirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Herzchirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Urologie	n.b.	n.b.	4	4,7	n.b.	n.b.	11	4,2
Orthopädie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Augenheilkunde	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Neurologie	n.b.	n.b.	13	15,1	n.b.	n.b.	31	11,8
Allgemeine Psychiatrie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Psychosomatik/Psychotherapie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Dermatologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Intensivmedizin	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	19	7,3
Sonstige Fachabteilung	n.b.	n.b.	5	5,8	n.b.	n.b.	15	5,7

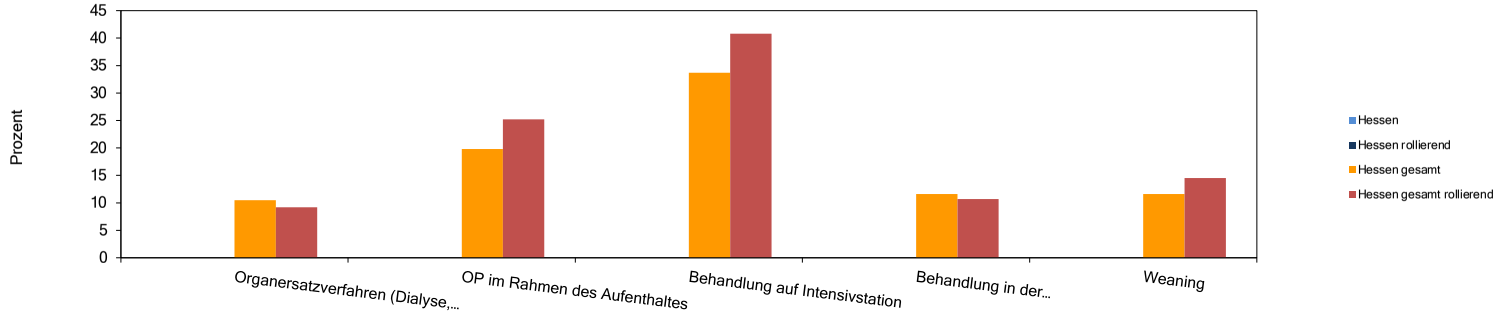
	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100
Identifikation								
MRGN-Status								
bei Aufnahme bekannt	n.b.	n.b.	35	40,7	n.b.	n.b.	93	35,5
im Aufnahmescreening festgestellt	n.b.	n.b.	32	37,2	n.b.	n.b.	103	39,3
im Verlauf festgestellt	n.b.	n.b.	19	22,1	n.b.	n.b.	66	25,2
festgestellt am (Darstellung in Wochenzeiträumen nach Aufnahmedatum)								
1 - 7 Tage	n.b.	n.b.	5	26,3	n.b.	n.b.	22	33,3
8 - 14 Tage	n.b.	n.b.	5	26,3	n.b.	n.b.	17	25,8
15 - 21 Tage	n.b.	n.b.	5	26,3	n.b.	n.b.	9	13,6
> 21 Tage	n.b.	n.b.	4	21,1	n.b.	n.b.	16	24,2
davon Patienten mit Antibiotikatherapie > 7 Tage innerhalb								
der letzten sechs Wochen vor Keimbefund	n.b.	n.b.	15	78,9	n.b.	n.b.	51	77,3
Keine Angabe	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kolonisation / Infektion								
Ausprägung (Mehrfachnennungen möglich)								
asymptomatische Kolonisation	n.b.	n.b.	68	79,1	n.b.	n.b.	199	76,0
behandlungsbedürftige Infektion	n.b.	n.b.	18	20,9	n.b.	n.b.	63	24,0
Kardio-pulmonal	n.b.	n.b.	4	22,2	n.b.	n.b.	12	19,0
Urogenital	n.b.	n.b.	5	27,8	n.b.	n.b.	21	33,3
Muskulo-skeletal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	5	7,9
Kranial-cervical	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Sepsis	n.b.	n.b.	4	22,2	n.b.	n.b.	8	12,7
Haut- und Weichteile	n.b.	n.b.	6	33,3	n.b.	n.b.	17	27,0
Sonstige	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	12	19,0
Stationärer Verlauf / Maßnahmen								
Patient isoliert								
nein	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
nein, da Patient vor MRE-Befund schon entlassen war	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	6	2,3
ja	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	253	96,6
unbekannt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100

Risikofaktoren

4MRGN-Patienten mit Risikofaktoren (Mehrfachnennungen möglich)

Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.)	n.b.	n.b.	9	10,5	n.b.	n.b.	24	9,2
OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis	n.b.	n.b.	17	19,8	n.b.	n.b.	66	25,2
Behandlung auf Intensivstation	n.b.	n.b.	29	33,7	n.b.	n.b.	107	40,8
Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation	n.b.	n.b.	10	11,6	n.b.	n.b.	28	10,7
Weaning	n.b.	n.b.	10	11,6	n.b.	n.b.	38	14,5



Entlassungsmanagement

Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert (exkl. Verstorbene)

Patienten gesamt exkl. Verstorbene	n.b.	n.b.	79	91,9	n.b.	n.b.	236	90,1
nein	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
ja	n.b.	n.b.	76	96,2	n.b.	n.b.	230	97,5
Arztbrief	n.b.	n.b.	61	80,3	n.b.	n.b.	183	79,6
Überleitungsbogen	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	5	2,2
Arztbrief und Überleitungsbogen	n.b.	n.b.	14	18,4	n.b.	n.b.	42	18,3
unbekannt	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	5	2,1

Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch (Hauptverantwortlicher)

Behandelnden Arzt	n.b.	n.b.	21	24,4	n.b.	n.b.	66	25,2
Hygienefachkraft	n.b.	n.b.	24	27,9	n.b.	n.b.	66	25,2
Hygieniker	n.b.	n.b.	7	8,1	n.b.	n.b.	17	6,5
QM/MedCo	n.b.	n.b.	21	24,4	n.b.	n.b.	79	30,2
Sonstigen	n.b.	n.b.	13	15,1	n.b.	n.b.	34	13,0

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	86	100,0	n.b.	n.b.	262	100
Beatmungsstunden >= 1 Stunde								
nein	n.b.	n.b.	68	79,1	n.b.	n.b.	191	72,9
ja	n.b.	n.b.	18	20,9	n.b.	n.b.	71	27,1
1 - 4 Stunden	n.b.	n.b.	0	0	n.b.	n.b.	0	0
> 4 - 12 Stunden	n.b.	n.b.	0	0	n.b.	n.b.	<=3	x
> 12 - 24 Stunden	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
> 24 Stunden	n.b.	n.b.	17	94,4	n.b.	n.b.	66	93
Entlassungsgrund								
Behandlung regulär beendet	n.b.	n.b.	48	55,8	n.b.	n.b.	147	56,1
Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	n.b.	n.b.	4	4,7	n.b.	n.b.	17	6,5
Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	4	1,5
Zuständigkeitswechsel der Kostenträgers	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	n.b.	n.b.	11	12,8	n.b.	n.b.	33	12,6
Tod	n.b.	n.b.	7	8,1	n.b.	n.b.	26	9,9
Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	7	2,7
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	n.b.	n.b.	10	11,6	n.b.	n.b.	19	7,3
Entlassung in ein Hospiz	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Sonstige Entlassungsgründe	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	4	1,5
Verweildauer (in Tagen)								
< 1 Tag	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
1 - 7 Tage	n.b.	n.b.	15	17,4	n.b.	n.b.	59	22,5
8 - 14 Tage	n.b.	n.b.	15	17,4	n.b.	n.b.	47	17,9
15 - 21 Tage	n.b.	n.b.	11	12,8	n.b.	n.b.	36	13,7
> 21 Tage	n.b.	n.b.	44	51,2	n.b.	n.b.	119	45,4

	Gesamtverweildauer in Tagen	Mittel	SD	5 %	25 %	Median	75 %	95 %
Q4/2023	**Hessen**	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	29,5	27,6	4,0	10,0	22,0	39,0	90,0
Q1/2023-Q4/2023	**Hessen**	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	33,2	42,7	2,0	8,0	19,0	45,0	105,0

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

MRE-Projekt Hessen

Auswertung

4. Quartal AJ2024

BASISAUSWERTUNG

MRSA (U80.00!)

© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

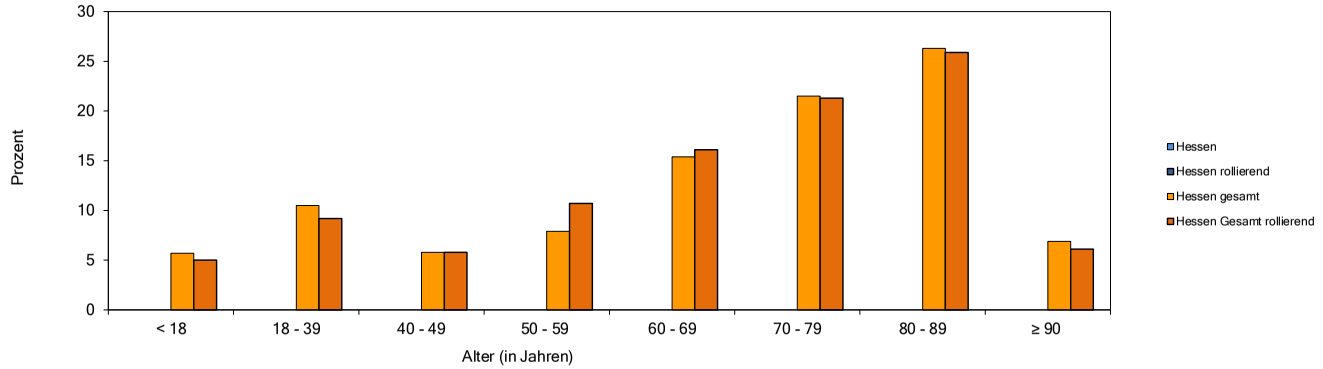
Hessen

Basisdokumentation

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100
1. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	868	25,2
2. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	836	24,3
3. Quartal	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	909	26,4
4. Quartal	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	826	24

Altersverteilung (in Jahren)

< 18	Jahre	n.b.	n.b.	47	5,7	n.b.	n.b.	173	5,0
18 - 39	Jahre	n.b.	n.b.	87	10,5	n.b.	n.b.	317	9,2
40 - 49	Jahre	n.b.	n.b.	48	5,8	n.b.	n.b.	198	5,8
50 - 59	Jahre	n.b.	n.b.	65	7,9	n.b.	n.b.	367	10,7
60 - 69	Jahre	n.b.	n.b.	127	15,4	n.b.	n.b.	554	16,1
70 - 79	Jahre	n.b.	n.b.	178	21,5	n.b.	n.b.	731	21,3
80 - 89	Jahre	n.b.	n.b.	217	26,3	n.b.	n.b.	889	25,9
≥ 90	Jahre	n.b.	n.b.	57	6,9	n.b.	n.b.	210	6,1



		Mittel	SD	5 %	25 %	Median	75 %	95 %
Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	65,2	22,8	16,0	55,0	72,0	83,0	91,0
Q1/2023-Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	65,5	21,9	17,0	55,0	71,0	82,0	90,0

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100
männlich	n.b.	n.b.	448	54,2	n.b.	n.b.	1911	55,6
weiblich	n.b.	n.b.	378	45,8	n.b.	n.b.	1528	44,4
divers/unbestimmt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Aufnahmegrund								
Krankenhausbehandlung, vollstationär	n.b.	n.b.	755	91,4	n.b.	n.b.	3174	92,3
Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener stationären Behandlung	n.b.	n.b.	61	7,4	n.b.	n.b.	232	6,7
Krankenhausbehandlung, teilstationär	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Krankenhausbehandlung, vorstationär	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Stationäre Entbindung	n.b.	n.b.	9	1,1	n.b.	n.b.	28	0,8
Geburt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Wiederaufnahme wegen Komplikationen	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Stationäre Aufnahme zur Organentnahme	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Aufnahmegrund Art des Falles								
Normalfall	n.b.	n.b.	267	32,3	n.b.	n.b.	1097	31,9
Arbeitsunfall/Berufskrankheit	n.b.	n.b.	8	1,0	n.b.	n.b.	31	0,9
Sportunfall/Sonstiger Unfall	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kriegsgeschädigten-Leiden/BVG-Leiden	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Notfall	n.b.	n.b.	550	66,6	n.b.	n.b.	2305	67,0
sonstige	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	6	0,2

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100
Aufnehmende Fachabteilung								
Innere Medizin	n.b.	n.b.	309	37,4	n.b.	n.b.	1368	39,8
Geriatrie	n.b.	n.b.	33	4,0	n.b.	n.b.	125	3,6
Kardiologie	n.b.	n.b.	29	3,5	n.b.	n.b.	124	3,6
Nephrologie	n.b.	n.b.	6	0,7	n.b.	n.b.	23	0,7
Hämatologie und internistische Onkologie	n.b.	n.b.	12	1,5	n.b.	n.b.	38	1,1
Endokrinologie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	8	0,2
Gastroenterologie	n.b.	n.b.	16	1,9	n.b.	n.b.	46	1,3
Pneumologie	n.b.	n.b.	6	0,7	n.b.	n.b.	24	0,7
Rheumatologie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	<=3	x
Pädiatrie	n.b.	n.b.	26	3,1	n.b.	n.b.	108	3,1
Langzeitbereich Kinder	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kinderkardiologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Neonatologie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Kinderchirurgie	n.b.	n.b.	11	1,3	n.b.	n.b.	29	0,8
Lungen- und Bronchialheilkunde	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	5	0,1
Allgemeine Chirurgie	n.b.	n.b.	130	15,7	n.b.	n.b.	547	15,9
Unfallchirurgie	n.b.	n.b.	31	3,8	n.b.	n.b.	124	3,6
Neurochirurgie	n.b.	n.b.	12	1,5	n.b.	n.b.	55	1,6
Gefäßchirurgie	n.b.	n.b.	22	2,7	n.b.	n.b.	86	2,5
Plastische Chirurgie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	16	0,5
Thoraxchirurgie	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	15	0,4
Herzchirurgie	n.b.	n.b.	12	1,5	n.b.	n.b.	40	1,2
Urologie	n.b.	n.b.	29	3,5	n.b.	n.b.	111	3,2
Orthopädie	n.b.	n.b.	10	1,2	n.b.	n.b.	54	1,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	n.b.	n.b.	23	2,8	n.b.	n.b.	68	2,0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	n.b.	n.b.	11	1,3	n.b.	n.b.	39	1,1
Augenheilkunde	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	12	0,3
Neurologie	n.b.	n.b.	48	5,8	n.b.	n.b.	202	5,9
Allgemeine Psychiatrie	n.b.	n.b.	6	0,7	n.b.	n.b.	16	0,5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Psychosomatik/Psychotherapie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	9	0,3
Dermatologie	n.b.	n.b.	15	1,8	n.b.	n.b.	57	1,7
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	9	0,3
Intensivmedizin	n.b.	n.b.	7	0,8	n.b.	n.b.	35	1,0
Sonstige Fachabteilung	n.b.	n.b.	8	1,0	n.b.	n.b.	42	1,2

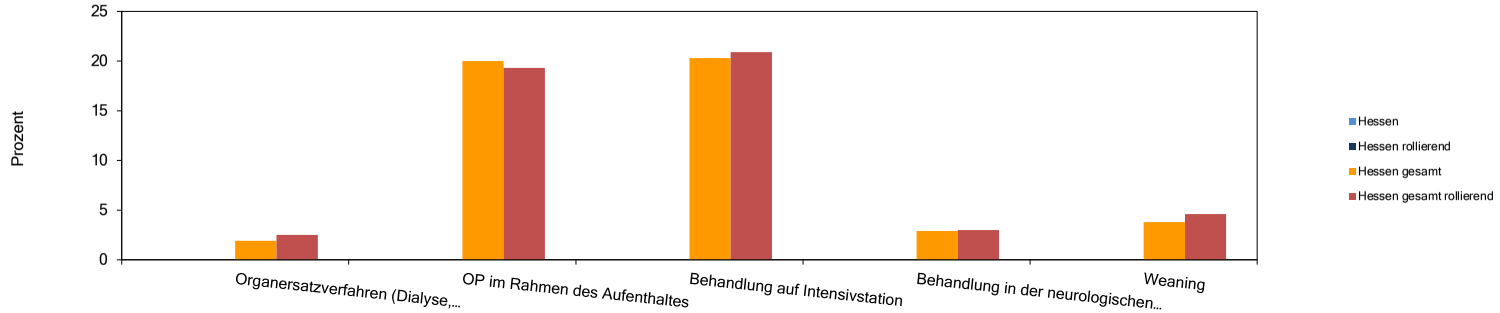
	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100
Identifikation								
Nosokomialer MRSA-Fall (Erstnachweis ab dem 3. Kalendertag nach Aufnahme)								
ja	n.b.	n.b.	107	13,0	n.b.	n.b.	395	11,5
nein	n.b.	n.b.	719	87,0	n.b.	n.b.	3044	88,5
bei Aufnahme bekannt	n.b.	n.b.	161	22,4	n.b.	n.b.	710	23,3
im Aufnahmescreening festgestellt	n.b.	n.b.	491	68,3	n.b.	n.b.	2080	68,3
bei Aufnahme in klinischem Material nachgewiesen jedoch nicht im								
Aufnahmescreening	n.b.	n.b.	67	9,3	n.b.	n.b.	254	7,4
Kolonisation / Infektion								
Ausprägung (Mehrfachnennungen möglich)								
asymptomatische Kolonisation	n.b.	n.b.	667	80,8	n.b.	n.b.	2851	82,9
behandlungsbedürftige Infektion	n.b.	n.b.	159	19,2	n.b.	n.b.	588	17,1
Kardio-pulmonal	n.b.	n.b.	21	13,2	n.b.	n.b.	72	12,2
Urogenital	n.b.	n.b.	14	8,8	n.b.	n.b.	43	7,3
Muskulo-skeletal	n.b.	n.b.	6	3,8	n.b.	n.b.	29	4,9
Kranial-cervical	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	5	0,9
Sepsis	n.b.	n.b.	14	8,8	n.b.	n.b.	65	11,1
Haut- und Weichteile	n.b.	n.b.	97	61,0	n.b.	n.b.	336	57,1
Sonstige	n.b.	n.b.	17	10,7	n.b.	n.b.	80	13,6
Stationärer Verlauf / Maßnahmen								
Dekolonisierung durchgeführt (exkl. Verstorbene)								
ja - Status bei Entlassung:	n.b.	n.b.	754	91,3	n.b.	n.b.	3148	91,5
begonnen	n.b.	n.b.	332	44,0	n.b.	n.b.	1346	42,8
ja - Status bei Entlassung/Verlegung positiv	n.b.	n.b.	115	15,3	n.b.	n.b.	534	17,0
ja - Status bei Entlassung/Verlegung negativ	n.b.	n.b.	157	20,8	n.b.	n.b.	575	18,3
nein, Begründung:	n.b.	n.b.	150	19,9	n.b.	n.b.	693	22,0
zu kurzer Aufenthalt	n.b.	n.b.	77	51,3	n.b.	n.b.	365	52,7
unzugänglich (Lokalisation)	n.b.	n.b.	17	11,3	n.b.	n.b.	39	5,6
unkooperativ	n.b.	n.b.	14	9,3	n.b.	n.b.	64	9,2
anamnestische Erfolglosigkeit	n.b.	n.b.	11	7,3	n.b.	n.b.	63	9,1
sonstige	n.b.	n.b.	19	12,7	n.b.	n.b.	95	13,7
nicht dokumentiert	n.b.	n.b.	12	8,0	n.b.	n.b.	67	9,7
Patient isoliert								
nein	n.b.	n.b.	21	2,5	n.b.	n.b.	75	2,2
nein, da Patient vor MRE-Befund schon entlassen war	n.b.	n.b.	25	3,0	n.b.	n.b.	132	3,8
ja	n.b.	n.b.	773	93,6	n.b.	n.b.	3208	93,3
unbekannt	n.b.	n.b.	7	0,8	n.b.	n.b.	24	0,7

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100

Risikofaktoren

MRSA-Patienten mit Risikofaktoren (Mehrfachnennungen möglich)

Organersatzverfahren (Dialyse, ECMO, o.ä.)	n.b.	n.b.	16	1,9	n.b.	n.b.	86	2,5
OP im Rahmen des Aufenthaltes und vor MRE-Nachweis	n.b.	n.b.	165	20,0	n.b.	n.b.	664	19,3
Behandlung auf Intensivstation	n.b.	n.b.	168	20,3	n.b.	n.b.	720	20,9
Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation	n.b.	n.b.	24	2,9	n.b.	n.b.	104	3,0
Weaning	n.b.	n.b.	31	3,8	n.b.	n.b.	157	4,6



Entlassungsmanagement

Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert (exkl. Verstorbene)

Patienten gesamt exkl. Verstorbene	n.b.	n.b.	754	91,3	n.b.	n.b.	3148	91,5
nein	n.b.	n.b.	11	1,5	n.b.	n.b.	58	1,8
ja	n.b.	n.b.	730	96,8	n.b.	n.b.	3030	96,3
Arztbrief	n.b.	n.b.	571	78,2	n.b.	n.b.	2365	78,1
Überleitungsbogen	n.b.	n.b.	16	2,2	n.b.	n.b.	69	2,3
Arztbrief und Überleitungsbogen	n.b.	n.b.	143	19,6	n.b.	n.b.	596	19,7
unbekannt	n.b.	n.b.	13	1,7	n.b.	n.b.	60	1,9

Dokumentation des Falles für die Qualitätssicherung durch (Hauptverantwortlicher)

Behandelnden Arzt	n.b.	n.b.	172	20,8	n.b.	n.b.	662	19,2
Hygienefachkraft	n.b.	n.b.	252	30,5	n.b.	n.b.	1224	35,6
Hygieniker	n.b.	n.b.	57	6,9	n.b.	n.b.	241	7,0
QM/MedCo	n.b.	n.b.	248	30,0	n.b.	n.b.	937	27,2
Sonstigen	n.b.	n.b.	97	11,7	n.b.	n.b.	375	10,9

	Q4/2023				Q1/2023-Q4/2023			
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit MRSA (ICD-10-Kode U80.00!)	n.b.	n.b.	826	100,0	n.b.	n.b.	3439	100
Beatmungsstunden >= 1 Stunde								
nein	n.b.	n.b.	753	91,2	n.b.	n.b.	3090	89,9
ja	n.b.	n.b.	73	8,8	n.b.	n.b.	349	10,1
1 - 4 Stunden	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	17	4,9
> 4 - 12 Stunden	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	19	5,4
> 12 - 24 Stunden	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	10	2,9
> 24 Stunden	n.b.	n.b.	66	90,4	n.b.	n.b.	303	86,8
Entlassungsgrund								
Behandlung regulär beendet	n.b.	n.b.	541	65,5	n.b.	n.b.	2229	64,8
Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	n.b.	n.b.	56	6,8	n.b.	n.b.	246	7,2
Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	n.b.	n.b.	9	1,1	n.b.	n.b.	27	0,8
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	n.b.	n.b.	6	0,7	n.b.	n.b.	50	1,5
Zuständigkeitswechsel der Kostenträgers	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	0	0,0
Verlegung in ein anderes Krankenhaus	n.b.	n.b.	56	6,8	n.b.	n.b.	218	6,3
Tod	n.b.	n.b.	72	8,7	n.b.	n.b.	291	8,5
Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	6	0,2
Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	n.b.	n.b.	11	1,3	n.b.	n.b.	63	1,8
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	n.b.	n.b.	68	8,2	n.b.	n.b.	290	8,4
Entlassung in ein Hospiz	n.b.	n.b.	0	0,0	n.b.	n.b.	<=3	x
Sonstige Entlassungsgründe	n.b.	n.b.	4	0,5	n.b.	n.b.	16	0,5
Verweildauer (in Tagen)								
< 1 Tag	n.b.	n.b.	<=3	x	n.b.	n.b.	8	0,2
1 - 7 Tage	n.b.	n.b.	358	43,3	n.b.	n.b.	1536	44,7
8 - 14 Tage	n.b.	n.b.	212	25,7	n.b.	n.b.	866	25,2
15 - 21 Tage	n.b.	n.b.	104	12,6	n.b.	n.b.	391	11,4
> 21 Tage	n.b.	n.b.	150	18,2	n.b.	n.b.	638	18,6

	Gesamtverweildauer in Tagen	Mittel	SD	5 %	25 %	Median	75 %	95 %
Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	14,3	18,7	1,0	5,0	8,0	17,0	49,0
Q1/2023-Q4/2023	Hessen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
	Hessen gesamt	14,6	19,2	1,0	4,0	8,0	17,0	50,0

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

MRE-Projekt Hessen

Auswertung

4. Quartal AJ 2024

QUALITÄTSINDIKATOREN

Ergebnisse des 4. Quartals AJ2024 und der drei Vorquartale
sowie
die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023
basierend auf dem aktuellen Datenstand

LAGQH
© Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

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

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	Q4/2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 95,39 %	Hessen: 95,09 %		Ergebnis 95,09 %	Intervall [92,18 ; 96,96	Fälle 310 / 326
		Q3/2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 95,39 %	Hessen: 94,66 %		Ergebnis 94,66 %	Intervall [91,82 ; 96,56	Fälle 337 / 356
		Q2/2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 95,39 %	Hessen: 91,74 %		Ergebnis 91,74 %	Intervall [88,25 ; 94,26	Fälle 300 / 327
		Q1/2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 95,39 %	Hessen: 94,03 %		Ergebnis 94,03 %	Intervall [91,05 ; 96,07	Fälle 331 / 352
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 95,39 %	Hessen: 93,90 %		Ergebnis 93,90 %	Intervall [92,5 ; 95,05]	Fälle 1.278 / 1.361
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Q4/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q3/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q2/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q1/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Jahr 2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 12				Fälle 12
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Q4/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q3/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q2/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q1/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Jahr 2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 21				Fälle 21

Kennzahlen 4 und 6: Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte		Hessen				
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Q4/2023	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 96,76 %		Ergebnis 96,76 %	Intervall [95,33 ; 97,76	Fälle 806 / 833
		Q3/2023	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,97 %		Ergebnis 95,97 %	Intervall [94,49 ; 97,06	Fälle 880 / 917
		Q2/2023	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,20 %		Ergebnis 95,20 %	Intervall [93,51 ; 96,47	Fälle 774 / 813
		Q1/2023	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 97,44 %		Ergebnis 97,44 %	Intervall [96,12 ; 98,32	Fälle 800 / 821
		Jahr 2023	Ziel: >= 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 96,34 %		Ergebnis 96,34 %	Intervall [95,65 ; 96,92	Fälle 3.260 / 3.384
6	Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festegstellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist.	Q4/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q3/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q2/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Q1/2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen:				Fälle
		Jahr 2023		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 15				Fälle 15

Kennzahlen 1, 1a, 1b und 1c: Inzidenz-Indikatoren zu MRSA

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte				Hessen		
1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle 107
		Q3/2023							Fälle 88
		Q2/2023							Fälle 96
		Q1/2023							Fälle 104
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,10	Hessen: 0,05		Ergebnis 0,05	Intervall [0,05 ; 0,06]	Fälle 395 / 7.409.645
1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle 30
		Q3/2023							Fälle 30
		Q2/2023							Fälle 25
		Q1/2023							Fälle 32
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,04	Hessen: 0,02		Ergebnis 0,02	Intervall [0,01 ; 0,02]	Fälle 117 / 7.409.645
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle 27
		Q3/2023							Fälle 22
		Q2/2023							Fälle 23
		Q1/2023							Fälle 25
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01		Ergebnis 0,01	Intervall [0,01 ; 0,01]	Fälle 62 / 7.409.645
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle 12
		Q3/2023							Fälle 7
		Q2/2023							Fälle 12
		Q1/2023							Fälle 15
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01		Ergebnis 0,01	Intervall [0 ; 0,01]	Fälle 46 / 7.409.645

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	Q4/2023							Fälle 19
		Q3/2023							Fälle 15
		Q2/2023							Fälle 18
		Q1/2023							Fälle 14
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,01		Ergebnis 0,01	Intervall [0,01 ; 0,01]	Fälle 66 / 7.409.645
5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle
		Q3/2023							Fälle
		Q2/2023							Fälle
		Q1/2023							Fälle
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 25 / 7.409.645
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle
		Q3/2023							Fälle
		Q2/2023							Fälle
		Q1/2023							Fälle
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 13 / 7.409.645
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2023							Fälle
		Q3/2023							Fälle 2
		Q2/2023							Fälle 1
		Q1/2023							Fälle 1
		Jahr 2023	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00		Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 6 / 7.409.645

LESEANLEITUNG

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen
Kennzahl-ID, Seite mit ausführlichen Informationen zum Indikator, QI-Bezeichnung

Referenzbereiche
Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.
Zielbereich: anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)
Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse
n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis
Wert der eigenen Klinik im/in den betreffenden Erhebungsquartal/en für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).
n. b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden
Bei Folgeauswertungen werden die Ergebnisse der dargestellten Vorquartale um nachgelieferte Datensätzen für diesen Auswertungszeitraum ergänzt, aktualisiert berechnet und dargestellt. In bestimmten Fallkonstellationen kann es deshalb möglich sein, dass Ergebnisse in einen anderen Auffälligkeitsbereich fallen als bei den vorherigen Auswertungen und sich Einfärbungen entsprechend verändern können

Erläuterungen zu den Referenzbereichen:

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde.
In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit N > 19 (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %"). Die Hessenrate (falls verwendet) entspricht dem Prozentwert von "Hessen gesamt".

Qualitätsindikator Kennzahl	Kurzbezeichnung	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung auf:
2	Anteil MRSA >7 Tage m. Dekolonisation	nicht definiert	10%-Perzentile Hessen	Seite 7
3a	Anteil nicht-nosokom. MRE nicht isoliert	nicht definiert	Sentinel Event	Seite 8
3b	Anteil nicht-nosokom. MRE ≥3 nicht isoliert	nicht definiert	Sentinel Event	Seite 9
4	Weiterbeh. Ärzte informiert	fixer Wert	fixer Wert	Seite10
6	nosokom. 4MRGN o Vorantibiose	nicht definiert	nicht definiert	Seite11
1	nosokom. MRSA	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite12
1a	nosokom. MRSA m. Infektion	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite13
1b	nosokom. MRSA o. Notfall/OP	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite14
1c	nosokom. MRSA o. Notfall m. RF	nicht definiert	90%-Perzentile Hessen	Seite15
5	nosokom. 4MRGN	nicht definiert	nicht definiert	Seite16
5a	nosokom. 4MRGN m. Infektion	nicht definiert	nicht definiert	Seite17
5b	nosokom. 4MRGN o. Notfall/OP	nicht definiert	nicht definiert	Seite18
5c	nosokom. 4MRGN o. Notfall m. RF	nicht definiert	nicht definiert	Seite19

Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)":

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 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.
Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (= Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (= Expected) Rate. Liegt die Zahl unter 1, so ist das Egebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1 so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet.
Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik.

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
Klinikwert signifikant auffällig
kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen

Abb. 1

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1)**:**

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichen das 95%-Konfidenzintervall. Hiebei weisen große Intervalle (= lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet).
Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2)**:**

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50 % der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.
Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5 % sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95 % aller Werte.
Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.
In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

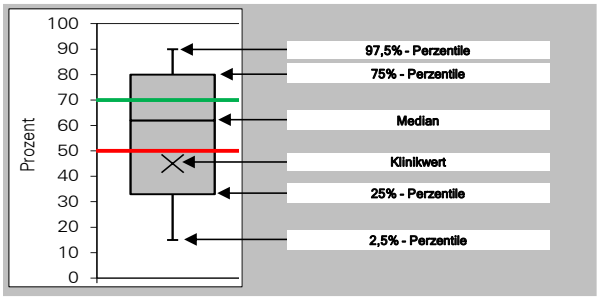


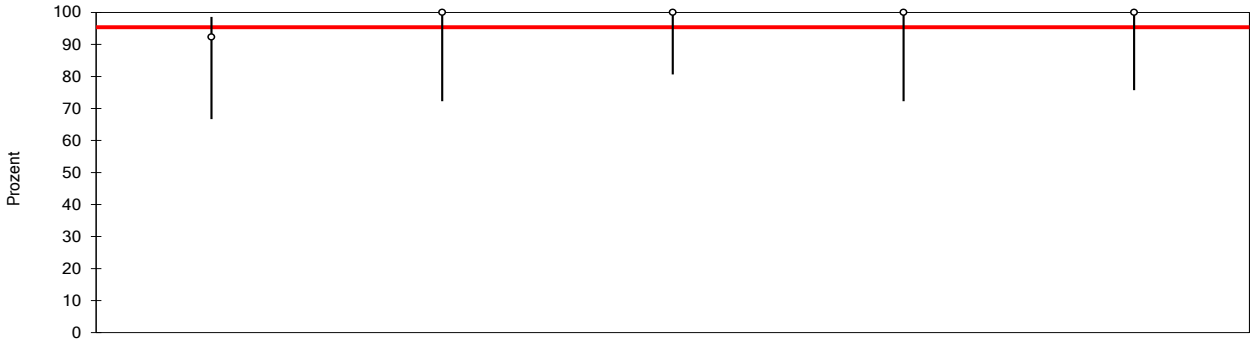
Abb. 2

Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde

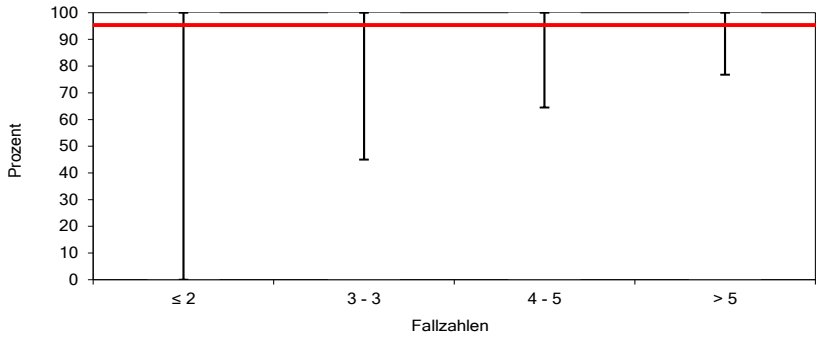
Kennzahl: MRE - 2

	Jahr 2023		Q4/2023	
	N	%	N	%
alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen MRSA als asymptomatische Kolonisation nachgewiesen ist und deren stationäre Verweildauer >7 Tage beträgt	1 361		326	
- davon Patienten, bei denen aufgrund des MRSA-Nachweises eine Dekolonisierung begonnen / durchgeführt wurde	1 278	93,90	310	95,09

	95 % CI	95 % CI
Vertrauensbereich (in %)	92,5 ; 95,05	92,18 ; 96,96



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	92,31	95,39	100,00	100,00	98,46	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 2	36
3 - 3	15
4 - 5	13
> 5	19

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Das Ziel einer Dekolonisierung ist, eine Infektion des Patienten mit dem besiedelnden Isolat zu verhindern und die Wahrscheinlichkeit von MRSA-Transmissionen im Krankenhaus auf andere Patienten und das medizinische Personal zu verringern.

Daraus ergeben sich folgende Gründe für eine Dekolonisierung:
- Personen mit einer MRSA-Besiedlung haben ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Infektion und eine erhöhte Mortalität. Dieses individuelle Risiko kann durch eine Dekolonisierung reduziert werden.
- Durch perioperative Dekolonisierungsmaßnahmen bei orthopädischen Eingriffen mit Fremdkörperimplantationen oder bei PEG-Implantationen kann eine Reduktion der Häufigkeit postoperativer MRSA-Wundinfektionen erreicht werden.

Das Vorgehen bei einer MRSA-Dekolonisierung umfasst in der Regel ein Maßnahmenbündel, das die Dekolonisierung von Nase, Rachen und Haut in Verbindung mit Dekontaminationsmaßnahmen der Umgebung vereinigt.

- Nasale Dekolonisierung: Die nasale MRSA-Besiedelung wird in der Regel topisch entweder mit Lokalantibiotika oder mit Antiseptika behandelt. Mupirocin ist das am besten untersuchte topische Antibiotikum. In den meisten Studien wurde die Mupirocin-Behandlung über 5 Tage durchgeführt.

- Oropharyngeale Dekolonisierung: Ableitend aus Studien zur Wirksamkeit auf eine Reduktion der bakteriellen Mundflora kommen für die orale Dekolonisierung z.B. folgende Antiseptika in Frage: Octenidin, Triclosan oder Chlorhexidin. Chlorhexidin wurde zudem in Studien zur Prävention der beatmungsassoziierten Pneumonie untersucht und zeigte sich in diesem Zusammenhang als wirksam. Neben Präparaten zum Spülen oder Gurgeln könnte die Anwendung von Sprays eine Alternative sein.

- Dekolonisierung der Haut: Da die Antiseptika bei der Anwendung zur Hautdekolonisierung großflächig und mehrtägig zum Einsatz kommen, ist auf eine gute Verträglichkeit, geringe Resorption und Toxizität zu achten.

Quelle: RKI 2014

Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden

Kennzahl: MRE - 3a	Jahr 2023		Q4/2023	
	N	%	N	%
Alle Patienten ohne nosokomialen MRE-Fall, bei denen der positive MRE-Status bereits bei Aufnahme bekannt war	710		161	
- davon Patienten, die nicht isoliert wurden	12	1,69	4	2,48

Vorgangsnummern der betreffenden Patienten

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Für Patienten, bei denen eine MRSA-Kolonisierung bzw.-Infketion bereits bei Aufnahme bekannt ist, sollten über die Basishygiene hinausgehende Barrieremaßnahmen zur Vermeidung von MRSA-Übertragungen angewendet werden. Dazu zählen:

- Unterbringung MRSA-besiedelter oder -infizierter Patienten im Einzelzimmer bzw. Kohortierung MRSA-besiedelter oder -infizierter Patienten
- Tragen von zusätzlicher Schutzkleidung bei Patientenkontakt (Einmalhandschuhe, erregerdichte Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz)

Zur Unterbringung im Einzelzimmer haben verschiedene Studien gezeigt, dass Maßnahmenbündel unter Einschluss der Unterbringung von MRSA-besiedelten oder infizierten Patienten in Einzelzimmern zu einer Reduktion der nosokomialen MRSA-Akquisitionsrate führten bzw. die Inzidenz von MRSA-Infektionen senken konnten.

Als Basishygiene gilt hierbei:
- Händehygiene
- Reinigung und Desinfektion von Flächen
- Aufbreitung von Medizinprodukten
- Abfallentsorgung
- Umgang mit Wäsche und Geschirr
- persönliche Hygiene und Einsatz persönlicher Schutzausrüstung

Quelle: RKI 2014

Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden

Kennzahl: MRE - 3b

	Jahr 2023		Q4/2023	
	N	%	N	%
alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen MRE im Aufnahmescreening nachgewiesen ist und deren stationäre Verweildauer ≥3 Tage beträgt	1 803		434	
- davon Patienten, die nicht isoliert wurden	21	1,16	7	1,61

Vorgangsnummern der betreffenden Patienten

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Grundlegend wichtig ist die Identifikation von MRSA-Trägern durch eine gezielte Anamnese und eine risikobasierte Reihenuntersuchung (Screening).
Ziel des Screenings ist es, asymptomatische MRSA-Träger zu identifizieren, um über die Basishygiene hinausgehende Hygienemaßnahmen und Dekolonisierungsmaßnahmen zeitnah einzuleiten. Der Einsatz von MRSA-Screeningmaßnahmen kann zu einer Senkung nosokomialer Infektionsraten mit MRSA führen. Ohne Screening bleibt der überwiegende Teil der MRSA-besiedelten Patienten unerkannt. Beim Screening werden Abstrichuntersuchungen an definierten Prädilektionsstellen (mindestens beide vordere Nasenvorhöfe, Rachen und vorhandene Wunden; ggf. Perineum, Leiste) für MRSA-Besiedlungen durchgeführt und mikrobiologisch untersucht. Hierbei ist der kulturelle Nachweis des Erregers maßgeblich.

Als Risikopopulationen für eine MRSA-Besiedlung, d.h. mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer bestehenden MRSA-Kolonisation, gelten:
1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
3. Dialysepatienten
4. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (>3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
5. Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel)
6. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA- Trägern hatten (z.B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
7. Patienten mit chronischen Hautläsionen
8. Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren: Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten oder liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle).

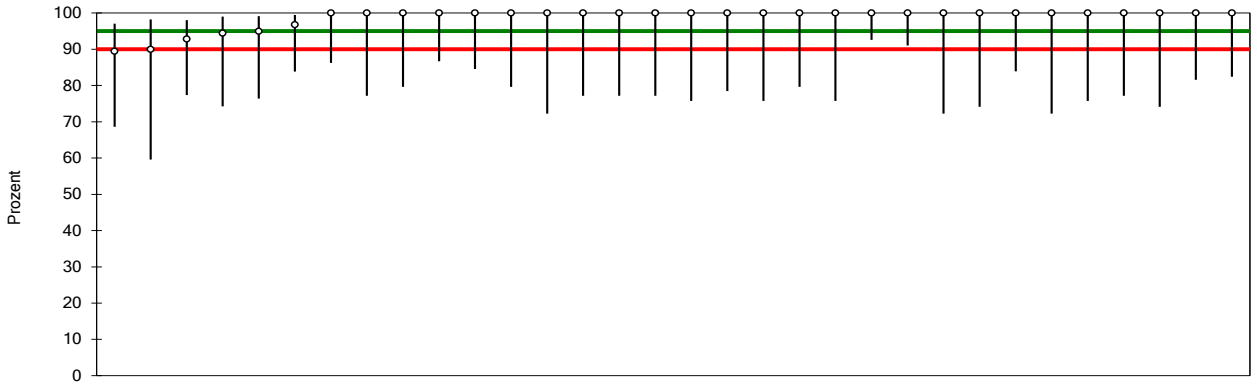
Quelle: RKI 2014

Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert

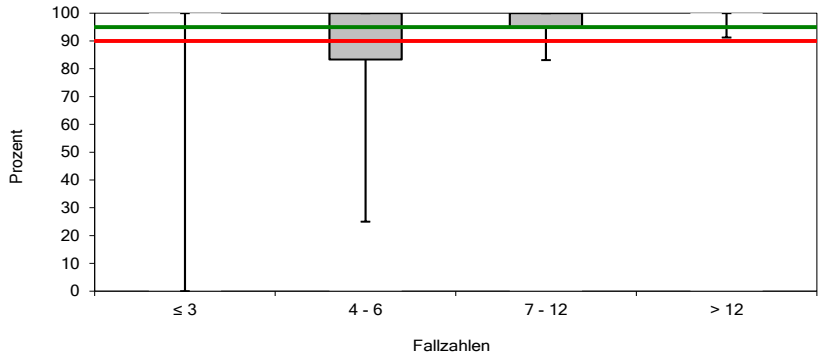
Kennzahl: MRE - 4

	Jahr 2023		Q4/2023	
	N	%	N	%
Alle lebend entlassenen Patienten	3 384		833	
- davon Patienten, bei denen die weiterbehandelnden Ärzte nachweislich informiert werden	3 260	96,34	806	96,76

	95 % CI	95 % CI
Vertrauensbereich (in %)	95,65 ; 96,92	95,33 ; 97,76



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	89,47	94,50	100,00	100,00	98,70	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 3	32
4 - 6	21
7 - 12	23
> 12	22

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Zur optimalen Versorgung der Patienten wird empfohlen, das Ergebnis der einrichtungsspezifischen Risikoanalyse zu dokumentieren (Kat IV, IfSG§23 Abs.4). Diese Risikoanalyse enthält u.a. die ärztliche Analyse des MRSA-Übertragungs-, Kolonisations- bzw.- Infektionsrisikos für jeden Patienten bezogen auf die durchgeführten medizinsichen Maßnahmen und das Riskoprofil der Einrichtung/Abteilung. Dazu gehört das Screening, um asymptomatische MRSA-Träger zu identifizieren, die über die Basishygiene hinausgehenden Barrieremaßnahmen sowie die Dekolonisierung.

Es ist zudem zu empfehlen, eine einrichtungsübergreifende Koordination der Versorgung druchzuführen. Das bedeutet:
- vor Verlegung von MRSA-besiedelten oder -infizierten Patienten sind die Verantwortlichen der Zieleinrichtung in einer Form zu unterrichten, die es diesen ermöglicht, die erforderlichen einrichtungsspezifischen Schutzmaßnahmen veranlassen zu können (Kat IV, IfSG § 23 Abs. 8)
- bei Verlegung von Patienten sind geeignete Übergabebögen zu verwenden.

Eine Entlassung von Patienten kann unabhängig von der MRSA-Besiedlung erfolgen. Der weiterbehandelnde Arzt muss jedoch informiert und ggf. beraten werden, welche weiteren Maßnahmen zu veranlassen sind.

Quellen: RKI 2014, RKI Ratgeber 2016

Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festegstellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist.

Kennzahl: MRE - 6

	Jahr 2023		Q4/2023	
	N	Rate	N	%
Alle Patienten, bei denen im Verlauf des Aufenthaltes ein 4MRGN Keimbefund erhoben wurde	66		19	
- davon alle Patienten, bei denen keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten 6 Wochen vor Keimbefund stattgefunden hat	15	22,73	4	21,05

Vorgangsnummern der betreffenden Patienten

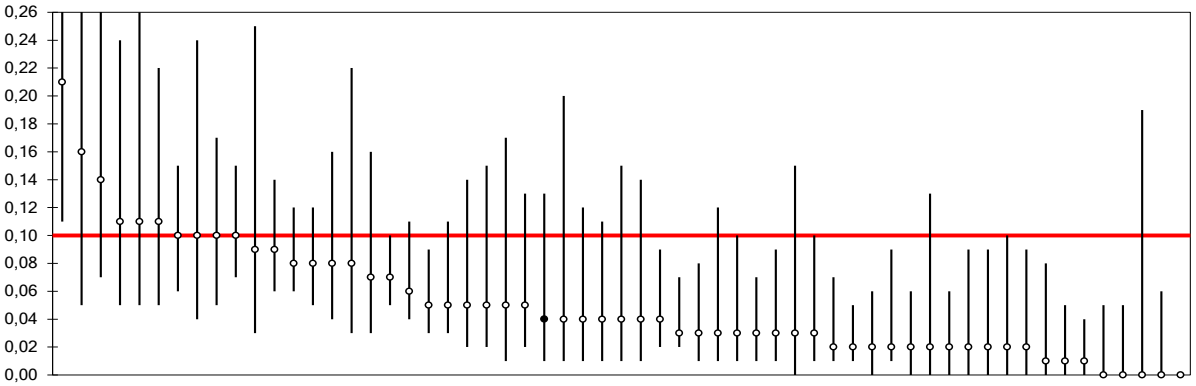
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage

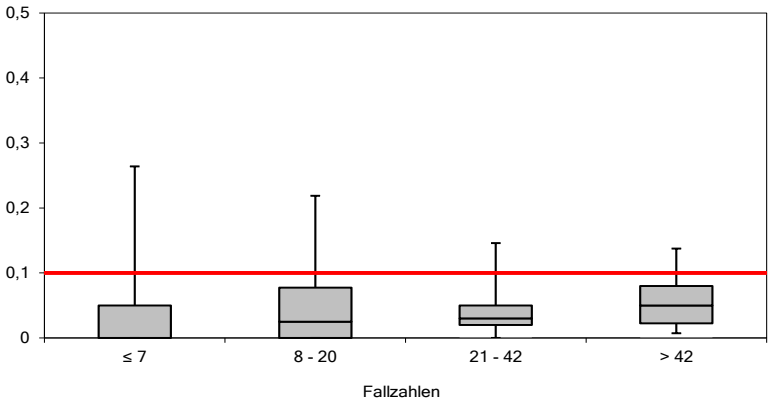
Kennzahl: MRE - 1

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, bei denen MRSA im Verlauf des stationären Aufenthaltes nachgewiesen ist	395	0,05

	95. CI
Vertrauensbereich	0,05 ; 0,06



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,01	0,02	0,04	0,05	0,08	0,10	0,21



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Staphylococcus aureus ist ein bakterieller Erreger, der natürlicherweise auf Haut und Schleimhäuten von Mensch und Tier vorkommen kann. Er verursacht ein weites Spektrum von Erkrankungen, das von Haut- und Weichteilinfektionen (z. B. Wundinfektionen) über Lungenentzündung bis hin zu schweren systemischen Infektionen wie z. B. Sepsis (Blutvergiftung) reicht. Methicillinresistente Staphylococcus-aureus-Stämme (MRSA) haben eine Resistenz gegen Beta-Laktam-Antibiotika, die ansonsten eine hohe Wirksamkeit bei Staphylokokkeninfektionen besitzen, ausgebildet. Dadurch werden die Therapiemöglichkeiten auf wenige, meist nebenwirkungsreichere Antibiotika eingeschränkt. MRSA hat eine besondere Bedeutung als Erreger von Krankenhausinfektionen. Seit Mitte der 1990er Jahre stieg in Deutschland der prozentuale Anteil von MRSA an allen S. aureus aus klinischem Material von 1,1% (1990) auf bis zu 20,3% (2007) an. Die Raten sind ähnlich hoch geblieben, seit einigen Jahren ist MRSA jedoch leicht rückläufig.

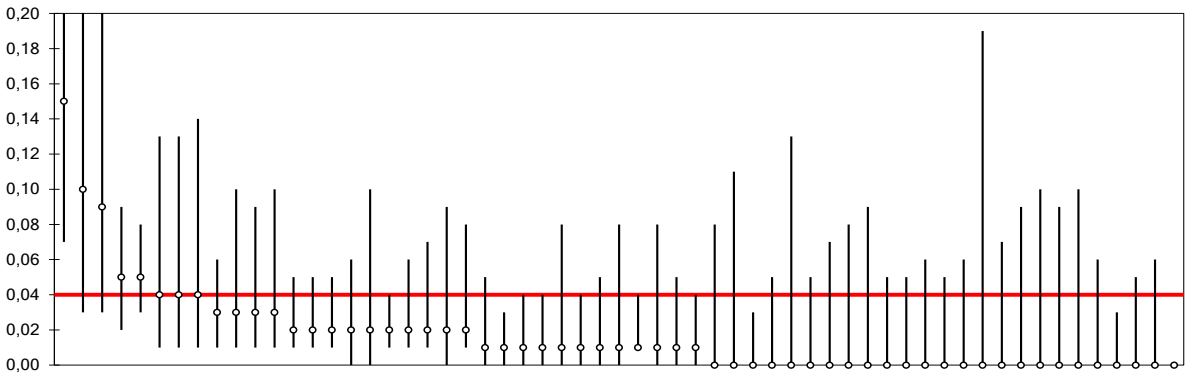
Quellen: RKI 2014, RKI 2016

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage

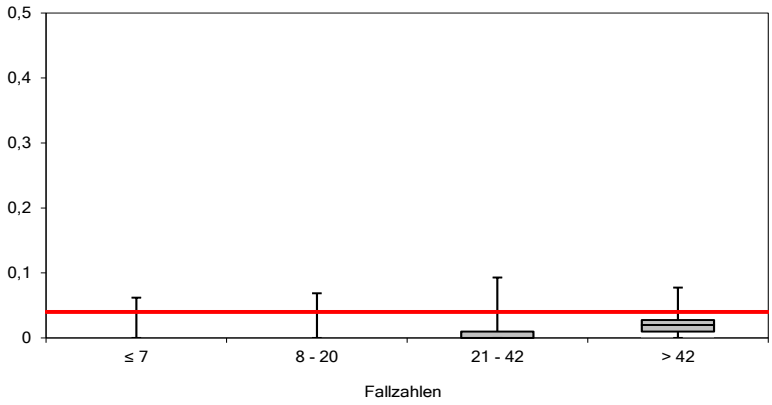
Kennzahl: MRE - 1a

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, bei denen MRSA im Verlauf des Aufenthaltes als behandlungsbedürftige Infektion nachgewiesen ist	117	0,02

	95. CI
Vertrauensbereich	0,01 ; 0,02



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,02	0,04	0,15



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Eine MRSA-Besiedlung ist mit einem hohen Risiko für eine Staphylococcus aureus-Infektion des Patietnen verbunden. Gründe dafür sind u.a. eine erhöhte Ko-Morbidität und die vorherige Antibiotikagabe bzw. -therapie. MRSA-Infektionen sind zudem mit einer erhöhten Letalität des Betroffenen assoziiert. Als möglichen Grund wird der verzögerte Beginn einer adäquaten, wirksamen Antibiotikatherapie gesehen. MRSA-Infektionen führen darüber hinaus zu hohen Aufwendungen, wobei der Hauptkostentreiber die Verlängerung der Verweildauer des Patienten ist. Mit MRSA kolonisierte und infizierte Patienten tragen wesentlich zum Ein- und Austrag von MRSA in bzw. aus Gesundheitseinrichtungen bei.

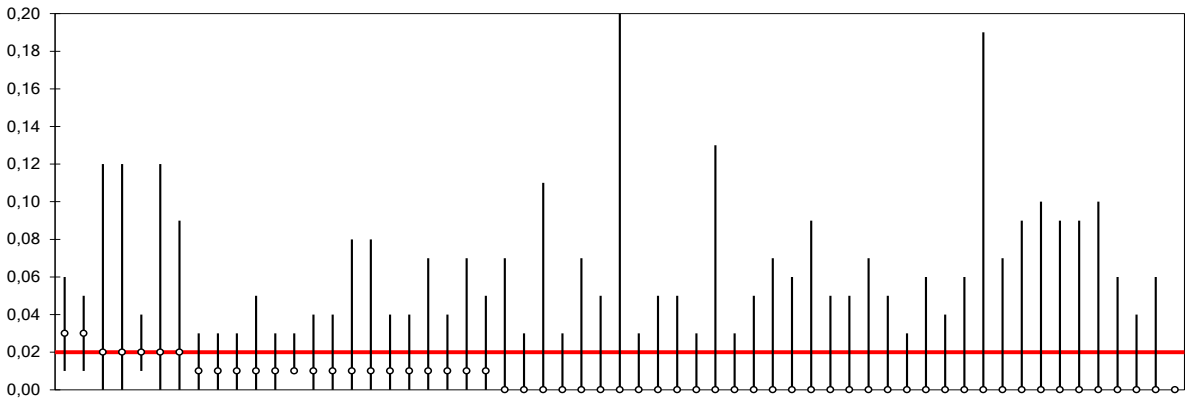
Quelle: RKI 2014

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage

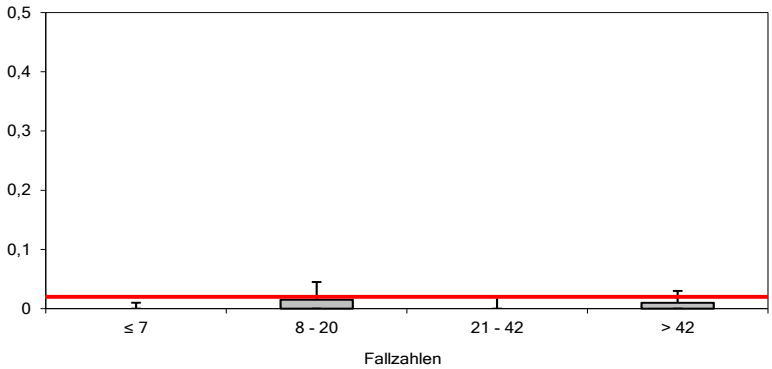
Kennzahl: MRE - 1b

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen MRSA im Verlauf des Aufenthaltes nachgewiesen wurde, die nicht als Notfall behandelt wurden und bei denen eine OP im Rahmen des Aufenthaltes durchgeführt wurde	62	0,01

	95. CI
Vertrauensbereich	0,01 ; 0,01



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Wahrscheinlichkeit einer MRSA-Infektion ergibt sich aus:
- den patientenindividuellen Risikofaktoren für Infektionen,
- der Invasivität der medizinischen Maßnahmen und
- dem Risikoprofil der behandelnden medizinischen Einrichtung bzw. Abteilung.

Patienten mit verminderter Phagozytenfunktion, wie sie bei Diabetikern und dialysepflichtigen Patienten vorliegt, haben eine deutliche Disposition für Infektionen mit S. aureus. Das Gleiche gilt für alkoholabhängige Personen. Weiterhin sind Hautverletzungen als Eintrittspforten eine wichtige Disposition sowie invasive Eingriffe und Operationen, besonders Gefäß-, Kardio- und Knochenchirurgie (Unfallchirurgie, Orthopädie), der Aufenthalt auf einer Intensivstation und Dialyse. Liegende penetrierende Fremdkörper (besonders zentrale Gefäßkatheter, getunnelte Kathetersysteme, Shunts, Ports, PEG) sind weitere Faktoren, die die Empfänglichkeit für Infektionen mit Staphylococcus aureus erhöhen. Bei Patienten, die intensivmedizinischer Behandlung bedürfen, sind vorbestehende Pflegebedürftigkeit, Beatmungspflichtigkeit, MRSA-Kolonisation und/oder Infektion in der Anamnese, Schluckprobleme, Wunden und zentrale Gefäßzugänge zusätzliche Risikofaktoren für eine MRSA-Infektion, ggf. muss bei den Risikofaktoren eine mögliche länger andauernde Granulozytopenie mitberücksichtigt werden.

Als Risikofaktoren für eine MRSA-Infektion gelten daher:
- Invasive Eingriffe und Operationen (besonders Gefäß-, Kardio- und Knochenchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie)
- Aufenthalt auf einer Intensivstation
- Dialyse
- Liegende penetrierende Fremdkörper (zentrale Gefäßkatheter, Shunts, Ports, PEG)

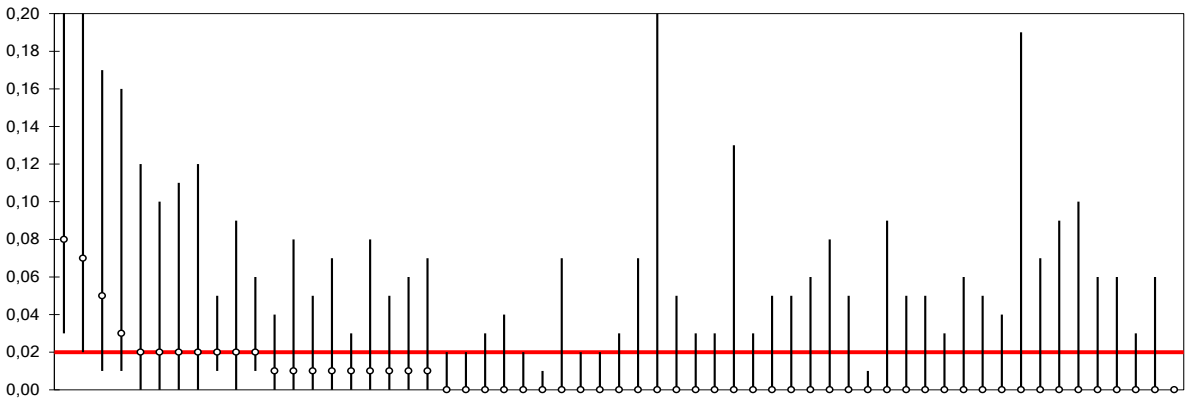
Quellen: RKI 2014, Bundesgesundheitsblatt 2014

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage

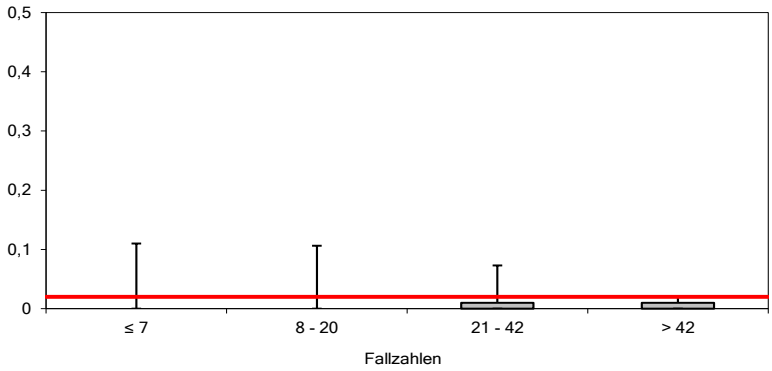
Kennzahl: MRE - 1c

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen MRSA im Verlauf des Aufenthaltes nachgewiesen wurde, die nicht als Notfall behandelt werden und bei denen kein Risikofaktor vorliegt	46	0,01

	95. CI
Vertrauensbereich	0 ; 0,01



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Eine Infektion wird als nosokomial bezeichnet, wenn der Infektionstag (= Tag mit dem ersten Symptom) frühestens der Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist. Risikofaktoren für eine nosokomiale Infektion mit MRSA sind invasive Eingriffe und Operationen, Aufenthalt auf einer Intensivstation, Dialyse oder liegende penetrierende Fremdkörper. Grundsätzlich sind in Krankenäusern Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen durchzuführen,um die Weiterverbreitung im Hinblick auf Kolonisierung und/oder Infektion zu vermeiden. Folgende Instumente eignen sich dafür:

1. konsequent durchgeführte Basishygiene einschließlich Schulung und Information des Personals;
2. die ärztliche Risikoanalyse
2a. zur Identifikation von MRSA-Trägern durch gezielte Anamnese und risikobasierte Reihenuntersuchung (Screening)
2b. Anwendung von über die Basishygiene hinausgehenden Barrieremaßnahmen
2c. die Prüfung der Indikation zur Dekolonisierung und ggf. eine Dekolonisierungsbehandlung
3. ein rationaler Umgang mit Antibiotika
4. die einrichtungsübergreifende Koordination

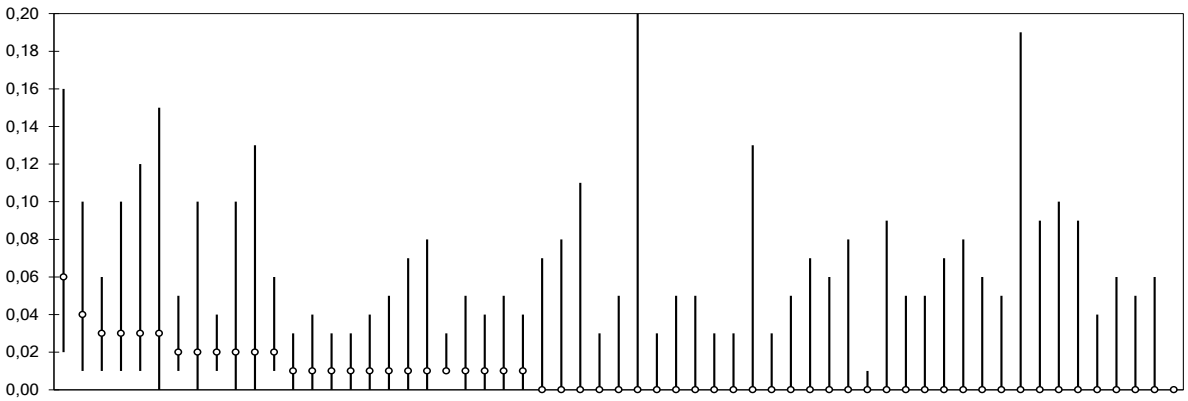
Quelle: RKI 2014, RKI KISS 2016

Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage

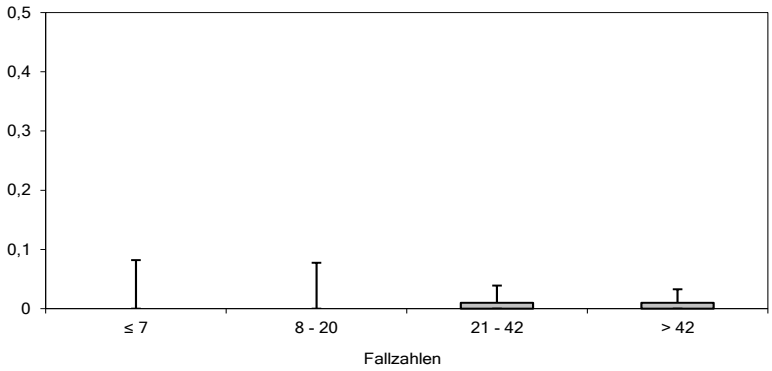
Kennzahl: MRE - 5

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, bei denen 4MRGN im Verlauf des stationären Aufenthaltes nachgewiesen ist	66	0,01

	95. CI
Vertrauensbereich	0,01 ; 0,01



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

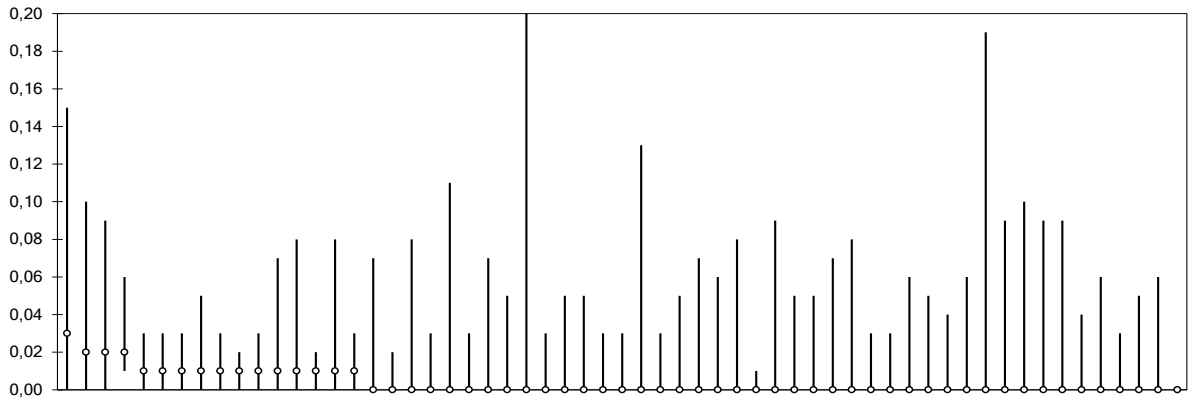
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage

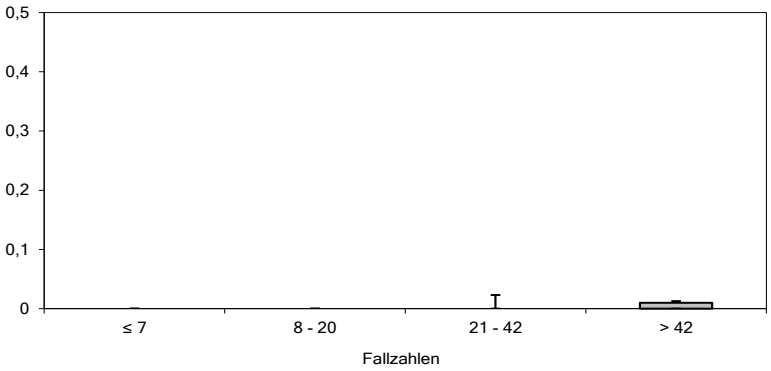
Kennzahl: MRE - 5a

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, bei denen 4MRGN im Verlauf des Aufenthaltes als behandlungsbedürftige Infektion nachgewiesen ist	25	0,00

	95. CI
Vertrauensbereich	0 ; 0



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

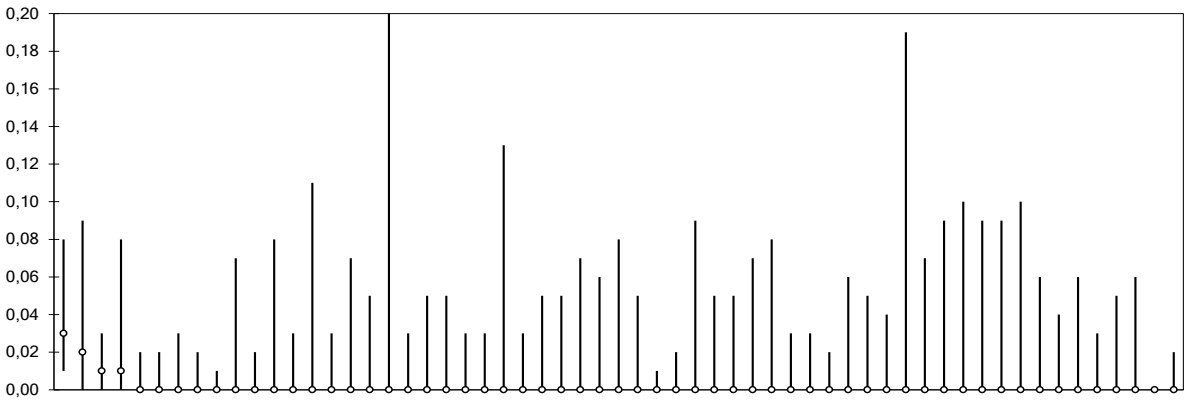
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage

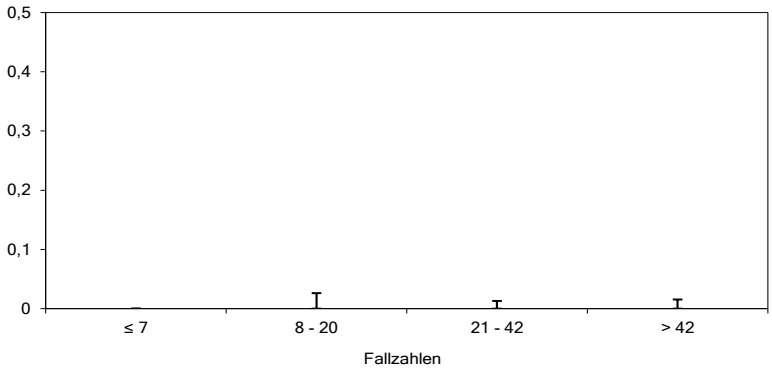
Kennzahl: MRE - 5b

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen 4MRGN im Verlauf des Aufenthaltes nachgewiesen wurde, die nicht als Notfall behandelt wurden und bei denen eine OP im Rahmen des Aufenthaltes durchgeführt wurde	13	0,00

	95. CI
Vertrauensbereich	0 ; 0



Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

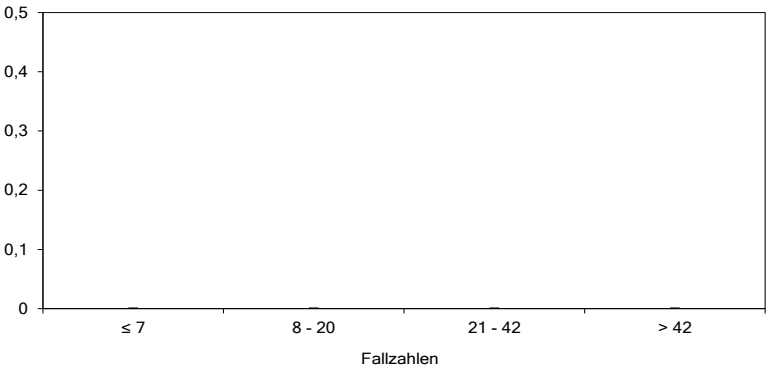
Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage

Kennzahl: MRE - 5c

	Jahr 2023	
	N	Rate
Vollstationär behandelte Patienten mit einem Lebensalter >=1 Jahr	7409 645	
- davon alle Patienten, die vollstationär behandelt wurden, bei denen 4MRGN im Verlauf des Aufenthaltes nachgewiesen wurde, die nicht als Notfall behandelt werden und bei denen kein Risikofaktor vorliegt	6	0,00

	95. CI
Vertrauensbereich	0 ; 0

Verteilung der Kliniken	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 7	33
8 - 20	26
21 - 42	29
> 42	30

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

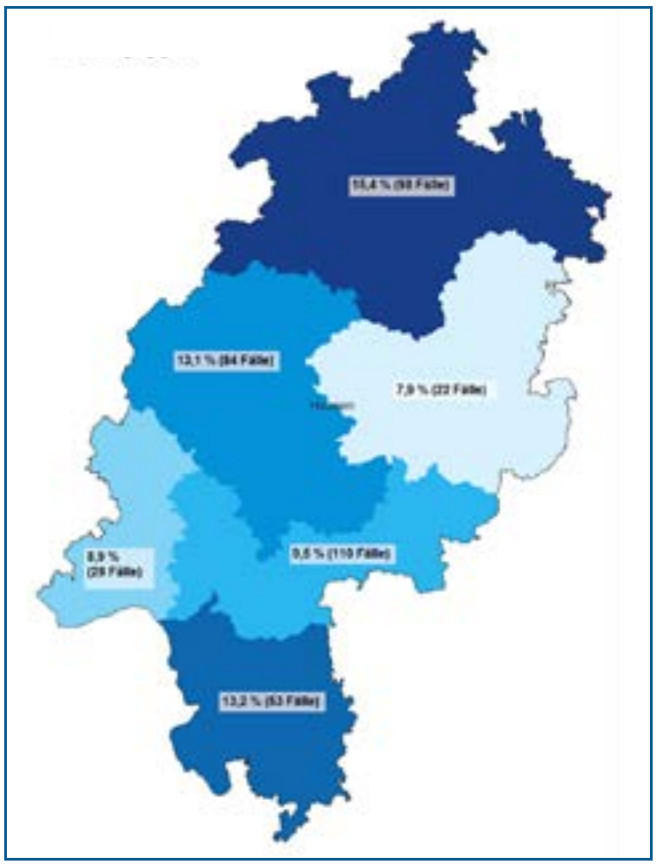
Ergebnisse der MRE-Qualitätsindikatoren nach Versorgungsgebiet (KH-Bezug)

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	96,0	92,2	92,3	94,9	97,7	93,8
	2021 (%)	89,0	97,1	95,4	87,8	92,1	97,5	93,8
	2020 (%)	92,0	94,7	97,1	89,9	91,3	96,8	94,5
	2019 (%)	96,9	97,6	97,3	93,8	93,0	96,0	96,4
	2018 (%)	96,4	93,0	95,9	92,3	92,5	97,4	95,1
3a: Isolierung (bei Aufnahme bekannt)	2023 (N)[1]	≤3[2]	0	≤3[2]	≤3[2]	≤3[2]	5	≤3[2]
	2022 (N)[1]	0	≤3[2]	5	≤3[2]	0	≤3[2]	≤3[2]
	2021 (N)[1]	0	0	0	≤3[2]	0	0	≤3[2]
	2020 (N)[1]	0	0	0	5	≤3[2]	0	≤3[2]
	2019 (%)	98,86	98,91	98,09	98,73	99,17	99,44	98,70
	2018 (%)	99,2	97,9	98,0	98,1	97,6	98,6	98,2
3b: Isolierung (im Screening)	2023 (N)[1]	≤3[2]	0	6	6	4	4	21
	2022(N)[1]	0	≤3[2]	5	10	4	6	30
	2021(N)[1]	0	≤3[2]	7	8	5	11	32
	2020 (%)	99,0	99,5	98,4	98,8	98,3	97,9	98,5
	2019 (%)	98,9	98,6	97,6	98,0	96,1	98,1	97,8
	2018 (%)	98,7	98,6	97,6	96,3	94,8	98,4	97,4
4: Weiterbehandelnde Ärzt*innen informiert	2023 (%)	97,8	98,0	96,5	97,0	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
	2020 (%)	95,7	96,3	96,5	96,7	95,5	95,8	96,2
	2019 (%)	96,6	96,6	97,6	95,9	91,8	97,8	96,5
	2018 (%)	96,0	97,5	96,7	95,1	95,2	97,4	96,4

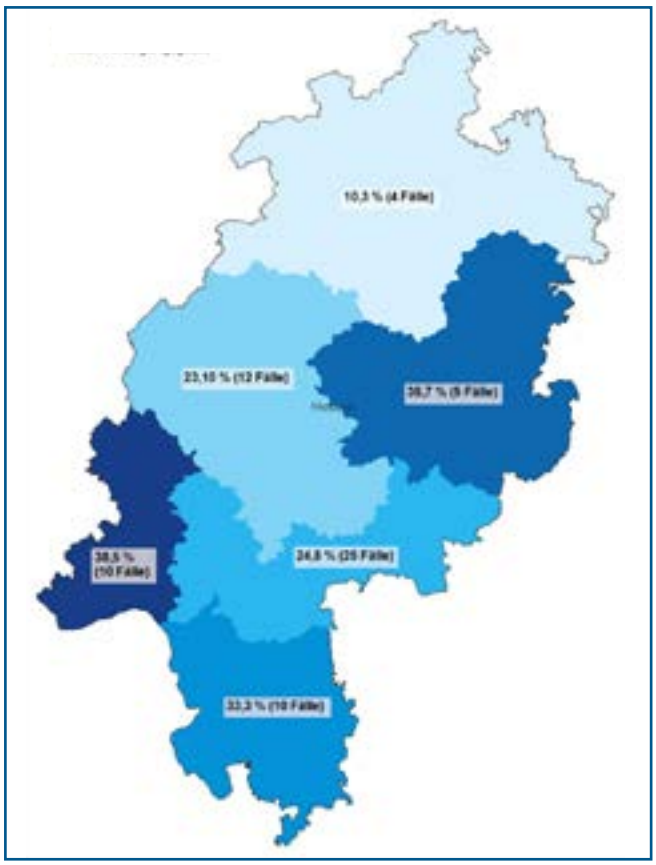
[1] Änderung in Sentinel-Event-Indikator

[2] Datenschutz

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet



Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen[1] nach Versorgungsgebiet



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

Ergebnisse Auswertung nach Versorgungsgebiet
Erfassungsjahre 2018 - 2023 - Inzidenzindikatoren

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)
2020	12,5	15	19	21,1	16,7	21,4	18,5
2019	15	33,3	12,3	30,8	42,8	28,6	19,7
2018	30	21,7	20	41,9	13,3	33,3	24,6
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2023 (Anzahl Fälle)	0,013 (10)	0,011 (10)	0,010 (25)	0,009 (12)	0,007 (5)	0,003 (4)	0,009 (66)
2022 (Anzahl Fälle)	0,003 (5)	0,002 (5)	0,014 (25)	0,019 (22)	0,000 (≤3[1])	0,010 (9)	0,01 (≤3[1])
2021	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
2020	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2019	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
2018	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01

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)
2020	7	13,1	10,5	12,4	7,7	8,8	10,1
2019	7,2	9,2	11,7	10,5	5,6	10	10
2018	13,8	9,9	10,6	11,9	7,5	14,3	11,4
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2023 (Anzahl Fälle)	0,04 (28)	0,06 (53)	0,04 (110)	0,06 (849	0,03 (22)	0,08 (98)	0,05 (395)
2022 (Anzahl Fälle)	0,04 (23)	0,07 (52)	0,04 (110)	0,04 (47)	0,04 (20)	0,05 (46)	0,05 (298)
2021	0,06	0,04	0,05	0,08	0,04	0,07	0,06
2020	0,04	0,07	0,06	0,09	0,06	0,07	0,07
2019	0,05	0,06	0,07	0,08	0,06	0,09	0,07
2018	0,11	0,08	0,08	0,09	0,05	0,16	0,1

[1] Datenschutz

MRE Empfehlungskatalog

Sachverhalt	Empfehlung des Fachausschusses und der Geschäftsstelle
1. Aufbau Stellungnahme	• Einzelfallbetrachtung der Fälle und Angabe der Gründe für die Auffälligkeit • Schilderung aus krankenhaushygienischer Sicht • Nähergehende Informationen: ○ Aufnahmescreening erfolgt? ○ Wenn ja: Screening positiv/negativ? ○ Bei positivem Nachweis, Nachweisort angeben ○ Darstellung des weiteren Vorgehens nach Keimnachweis • Kurze Darstellung der grundsätzlichen Prozesse in der Klinik • Handelt es sich um einen Dokumentationsfehler? • Bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen der Klinik
2. Dokumentation	• Fallmonitoring vor Export der Daten an die LAGQH • Mitarbeiter*innenschulung zur korrekten Dokumentation • Beachtung der Antwortmöglichkeiten im Dokumentationsbogen ○ z.B Gründe gegen eine Dekolonisierung korrekt angeben • Patient*innen isoliert inkl. Barrierepflege/Sanierung?
3. Vorgehen bei vorliegenden Risiken	• Aufnahmescreening (um eine Nosokomialität ausschließen zu können) • Bei schwerkranken Patient*innen und/oder Langliegern mit z.B. Dekubiti, empfiehlt sich ggf. eine Typisierung des Keims (vor allem bei einem negativen Aufnahmescreening)

	• Konsequente Fokussuche – zum Ausschluss eines zweiten Fokus, erneute Testung von Abstrichen und Proben • SOP's für den Umgang mit MRE-Erstnachweisen anlegen • Eine reine sterile Wundversorgung ist in den meisten Fällen als Standardvorgehen nicht geeignet; Besser: Isolierung • Überprüfung der hygienischen Kautelen bei der Wundversorgung • Ursachenforschung, Nachverfolgung und Maßnahmenableitung bei nosokomialen Nachweisen, um zeitnah reagieren zu können
4. Dekolonisierung	• palliative Patient*innen sind nicht automatisch von einer Dekolonisierung ausgeschlossen. Hierbei ist eine individuelle Betrachtung der Situation notwendig • ein positiver Nachweis reicht, um Maßnahmen zur Dekolonisierung einzuleiten • eine Covid-Infektion ist keine Kontraindikation für eine Dekolonisierung • bei positiver Testung am Entlassungstag, sollte für die weiterbehandelnden Ärzt*innen die Durchführung einer Dekolonisierung empfohlen werden • Dekolonisierungsmaßnahmen sollten vollständig umgesetzt werden • Abstriche (z.B. Nase und Rachen) sollten auch unabhängig voneinander gewertet werden und nicht erst, wenn beide einen positiven Nachweis liefern
5. Antibiose	• Antibiotikatherapieschulungen für die Mitarbeiter*innen anbieten • Antibiotikarichtlinien auf Basis der gültigen S3-Leitlinie überprüfen und ggf. aktualisieren • Eine Selektion durch Antibiose ist bei MRSA unwahrscheinlich • ABS

6. Informationsweitergabe	• Arztbrief der Patient*innen prüfen und ggf. korrigieren, sollte der Befund erst nach Entlassung eintreffen
	
	• Bei Verlegung innerhalb der eigenen Klinik, sollte dennoch die Folgedokumentation und ein ausreichender Informationsstand für die weiterbehandelnden Ärzt*innen gewährleistet werden
	  ○ Es empfiehlt sich die zusätzliche Information an die Hausärzt*innen
	
	• Interne Prozesse auf Verbesserungspotential prüfen
	
	• Mitarbeiter*innenschulungen durchführen
	
	• Die Informationsweitergabe kann auch im Arztbrief angegeben werden und muss nicht zwingend mittels Überleitungsbogen erfolgen (siehe Antwortmöglichkeiten im Dokumentationsbogen)
	
	• Auch wenn Patient*innen keinen festen Wohnsitz und/oder Hausarzt/Hausärztin haben sollte ein Arztbrief ausgestellt werden
	  ○ Eine Informationsweitergabe gilt somit als erfolgt und kann im Dokumentationsbogen entsprechend angegeben werden
	
	• bei positiver Testung am Entlassungstag, sollte für die weiterbehandelnden Ärzt*innen die Durchführung einer Dekolonisierung empfohlen werden

Datenvalidierung Qualitätskennzahl 6 - standardisierter Fragebogen

Vorgangsnummer	Frage 1 Wurde innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund eine Antibiotikatherapie >7 Tage durchgeführt?	Frage 2 Über wie lange wurde eine Antibiotikatherapie durchgeführt?	Frage 3 Beginn der Antibiotikatherapie (Datumsangabe)	Frage 4 Keimbefund lag vor am… (Datumsangabe)	Frage 5 Aus welchem Untersuchungsmaterial wurde der Keimbefund erhoben?	Frage 6 Welche Antibiotika wurden verabreicht? (Medikament und Dosierung)
	☐ Ja ☐ Nein	Zeitraum:	Datum:	Datum:		☐ Penicilline ☐ Cephalosporine ☐ Carbapeneme ☐ Flourchinolone ☐ Sonstige:
	☐ Ja ☐ Nein	Zeitraum:	Datum:	Datum:		☐ Penicilline ☐ Cephalosporine ☐ Carbapeneme ☐ Flourchinolone ☐ Sonstige:

© LAGQH GbR, Eschborn

Ergebnisse Strukturerhebung 2023 MRE-Projekt Hessen

Eschborn, 19.02.2024

Allgemeine Informationen

- Darstellung der Hygienestrukturen in Zusammenhang mit den zunehmenden Herausforderungen der hessischen Kliniken im Umgang mit MRE
- Entwicklungsvergleich zur Erhebung von 2016 und 2019
- 120 Standorte wurden angeschrieben (ausgenommen psychiatrisch eigenständige Häuser)
  - 110 Standorte haben die Umfrage geöffnet/begonnen
- Rücklauf von 90 Standorten - Umfrage beendet

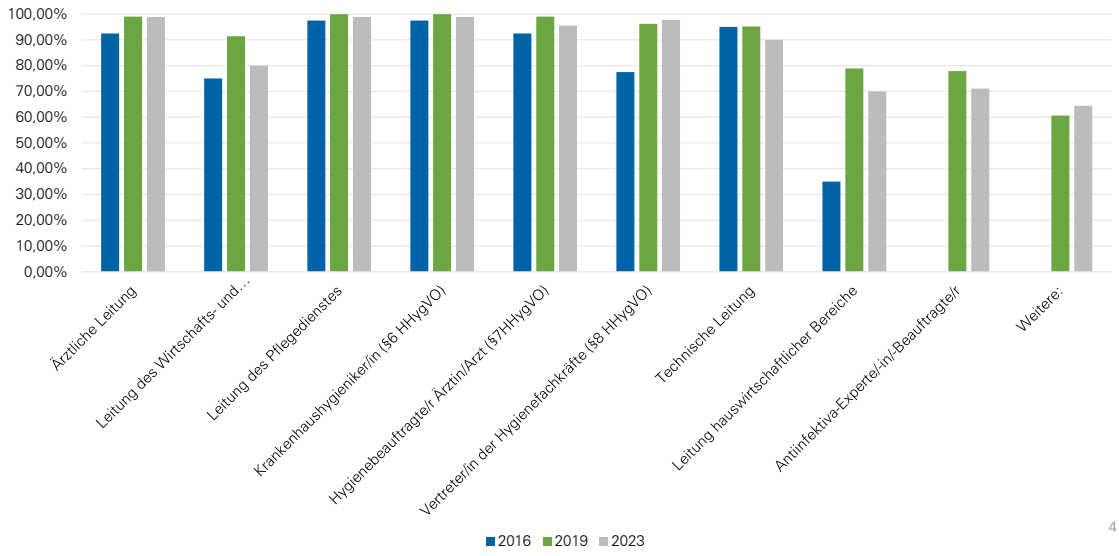
2

Allgemeine Informationen

- Onlinebasierte Durchführung unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens – via Lamapoll
- Abbildung der Bereiche:
  - Basisangaben (standortbezogen)
  - Organisationsstruktur/Hygienemanagement
  - Hygieneschulungen
  - Surveillance nosokomialer Infektionen/(multi-)resistenter Erreger
  - Screenings
  - Hygienemanagement bei Erregernachweis
  - Antibiotika

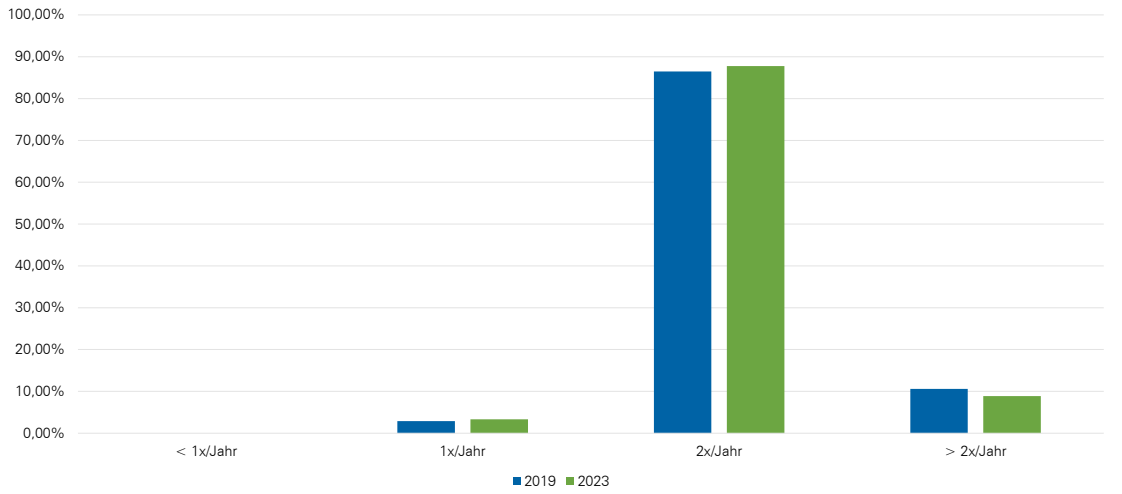
3

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Zusammensetzung der Hygienekommission



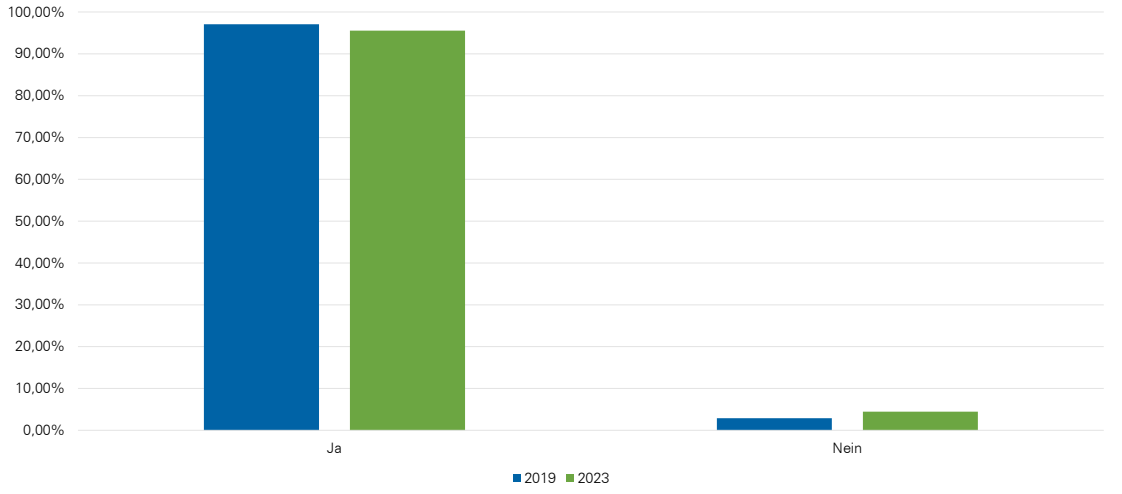
4

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Tagungsfrequenz Hygienekommission



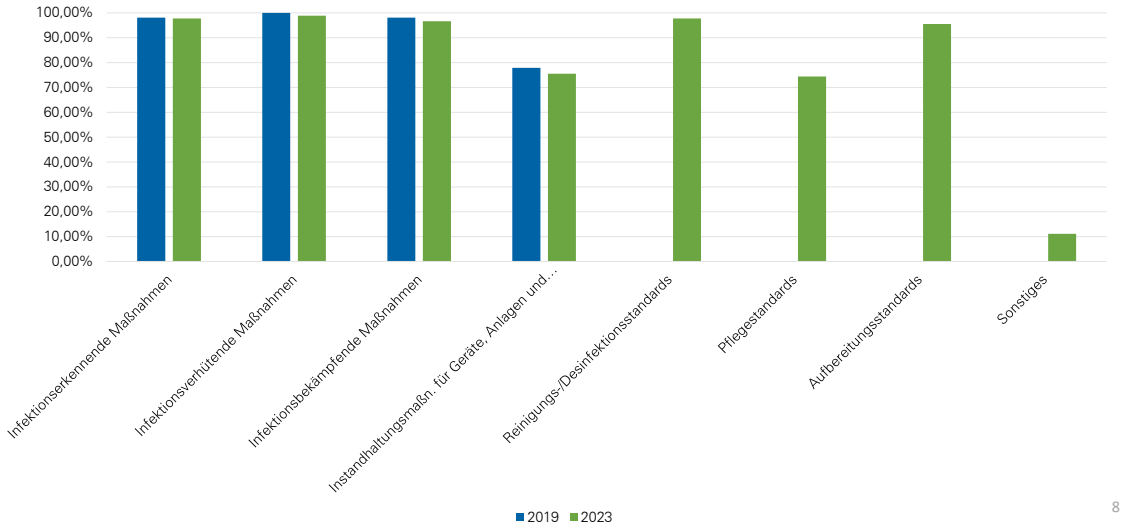
6

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Kommission in Geschäftsordnung festgeschrieben



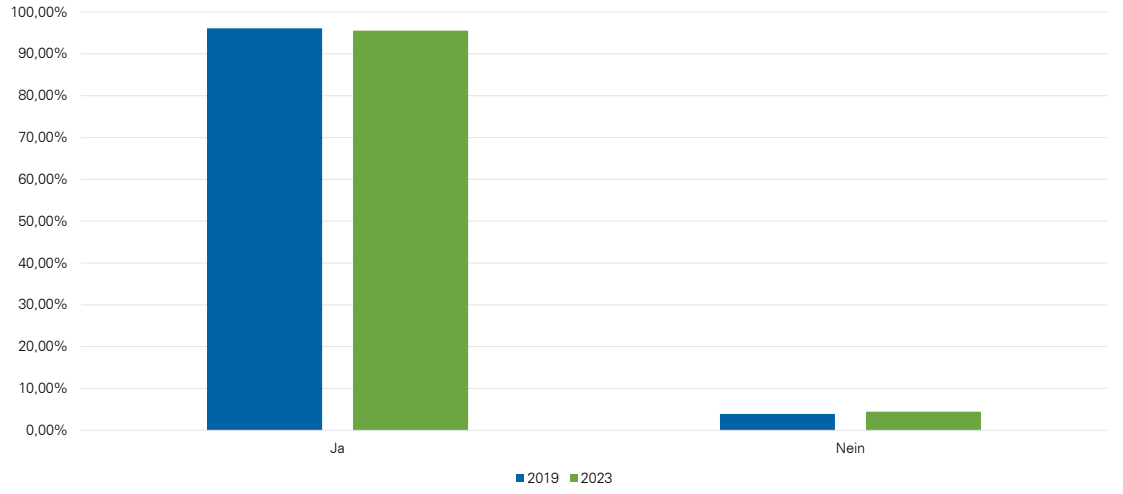
5

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Inhalt der Hygienepläne



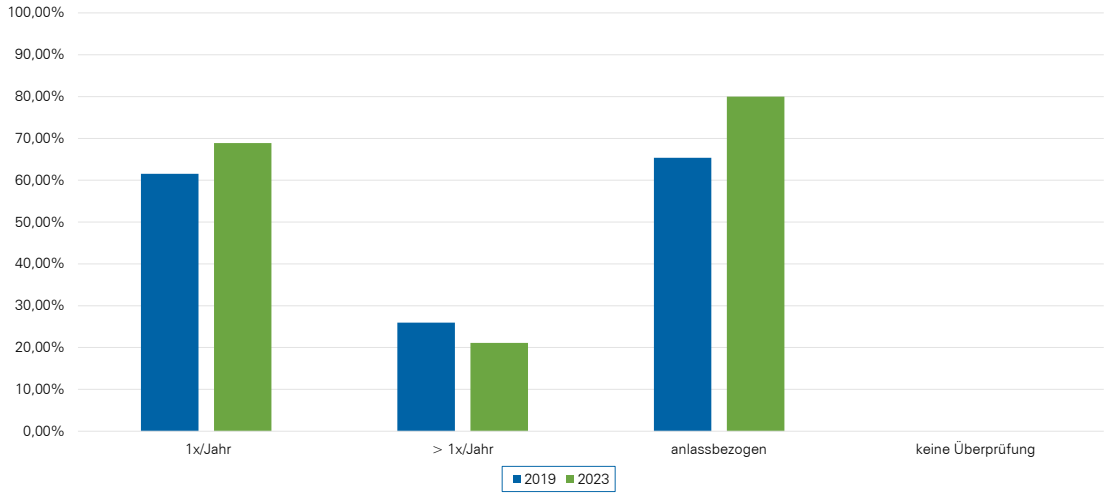
8

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Ergebnisübermittlung an das Gesundheitsamt



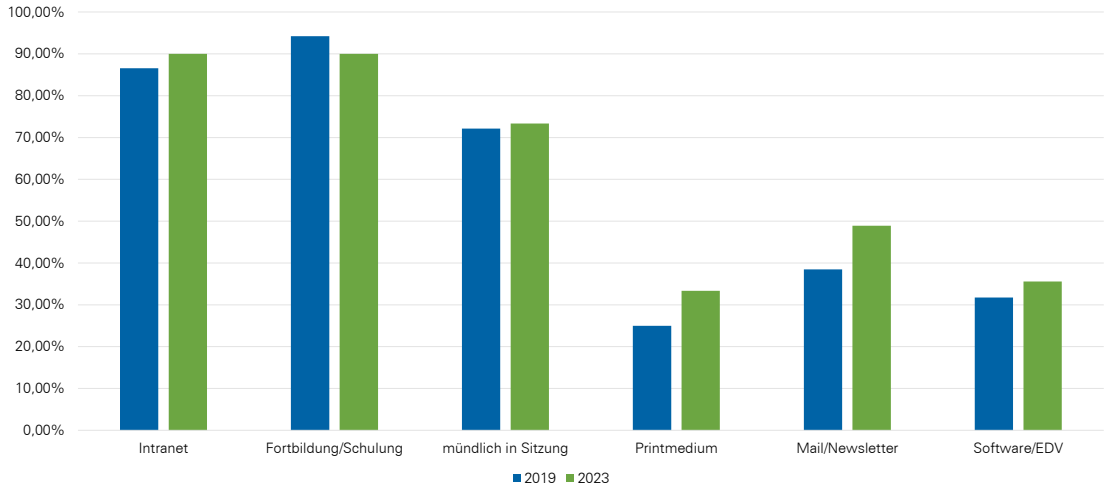
7

Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Überprüfung/Überarbeitung der Hygienepläne



9

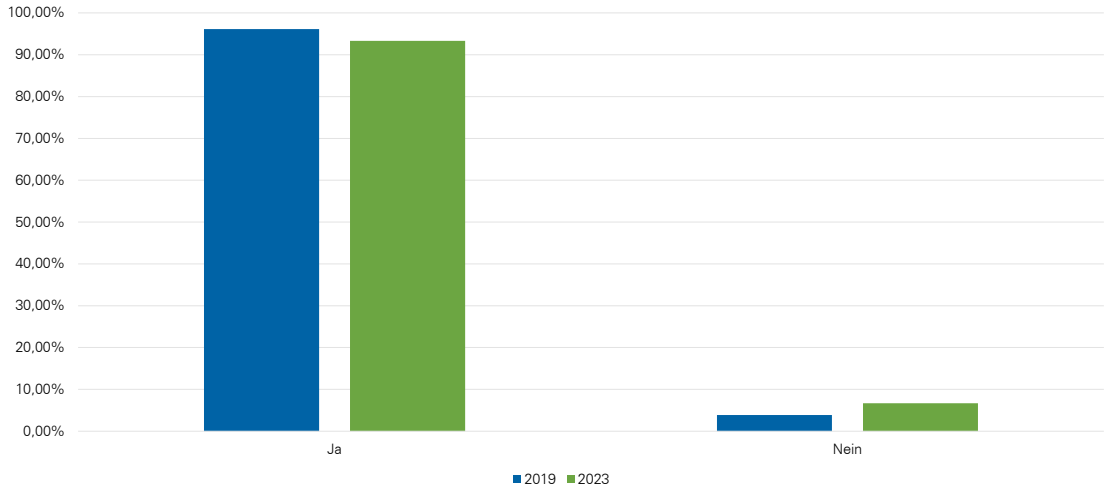
Organisationsstruktur/Hygienemanagement
Veröffentlichung der Hygienepläne



10

Hygieneschulungen

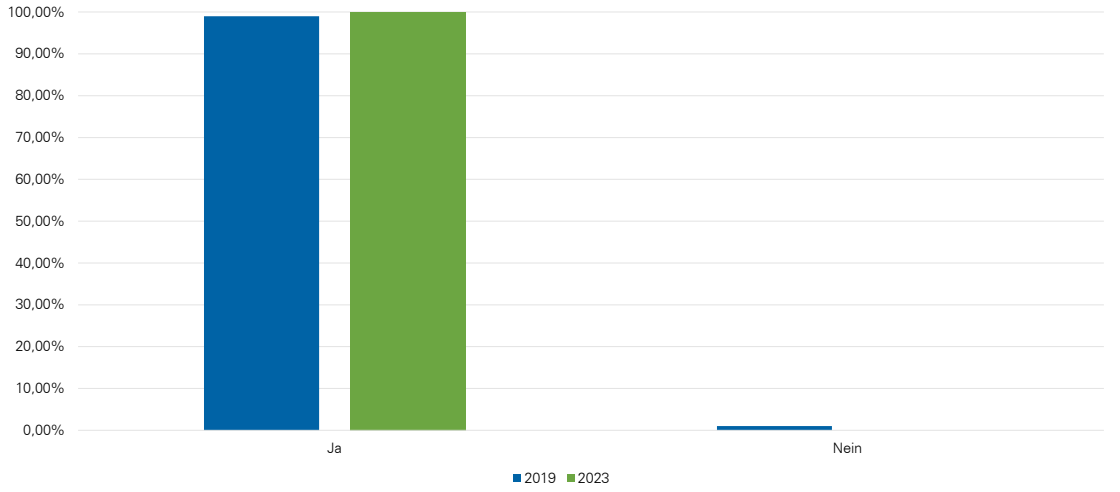
Hygieneschulungen in Einarbeitungskonzept enthalten



11

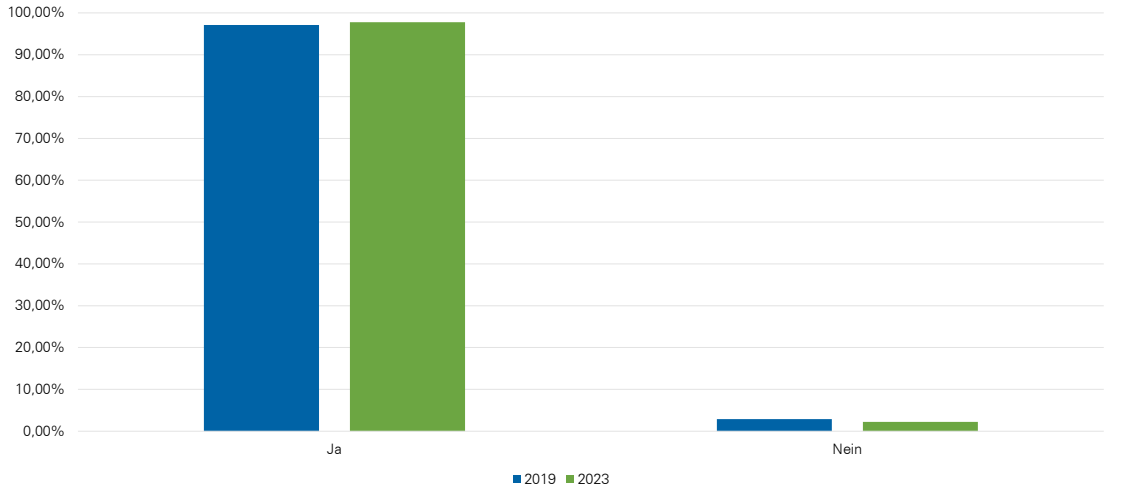
Surveillance nosokomialer Infektionen/ (multi-)resistenter Erreger

Erfolgt eine Erfassung



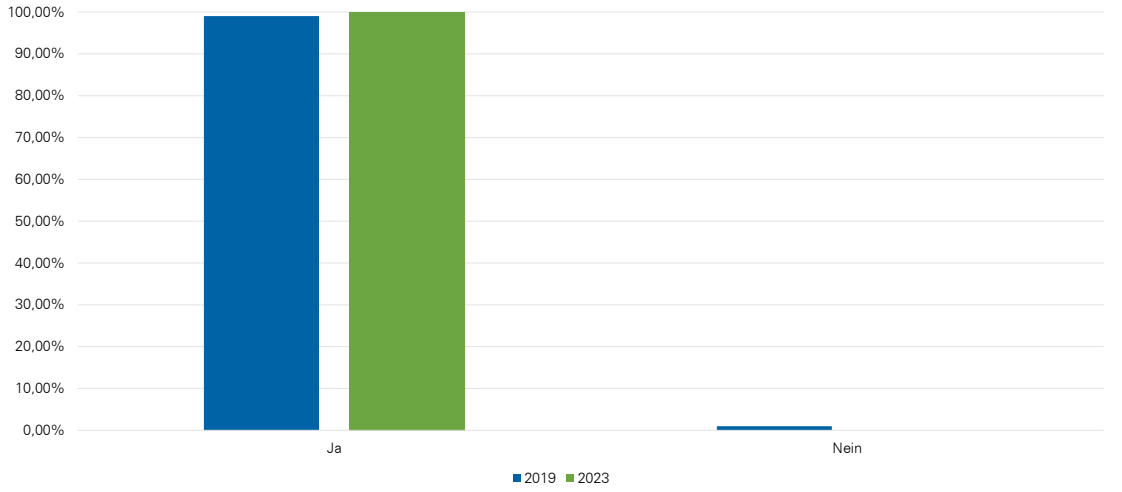
12

Surveillance nosokomialer Infektionen/ (multi-)resistenter Erreger
Systematische Aufarbeitung und Auswertung



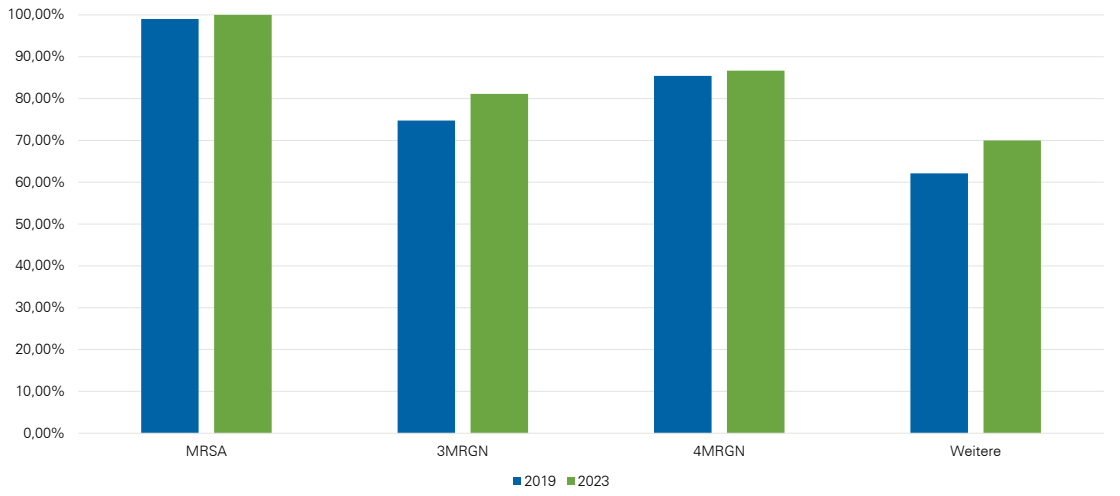
13

Screening
Standards Aufnahmescreening



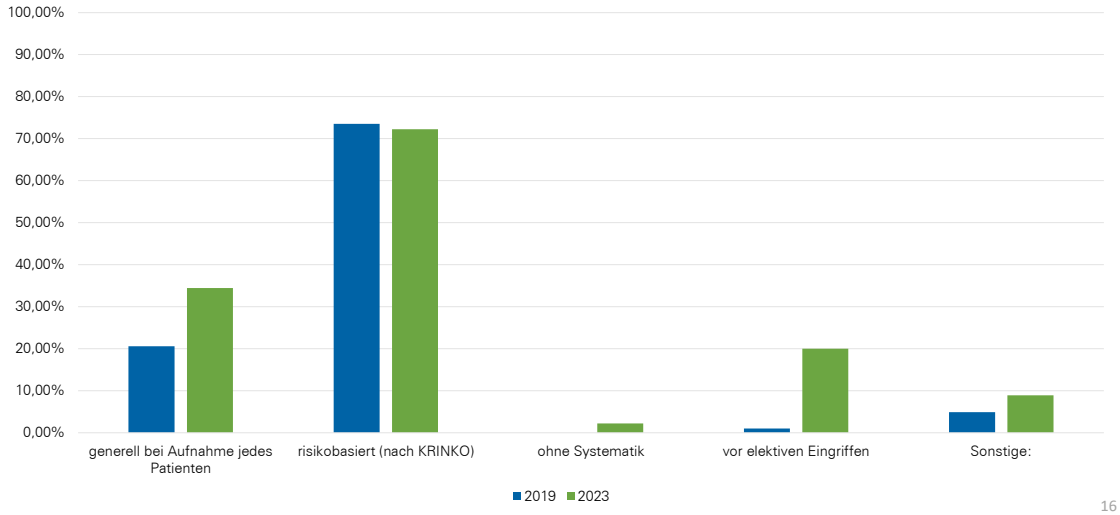
14

Screening
Art von Erregern



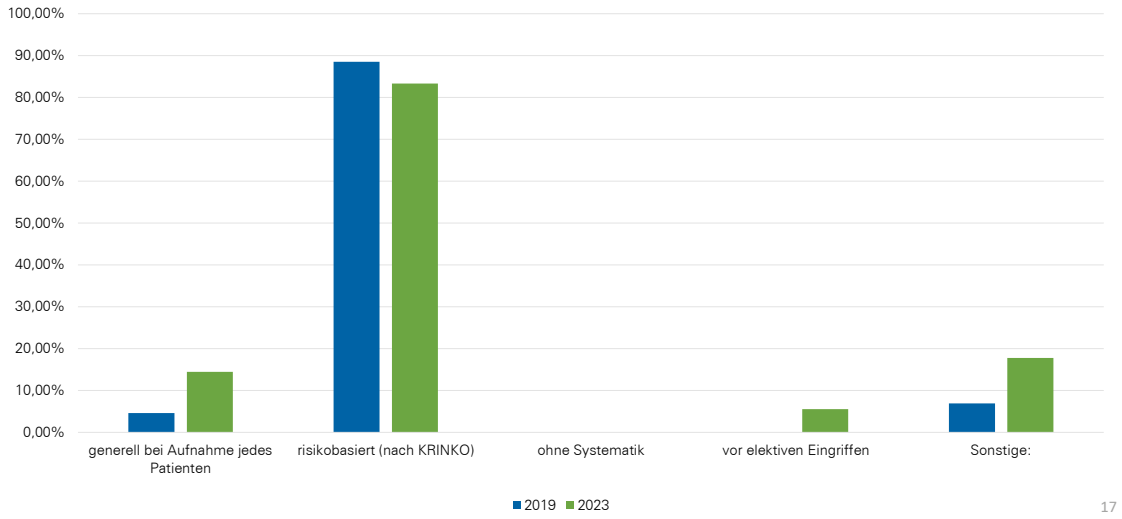
15

Screening
Aufnahmescreening bei MRSA



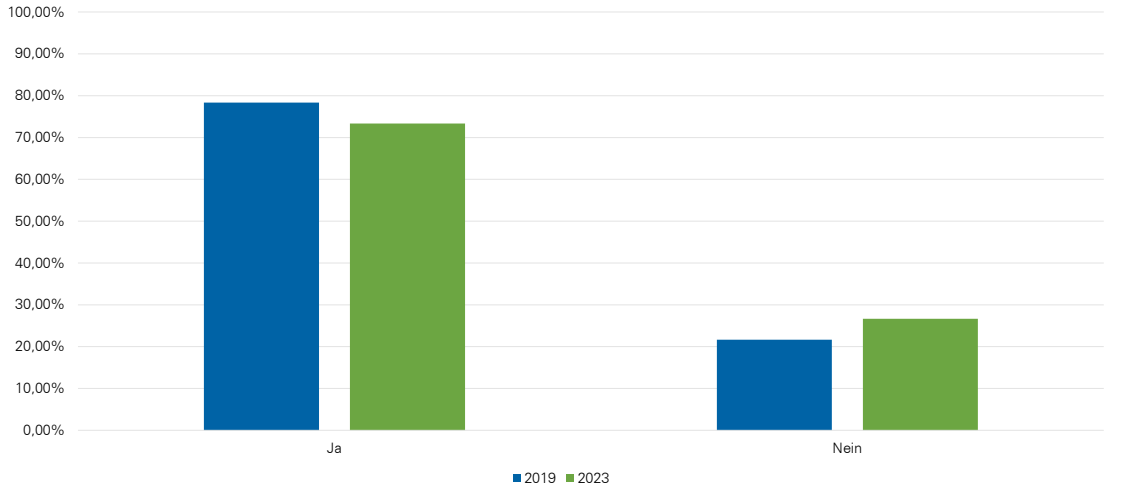
16

Screening
Aufnahmescreening bei 4MRGN



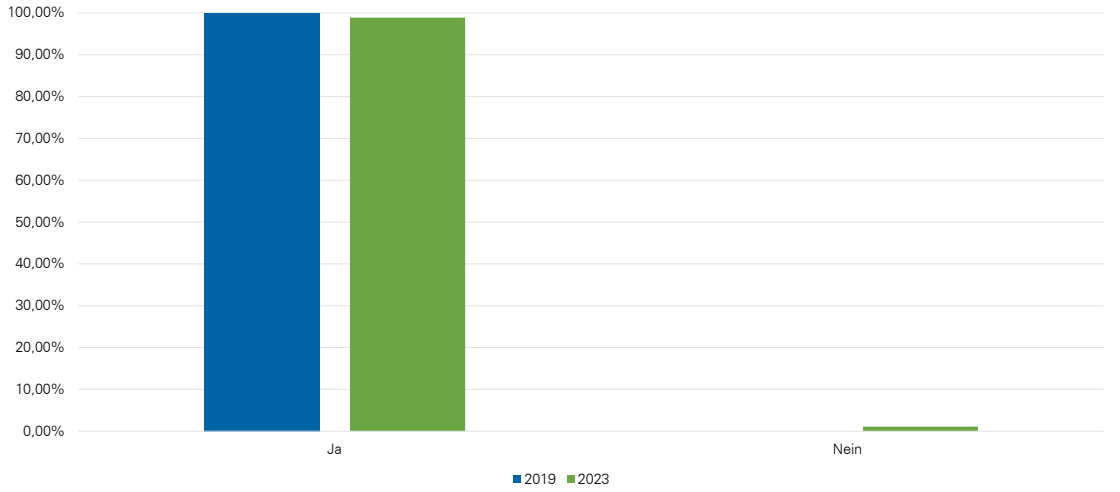
17

Screening
Aufnahmescreening vor Aufnahme auf der IT/IMC



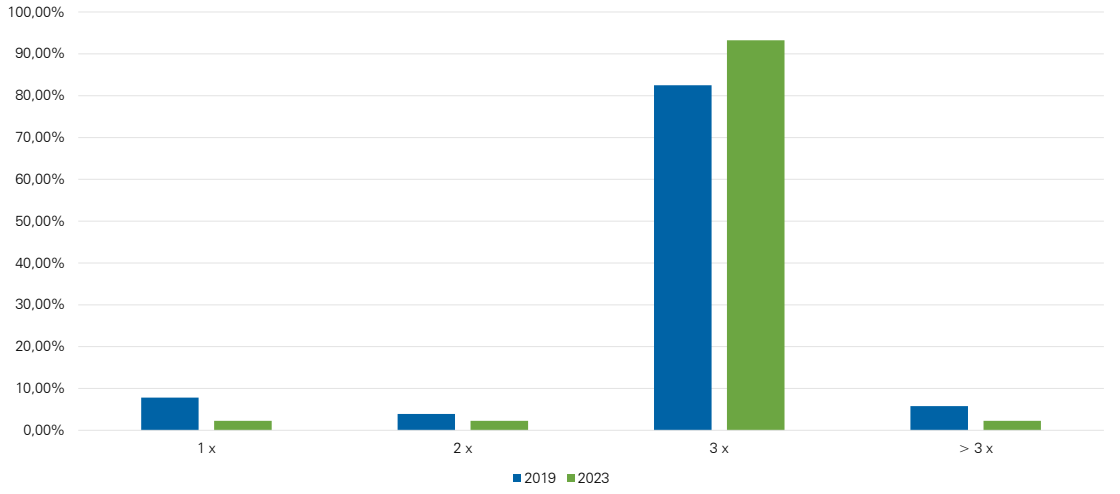
18

Screening
Standards zu Kontrolluntersuchungen nach Dekolonisierung/Sanierung



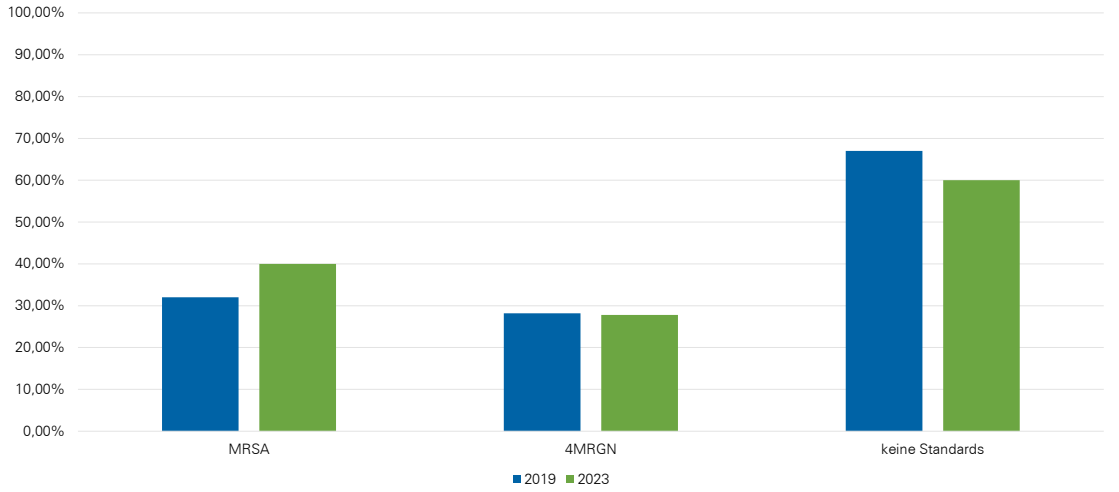
19

Screening
Anzahl von Kontrolluntersuchungen nach Dekolonisierung/Sanierung



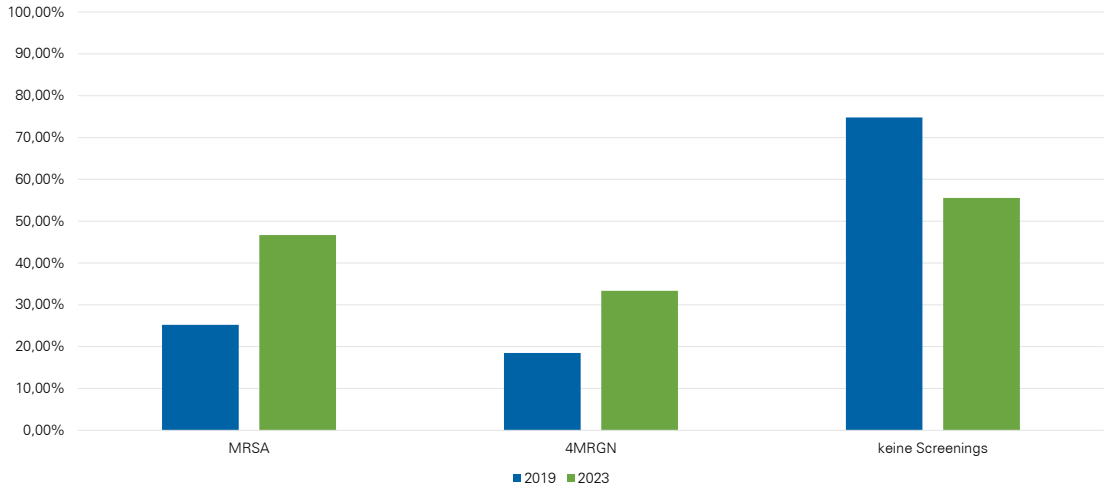
20

Screening
Standards zum Entlassscreening



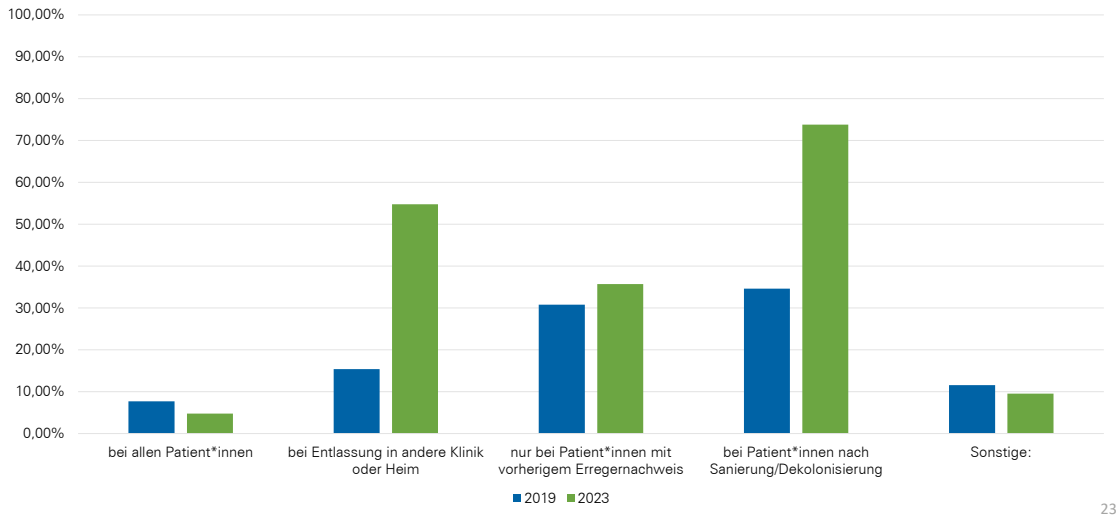
21

Screening
Screenings vor Entlassung/Verlegung



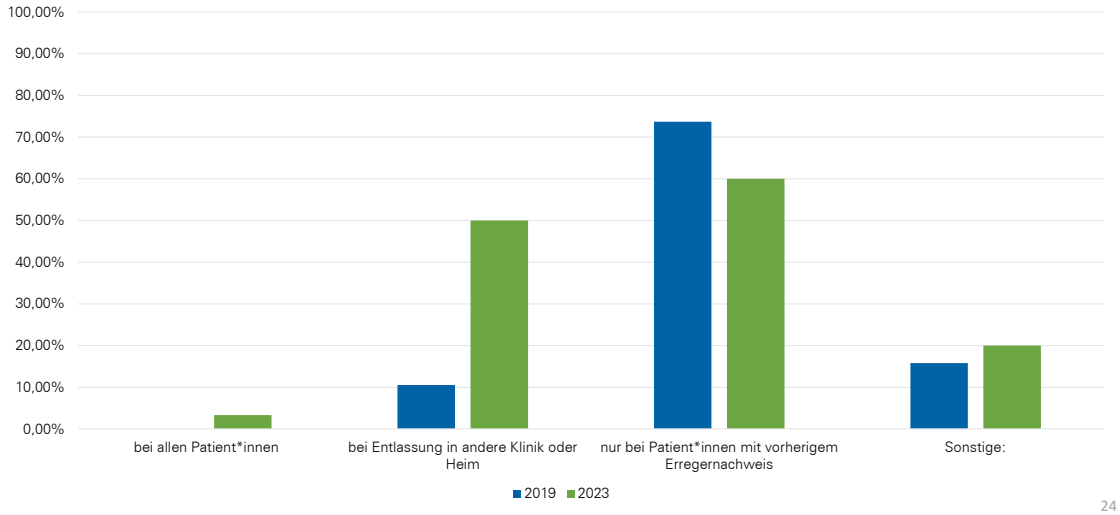
22

Screening
Entlassscreening bei MRSA



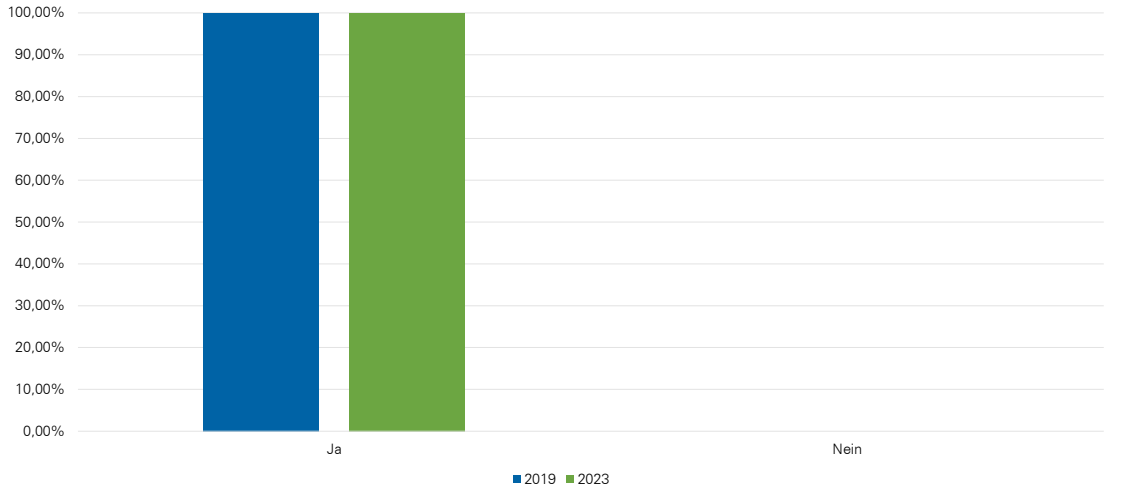
23

Screening
Entlassscreening bei MRSA



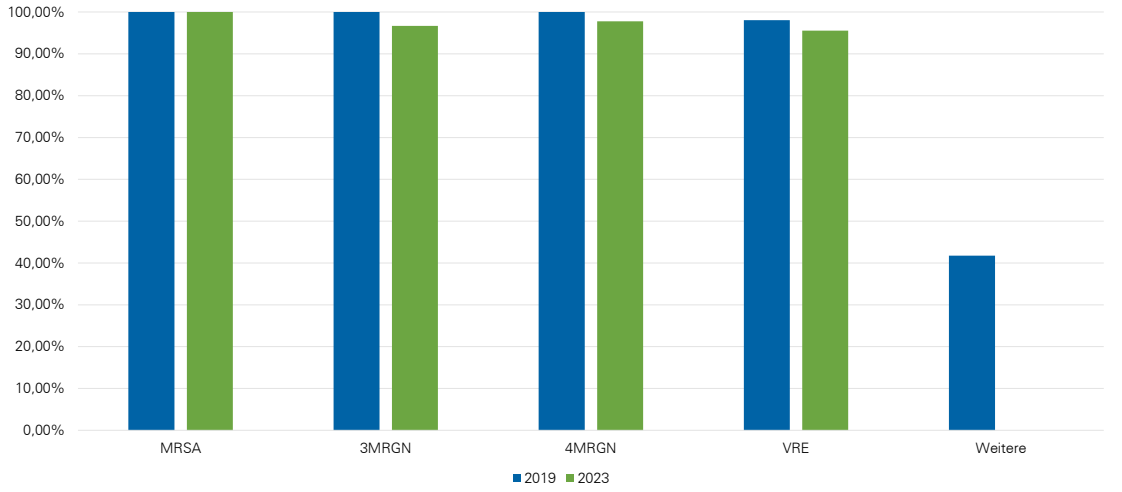
24

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Schriftliche Verfahrensanweisungen bei Kolonisation/Infektionen



25

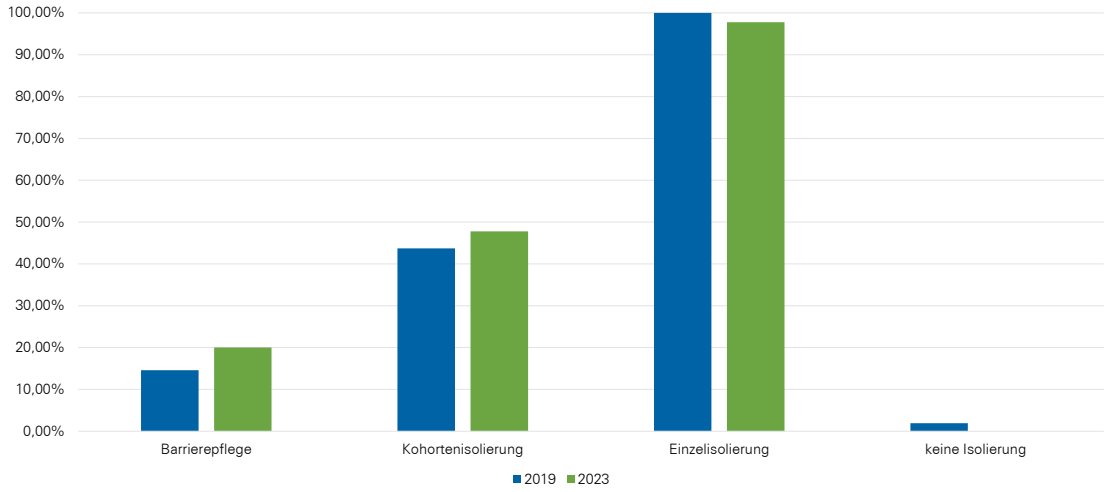
Hygienemanagement bei Erregernachweis
Schriftliche Verfahrensanweisungen für Erreger



26

Hygienemanagement bei Erregernachweis

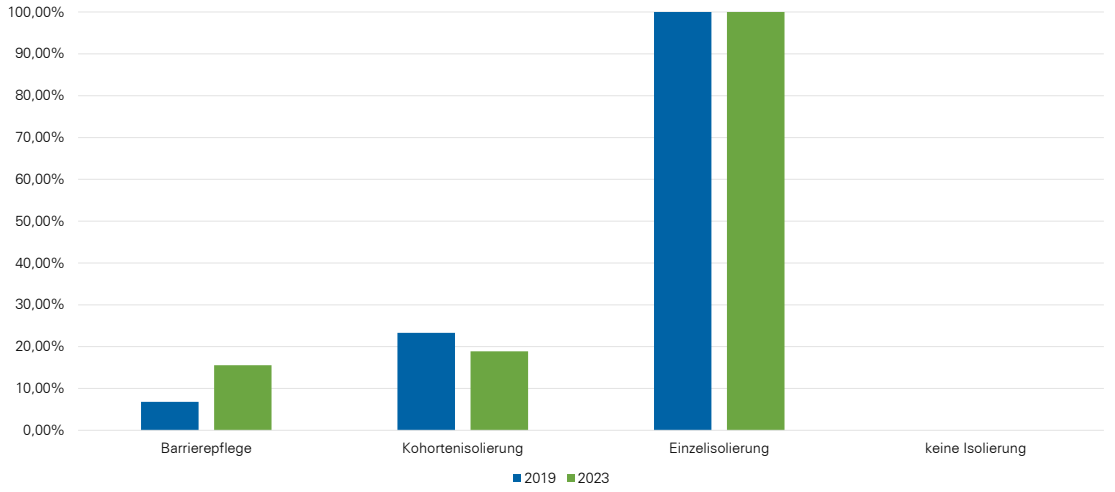
MRSA: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Normalstation



27

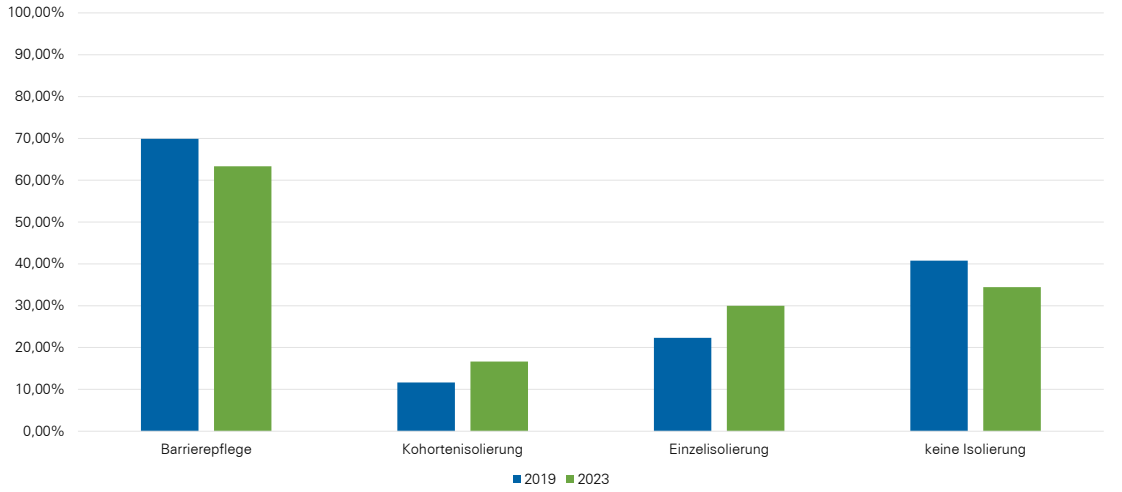
Hygienemanagement bei Erregernachweis

4MRGN: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Normalstation



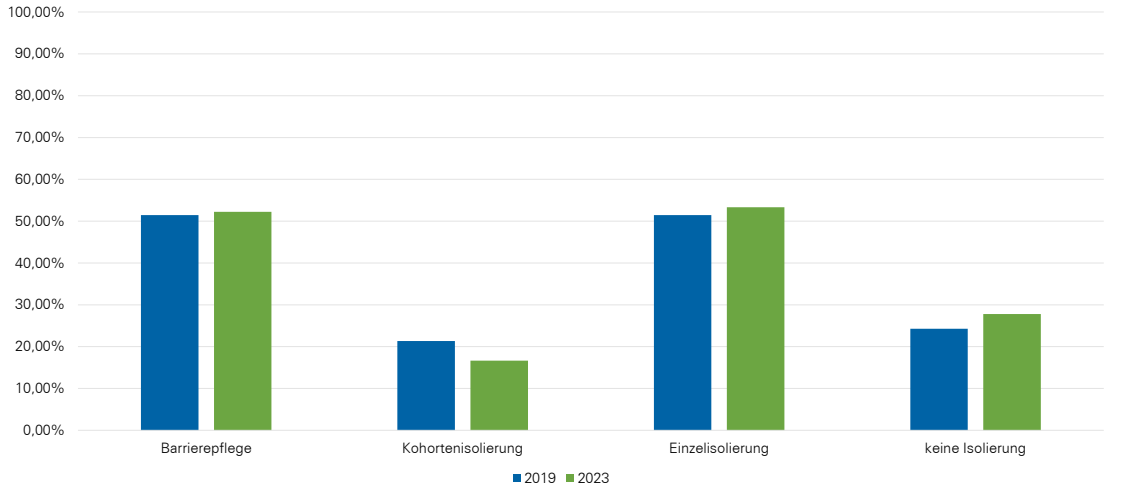
28

Hygienemanagement bei Erregernachweis
3MRG: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Normalstation



29

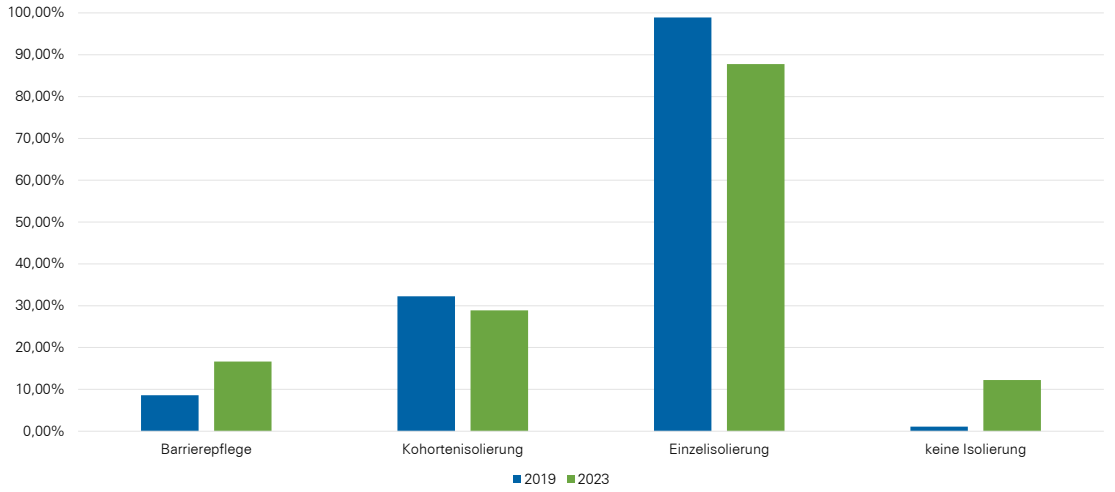
Hygienemanagement bei Erregernachweis
VRE: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Normalstation



30

Hygienemanagement bei Erregernachweis

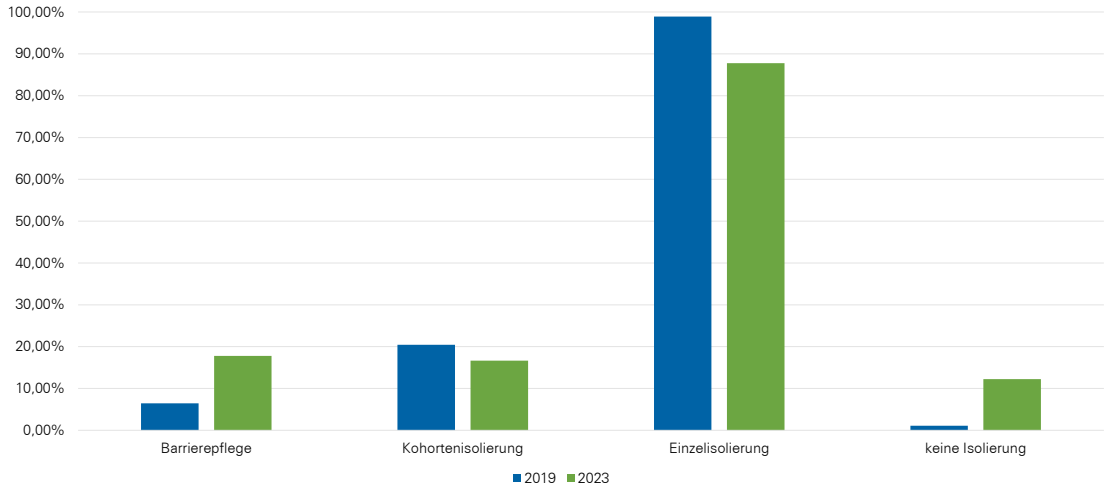
MRSA: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Intensivstation



31

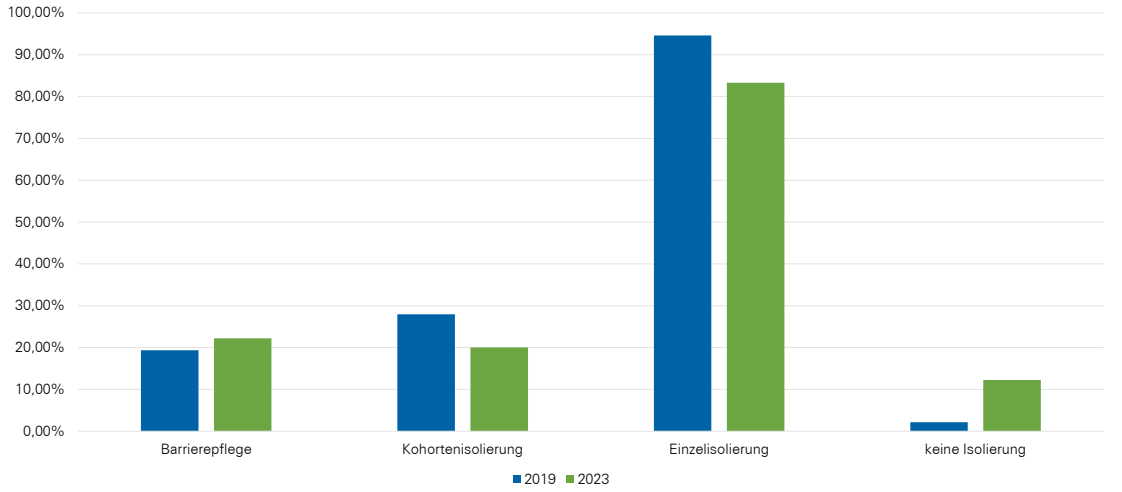
Hygienemanagement bei Erregernachweis

4MRGN: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Intensivstation



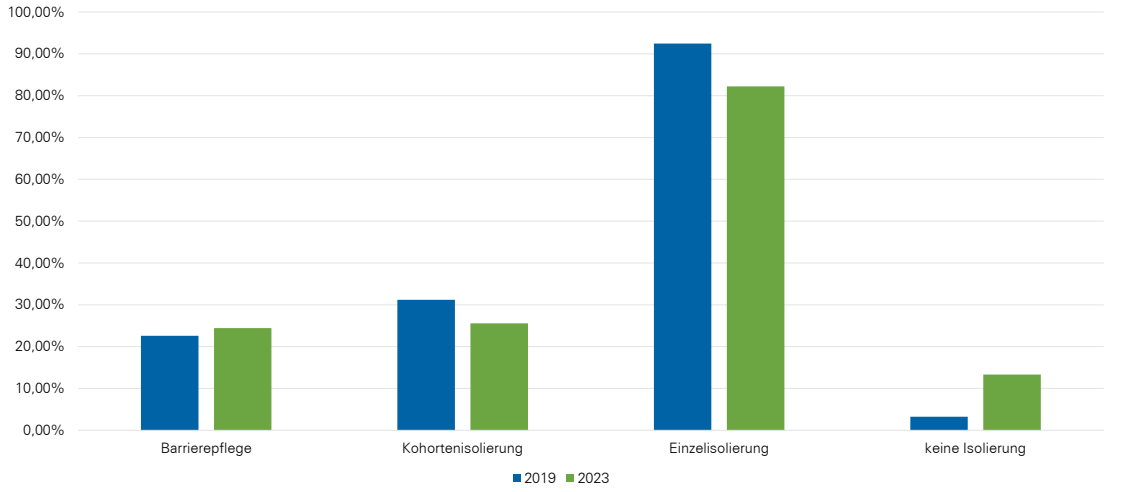
32

Hygienemanagement bei Erregernachweis
3MRGN: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Intensivstation



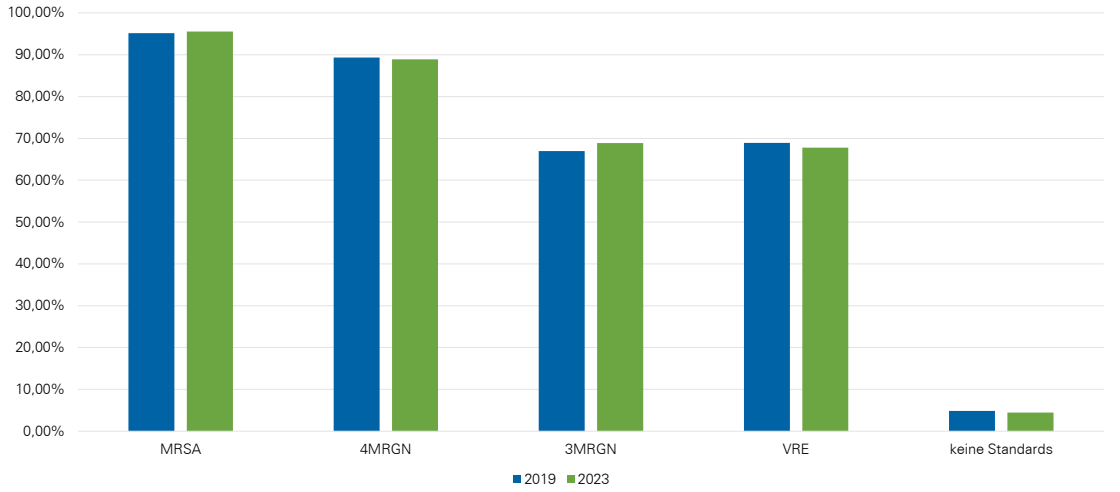
33

Hygienemanagement bei Erregernachweis
VRE: Isolierung standardisiert bei Kolonisation bzw. Infektion auf der Intensivstation



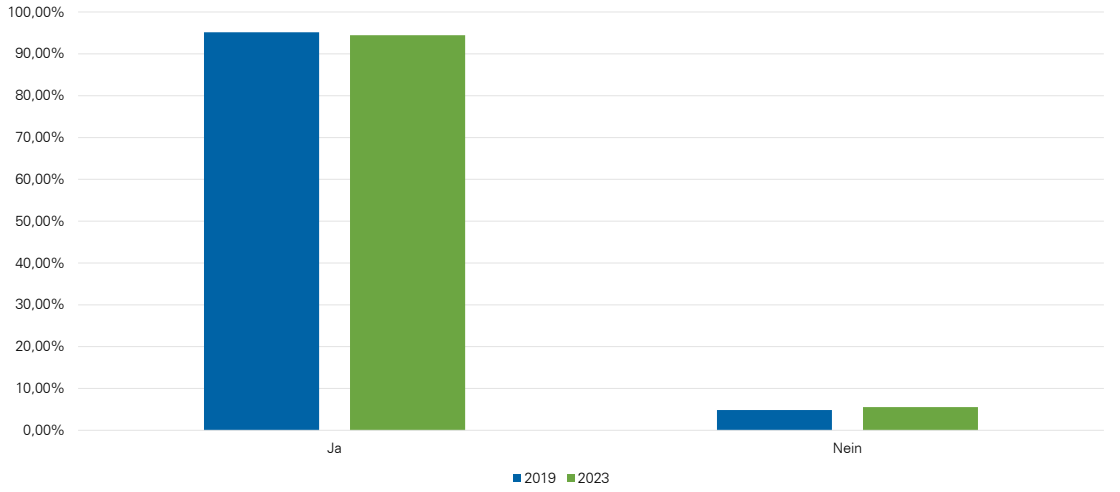
34

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Standards zum Management von Kontaktpatient*innen



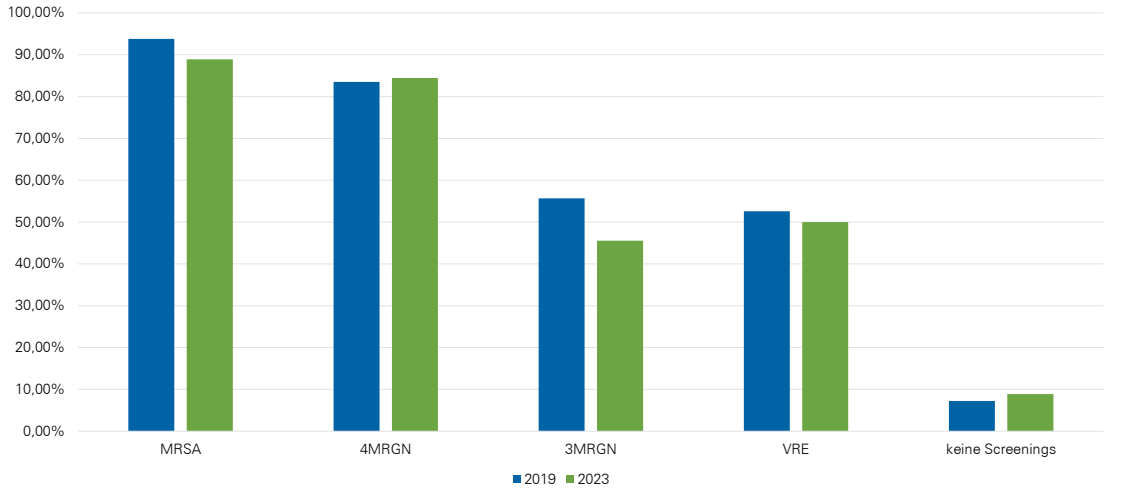
35

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Ermittlung von Kontaktpatient*innen



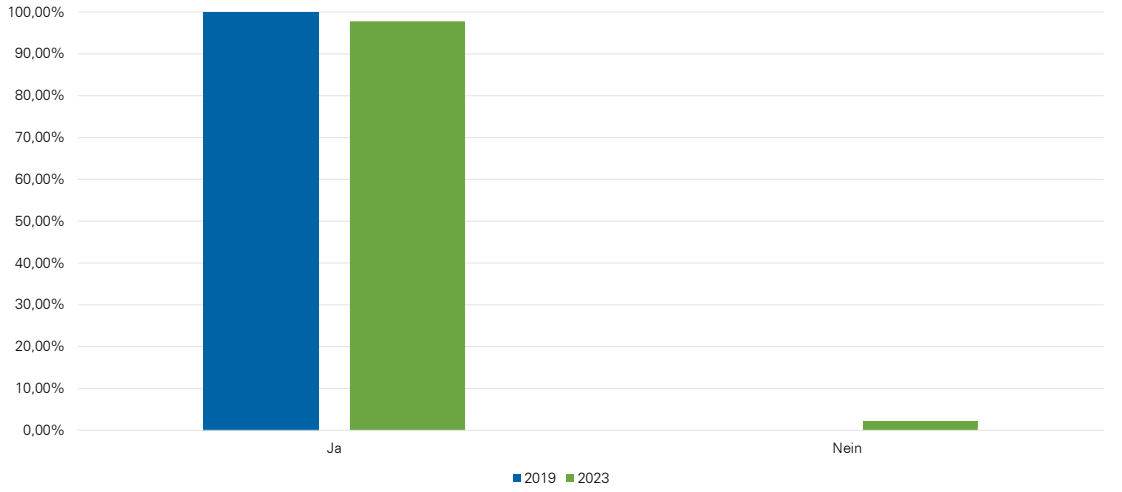
36

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Screening von Kontaktpatient*innen



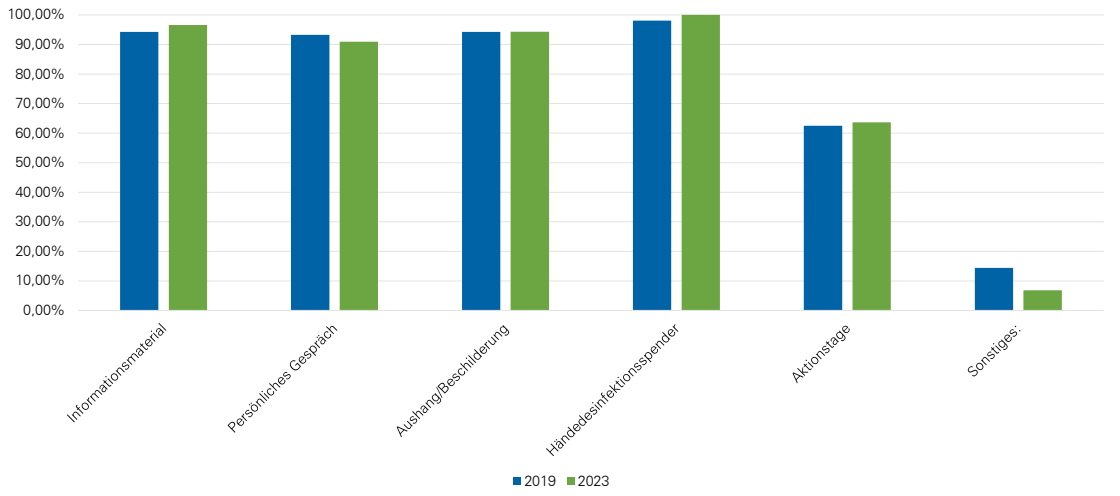
37

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Information von Besuchern zur Infektionsprävention



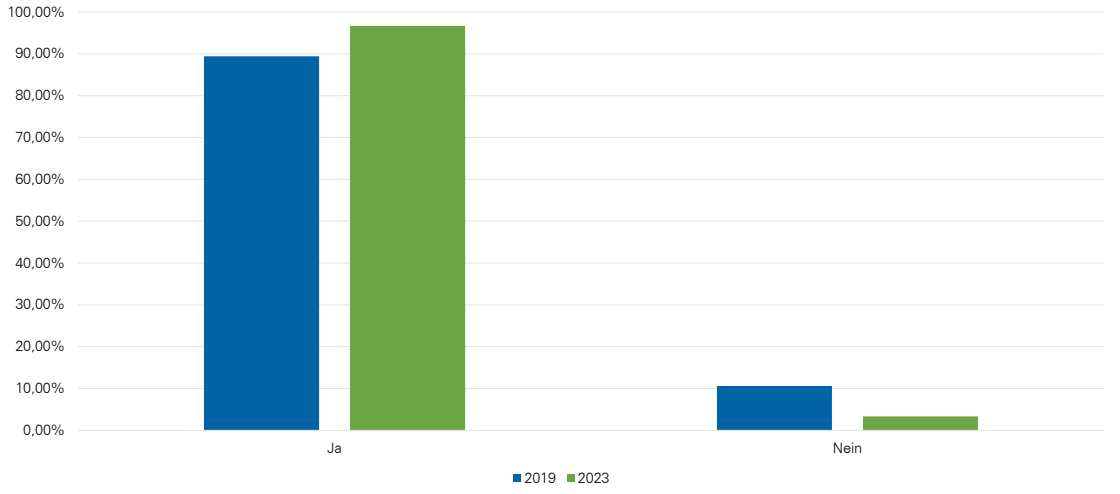
38

Hygienemanagement bei Erregernachweis
Maßnahmen zur Prävention/Information



39

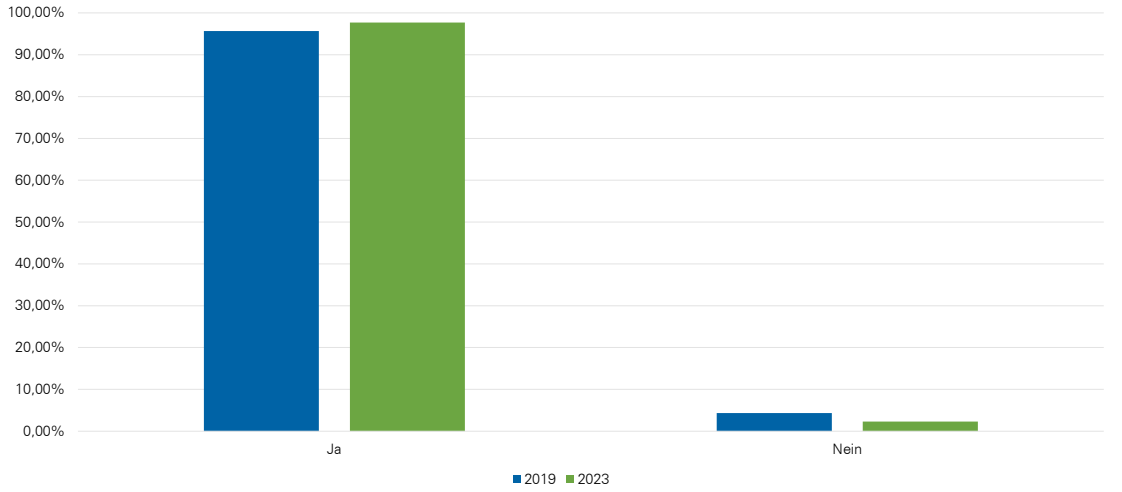
Antibiotika
Hausinterne Antibiotika-Leitlinien vorhanden



40

Antibiotika

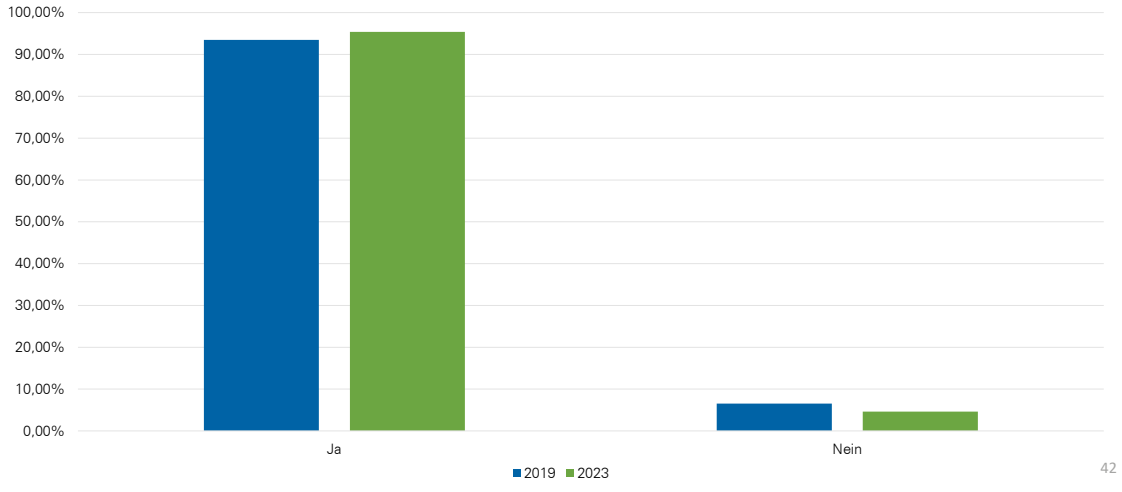
Antibiotika S3-Leitlinie



41

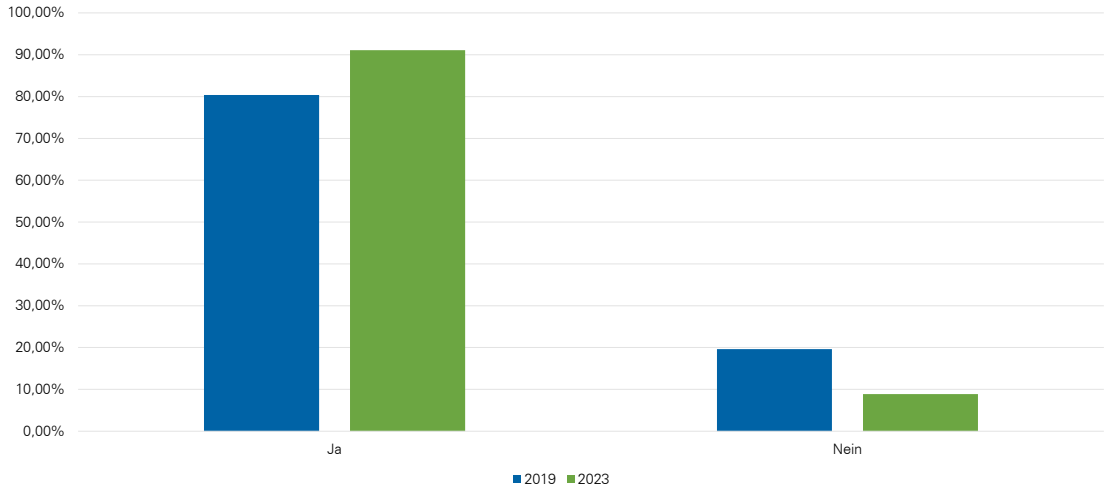
Antibiotika

Regelmäßige Anpassung/Überprüfung der hausinternen Antibiotika-Leitlinien auf Basis der lokalen Resistenzstatistik



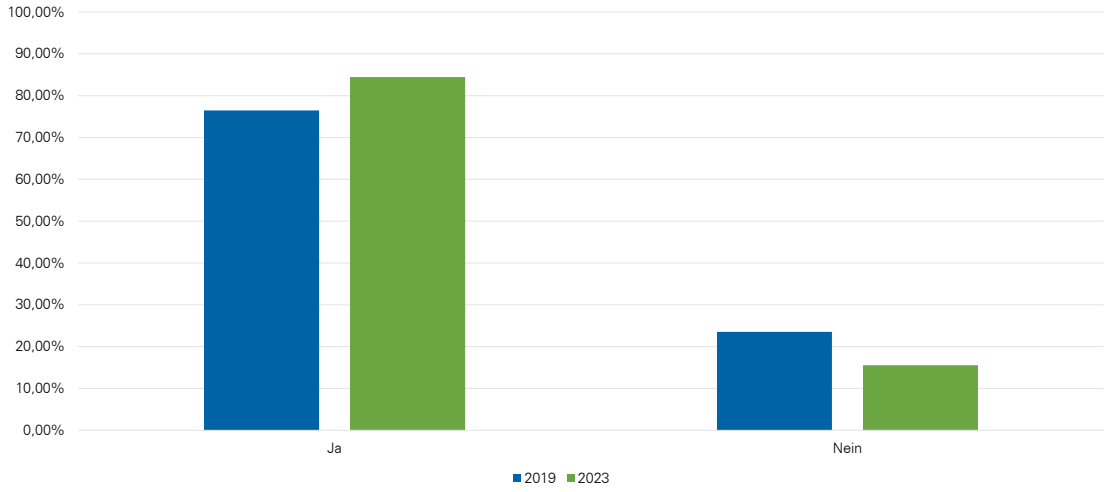
42

Antibiotika
ABS implementiert



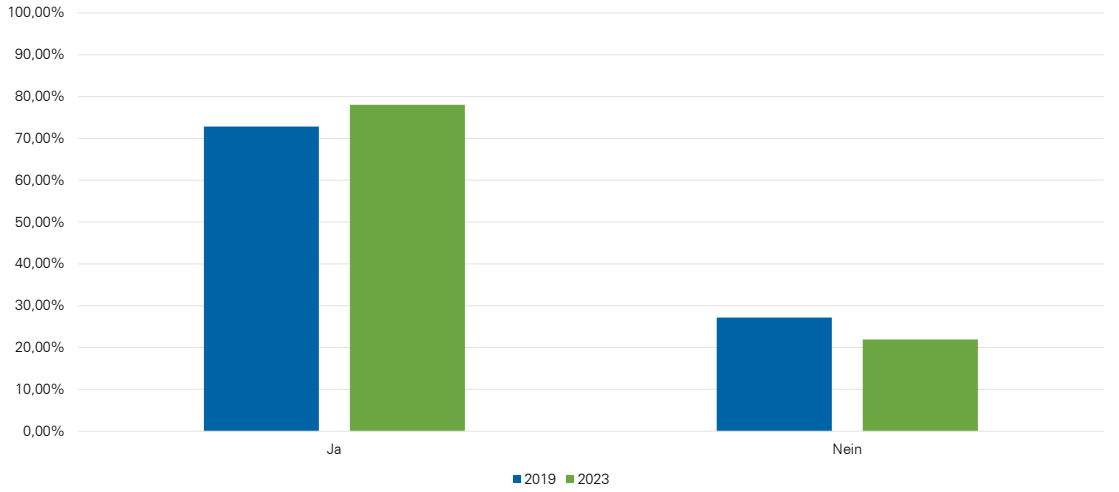
43

Antibiotika
ABS-Team vorhanden



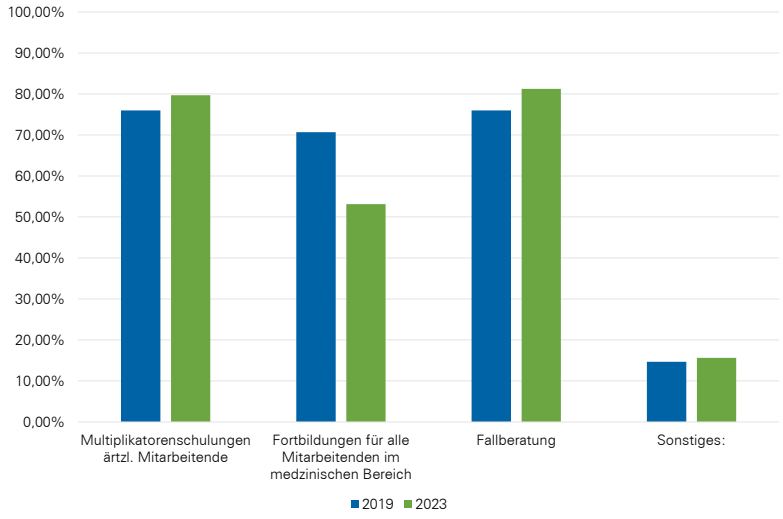
44

Antibiotika
Hausinterne Fortbildungen durch ABS-Team



45

Antibiotika
Art der Fortbildungen

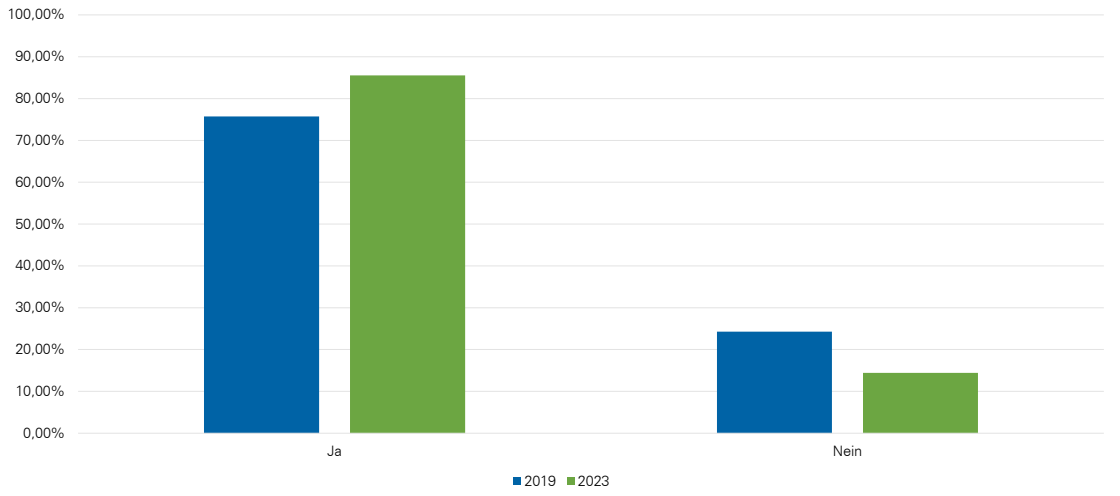


Antworten Sonstiges:

- ABS Visiten
- ABS Führerschein
- ABS Kommisionssitzungen, Arzneimittelkommision
- E-learning geplant
- Endokarditiskonferenz
- Infektiologische Konsile
- Newsletter
- Studentenunterricht

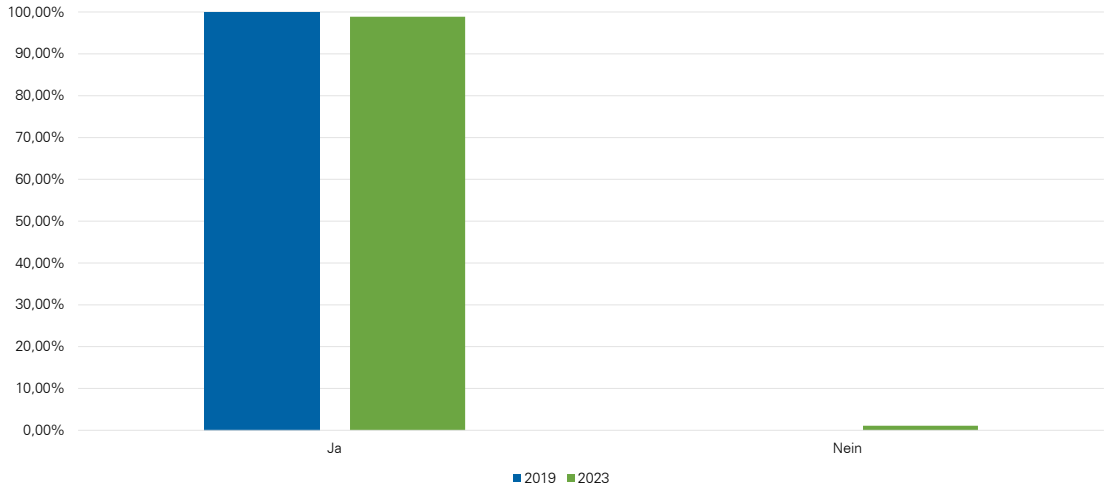
46

Antibiotika
Durchführung von Antibiotika-Therapie-Beratungen



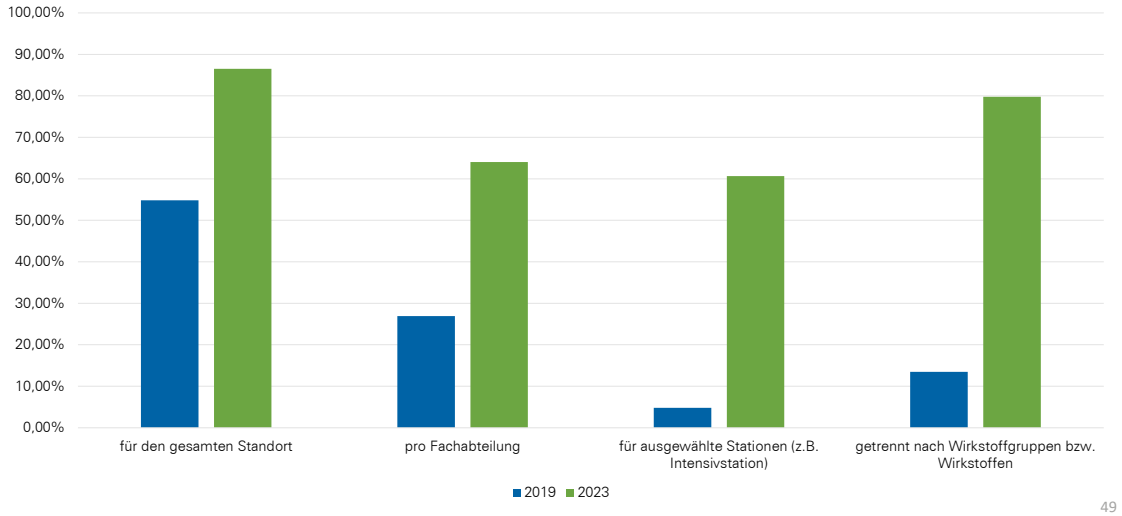
47

Antibiotika
Surveillance des Antibiotikaverbrauchs



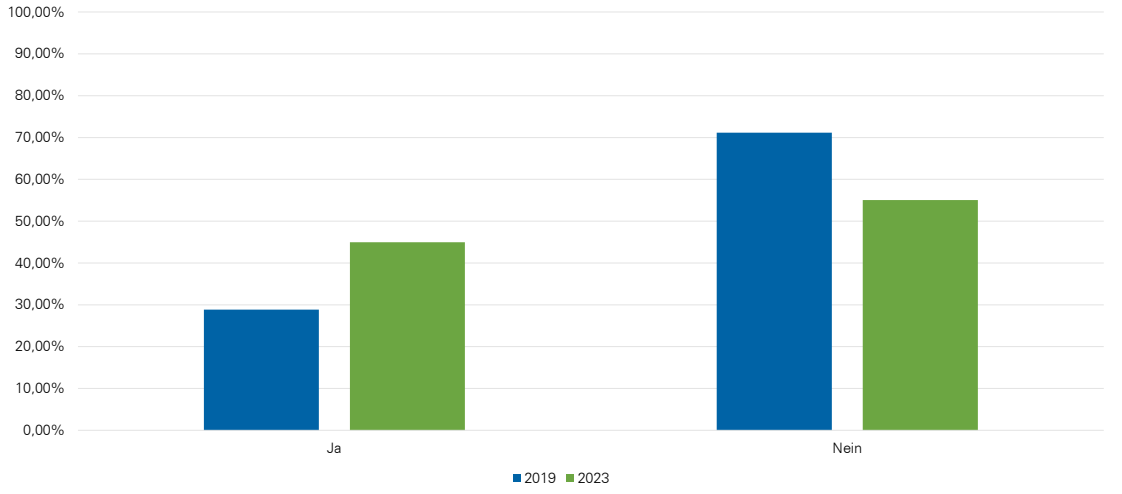
48

Antibiotika
Wofür erfolgt eine Surveillance des Antibiotikaverbrauchs?



49

Antibiotika
Teilnahme an zusätzlicher bundesweiter Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance



50

Abkürzungsverzeichnis

4MRGN .....s. MRGN
Abb .....Abbildung
ABS .....Antibiotic Stewardship
AOK .....Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung
BDH .....Bundesverband Rehabilitation
BG .....Berufsgenossenschaft
BKK .....Betriebskrankenkasse
BVG .....Bundesversorgungsgesetz
DAK .....Deutsche Angestellten-Krankenkasse
D-ärztlich .....Durchgangsärztlich
DV .....Datenvalidierung
ECMO .....ExtraCorporale MembranOxygenierung
EJ .....Erfassungsjahr
e. V. .....eingetragener Verein
FA .....Fachausschuss
G-BA .....Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR .....Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GM .....German
GmbH .....Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GQH .....Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
HFK .....Hygienfachkraft
HKG .....Hessische Krankenhausgesellschaft
HHygVo .....Hessische Hygieneverordnung
HMFG .....Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
HMSI .....Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
ICD .....International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i. F. .....in Fortbildung
IK .....Institutionskennzeichen
IKK .....Innungskrankenkasse
KCQ .....Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung
IMC .....Intermediate Care
KG.....Kollegiale Fachgespräche
KH .....Krankenhaus
KHEntgG .....Krankenhaus Entgelt Gesetz
KHG .....Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS .....Krankenhaus Informations System
KRINKO .....Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
LAGQH .....Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
LG .....Lenkungsgremium
MD .....Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MedCo .....Medizinisches Controlling
MRE .....Multiresistente Erreger
MRGN .....Multiresistente gramnegative Erreger
MRSA .....Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
N .....Anzahl
o. ä. .....oder ähnlich
OP .....Operation
OPS .....Operationsschlüssel
QI .....Qualitätsindikator
QM .....Qualitätsmanagement
QS .....Qualitätssicherung
SGB .....Sozialgesetzbuch
SOP .....Standard Operating Procedure
SVI .....Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen
SVLFG .....Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Tab. .....Tabelle
VK .....Vollkraft

LAGQH

Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätsssicherung 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