

Bericht

zur externen
Qualitätssicherung
in Hessen

2025
2026



Hinweis:

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

An der Erstellung dieses Berichts haben mitgewirkt:

Lisa Heinrich

Limei Ji

Melanie Kowalski

Alicia Meister

Dr. Björn Misselwitz

Simone Puttins

Anke Reihs

Leonie Schultheiß

Vanessa Weck

Dr. Friedemann Woernle

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	4
1. Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH)	7
2. Landesverfahren	11
Einleitung	12
Berichte zu den Landesverfahren	15
2.1 MRE-Projekt Hessen	16
2.2 Schlaganfallprojekt	25
2.2.1 Akutbehandlung	27
2.2.2 Frührehabilitation (Phase B)	37
3. Verfahren nach DeQS-RL	43
Verfahren und Abläufe	44
Berichte zu den Bundesverfahren	51
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	53
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)	58
3.3 Cholezystektomie (QS CHE)	62
3.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen - Dialyse (QS NET-DIAL)	67
3.5 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	71
3.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	75
3.7 Mammachirurgie (QS MC)	77
3.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	81
3.9 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	85
3.10 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	89
3.10.1 Herzschrittmacher (HSMDEF-HSM)	91
3.10.2 Implantierbare Defibrillatoren (HSMDEF-DEF)	94
3.11 Perinatalmedizin (QS PM)	97
3.11.1 Geburtshilfe (PM-GEBH)	99
3.11.2 Neonatologie (PM-NEO)	102
3.12 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	105
3.12.1 Osteosynthetische Versorgung (HGV-OSFRAK)	108
3.12.2 Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	111
3.13 Knieendoprothetik (QS KEP)	115
3.14 Sepsis (QS SEPSIS)	118
4. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	123
5. Hessischer Krankenhausplan 2025	127
6. Veranstaltungen	131
7. Klinikbewertungen berichtspflichtiger Qualitätsindikatoren	135
8. Datenmanagement	157
9. QS-Portal	163
10. Publikationen	169
11. Anhang	179
Leseanleitung zu Abbildungen	180
Glossar	182
Abkürzungsverzeichnis	186



Claudia Ackermann

Alternierende Vorsitzende des Lenkungsgremiums

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Leiterin der Landesvertretung Hessen

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist unverzichtbarer Bestandteil einer effizienten, sicheren und kontinuierlichen Patientenversorgung. In Hessen übernimmt die Landesarbeitsgemeinschaft eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung dieser Qualitätssicherung. Die Herausforderungen durch politische, finanzielle und demographische Entwicklungen erfordern innovative Lösungen und eine optimierte Ressourcennutzung, um die Patientensicherheit zu gewährleisten, eine nachhaltige sowie effiziente Versorgung sicherzustellen und den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden.

Das MRE-Projekt, welches bereits seit 2016 besteht, wird wegen seiner besonderen Bedeutung und weiterhin guten Unterstützung der Versorgung für mindestens weitere fünf Jahre fortgeführt. Dabei sollen die 4MRGN-Keime, bei denen sektorenübergreifend ein kontinuierlicher Infektionsanstieg zu verzeichnen ist, noch stärker in den Fokus genommen werden. Der Patientennutzen steht hier klar im Vordergrund: Durch gezieltes Monitoring können Resistenzen frühzeitig erkannt, Ausbrüche schnell identifiziert und ihre Verbreitung eingedämmt werden.

Auch in politischer Hinsicht sind bedeutende Fortschritte zu verzeichnen. Der neue Krankenhausplan für Hessen setzt die Krankenhausreform um mit dem Ziel, die Krankenhausstrukturen zukunftsfähig zu gestalten. Die Einführung von Leistungsgruppen soll die Behandlungsqualität durch Spezialisierung und bundesweit einheitliche Qualitätsstandards steigern. In der Rubrik „Qualität der Versorgung“ werden Qualitätsaspekte berücksichtigt, u. a. ergänzend durch leistungsgruppenindividuelle Auswahlkriterien des Landes Hessen. Auch hierbei werden die Ergebnisse aus dem Landesprojekt MRE und die Arbeit der LAGQH eine wichtige Rolle spielen.

An dieser Stelle danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LAGQH herzlich für ihren engagierten Einsatz und die vertrauensvolle wie konstruktive Zusammenarbeit. Auch zukünftig wird die LAGQH eine zentrale Rolle in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung spielen und die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Hessen aktiv mitgestalten.

Im vorliegenden Bericht informiert die Geschäftsstelle der LAGQH ausführlich über die im Jahr 2025 durchgeführte Qualitätssicherungsverfahren und deren Ergebnisse.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern viel Freude und gute Erkenntnisse.

Claudia Ackermann



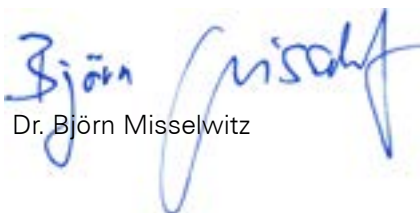
Dr. med. Björn Misselwitz

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Leiter der Geschäftsstelle

Mit dem Krankenhausplan 2025 hat das hessische Kabinett am 12. Dezember 2025 ein umfassendes Werk zur zukünftigen stationären Versorgung in Hessen verabschiedet. Aus Sicht der Qualitätssicherung ist hierbei etwas Besonderes gelungen. Neben den bundesweit vorgegebenen Strukturparametern möchte das HMFG auch Ergebnisse aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung als zusätzliche Auswahlkriterien nutzen. Damit ist Hessen das erste und bisher auch einzige Bundesland (Stand: Juni 2026), welches neben der Strukturqualität auch die Prozess- und Ergebnisqualität bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass nicht das (rechnerische) Ergebnis, sondern die Bewertung durch die LAGQH genutzt werden soll. So setzt das HMFG ein Zeichen und stärkt damit auch die gesetzliche Qualitätssicherung (näheres hierzu siehe Kapitel 5).

Der G-BA hat sich, zum Teil auch auf Empfehlungen des IQTIG, vorerst mehr oder weniger aus der sektorengleichen Qualitätssicherung verabschiedet. „Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien stellt der G-BA fest, dass das Verfahren auch nach neun Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann“ – so in den tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Beendigung des Verfahrens QS WI (Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen). Damit wurde das erste fach- und sektorübergreifende Verfahren QS WI beendet, bevor es seinem Ziel Rechnung tragen konnte, und das bei einem Thema, welches gerade bei der zunehmenden Ambulantisierung noch an Bedeutung gewinnen wird. Auch das Verfahren QS NET (Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen)-DIALYSE wird vorerst für zwei Jahre, mit der Begründung von „umfassendem Überarbeitungsbedarf“ pausiert. Bleibt noch das Verfahren QS PCI, das auf Grund von Patientenbefragung, schwieriger Risikoadjustierung und Hybrid-DRGs aktuell unter kritischer Beobachtung steht. Unabhängig davon soll im kommenden Jahr mit dem Verfahren QS-Prostata-CA (lokal begrenztes Prostatakarzinom) ein neues sektorübergreifendes Verfahren starten, welches ausschließlich auf Sozial- und Krebsregisterdaten basiert und somit keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für Krankenhäuser und Praxen bedeutet. Es ist abzuwarten, ob dieses bedeutende onkologische Thema erfolgreich als QS-Verfahren ankommt.

Trotz zum Teil gravierender Gesetzesnovellen im Bereich der Sozialgesetzgebung der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung ihre Notwendigkeit und Bedeutung immer neu unter Beweis gestellt und kann damit in Hessen ihr dreißigjähriges Bestehen feiern. Ich würde mich daher freuen, alle Mitgestalter, Teilnehmer und Interessierten am 17. November 2026 im Haus am Dom in Frankfurt begrüßen zu können, um mit ihnen dieses Jubiläum zu feiern.



Dr. Björn Misselwitz

Lenkungsgremium der LAGQH (Stand: 31.12.2025)

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

Sitzungstermine

Sitzung Nr.	Datum
17	02.07.2025
18	27.10.2025

Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR (LAGQH) wurde am 23.10.2018 zur Umsetzung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (damals Qesü-RL heute Richtlinie zur Datengestützte einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)) in Hessen gegründet. Neben bundesweiten Verfahren im Rahmen der DeQS-Richtlinie werden auch landesspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen eingesetzt.

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

- a) der **Gesellschafterversammlung** als Gremium für alle administrativen, organisatorischen und fiskalischen Entscheidungen,
- b) dem **Lenkungsgremium** als Entscheidungsgremium für die Aufgaben gemäß §§ 5, 6, 8a und § 17 der DeQS-RL sowie den Aufgaben gemäß den Vereinbarungen zu den Landesverfahren,
- c) der **unabhängigen neutralen Geschäftsstelle** für die administrativ-organisatorische Betreuung der Gesellschafterversammlung, des Lenkungsgremiums und der Expertengremien, zur Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen, als Datenannahme- und Auswertungsstelle sowie für die Umsetzung der Landesverfahren.

Das grundsätzliche Ziel der LAGQH ist, die Qualität in der medizinischen Versorgung in Hessen zu sichern und zu fördern. Hierbei sollen durch die Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verbessert werden. Durch die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen soll die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gestärkt werden.

Die Aufgaben der LAGQH definieren sich gemäß § 6 der DeQS-RL (Fassung vom 18.12.2025):

- 1) Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen,
- 2) Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen,

- 3) Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten,
- 4) Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer,
- 5) Durchführung der Datenvalidierung,
- 6) Förderung des Austausches der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen,
- 7) laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung,
- 8) Datenannahme,
- 9) Umsetzung von Aufgaben, die zur Veröffentlichung geeigneter Qualitätsergebnisse im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser notwendig sind,
- 10) Übermittlung der Bewertung der Indikatoren der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern an eine Annahmestelle.

Weiterhin richten die Landesarbeitsgemeinschaften für Ihre jeweiligen Verfahren Expertengremien ein.

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

- 1) Erstellung der Spezifikation und Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Daten,
- 2) Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien (Rechenregeln, Referenzbereiche),
- 3) Erstellung von Auswertungen (Berichte) für die Krankenhausstandorte
- 4) Analyse von Sekundärdaten.

2. Landesverfahren

Einleitung

Zur Durchführung hessenspezifischer Landesverfahren der externen Qualitätssicherung wurden auf Grundlage des § 112 Absatz 1 i. V. m. Absatz 2 Nr. 3 SGB V entsprechende Vereinbarungen getroffen. Aktuell gibt es zwei Vereinbarungen zu den Landesverfahren „MRE-Projekt Hessen“ und „Schlaganfallbehandlung“, untergliedert in die zwei Module „Schlaganfallbehandlung akut“ und „Schlaganfallbehandlung neurologische Frührehabilitation“.

Vertragspartner sind die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG). Im MRE-Projekt Hessen wird die Trägerschaft um das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) als zusätzlicher Vertragspartner ergänzt.

Die geschlossenen Landesvereinbarungen beinhalten sowohl Finanzierungsmodalitäten und datenschutzrelevante Aspekte als auch konkrete inhaltliche Festlegungen zum Datenmanagement, der Auswertungserstellung, der Berichterstattung und der Umsetzung besonderer Maßnahmen. Darüber hinaus werden Re-

gelungen zu Aufgaben und Besetzung der eingerichteten Fachausschüsse getroffen. Beide Verfahren liegen in der Durchführungsverantwortung der LAGQH. Die zugrunde liegenden Vereinbarungen sind auf der Internetseite der LAGQH veröffentlicht (<https://www.lagqh.de/about/vertraege>), um für alle Beteiligten jederzeit eine größtmögliche Transparenz herzustellen. Anders als die im Kapitel 3 des Berichtes dargestellten Verfahren nach DeQS-RL, werden die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung eigenständig durch die LAGQH aufgebaut, betreut und weiterentwickelt.

Die hessischen Landesverfahren basieren auf fallbezogenen QS-Daten. Die betroffenen Kliniken erfassen medizinische Daten zum Aufnahmezustand, zum Behandlungsverlauf, zu Risikofaktoren sowie zum Outcome und senden diese in elektronischer Form an die Datenannahmestelle der LAGQH. Die entsprechenden Daten fließen in die vergleichenden Berechnungen von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein. Alle teilnehmenden Kliniken erhalten quartalsweise Auswertungen zu den für jedes Verfahren definierten Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen. Ergänzend

Strukturierter Dialog

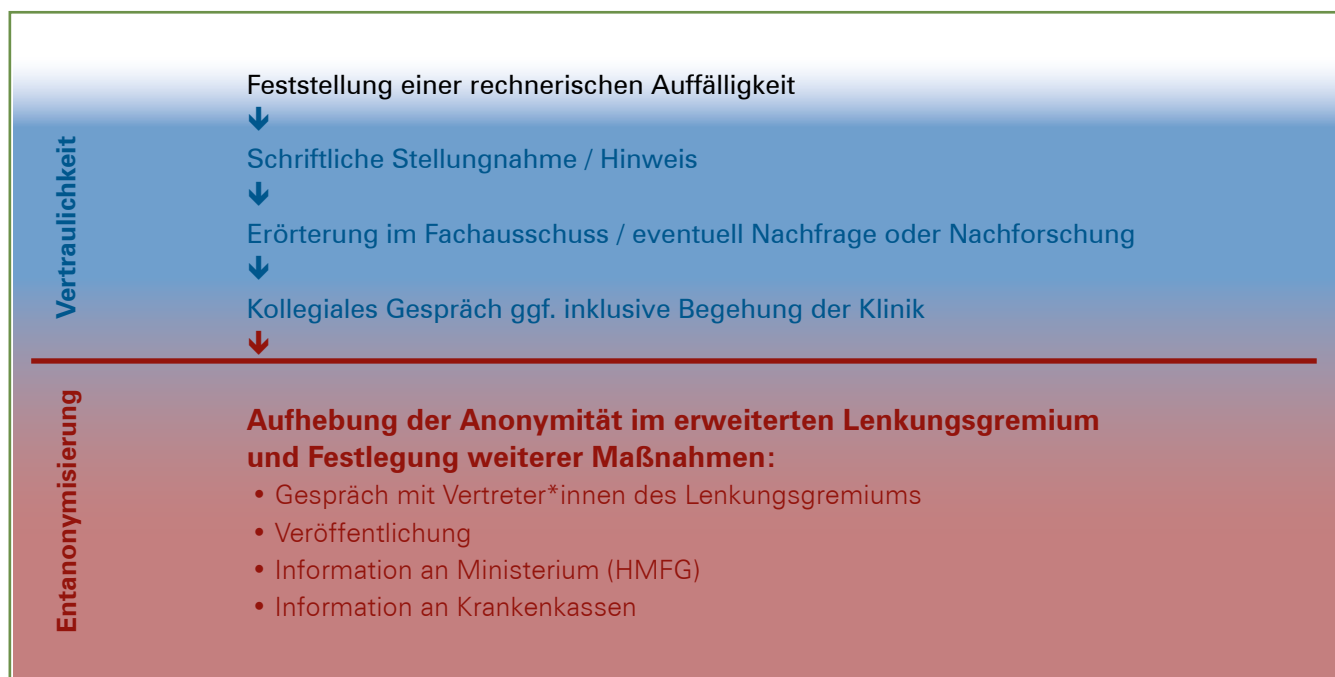


Abb. 2.1 Ablauf Strukturierter Dialog

werden jedem Klinikstandort jährliche Basisauswertungen zur Verfügung gestellt.

Für alle dargestellten Verfahren werden durch das Lenkungsgremium der LAGQH Fachausschüsse berufen, die sich interdisziplinär nach den jeweiligen Bedürfnissen der Verfahren zusammensetzen und auch Patientenvertreter*innen beinhalten. Die Gremien unterstützen die LAGQH bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren beratend mit ihrer jeweiligen Fachexpertise.

Der Strukturierte Dialog bildet den Prozess der qualitativen Bewertung rechnerischer Auffälligkeiten in einem oder mehreren Qualitätsindikatoren ab. Sollten Auswertungsergebnisse von teilnehmenden Kliniken von den festgelegten Referenzwerten abweichen, werden durch die LAGQH hierzu, in Abstimmung mit dem zuständigen Fachausschuss, im ersten Schritt schriftliche Stellungnahmen zu den betreffenden Ergebnissen angefordert. Diese individuellen Darstellungen der

Klinik bewertet der zuständige Fachausschuss, um zugrunde liegende qualitative Mängel zu identifizieren und bei Bedarf qualitätsfördernde Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Einen schematischen Überblick über den gesamten Ablauf des dargestellten Strukturierten Dialogs bietet die Abbildung 2.1

Des Weiteren werden zur Überprüfung der Datenqualität regelmäßige Datenvalidierungen von der LAGQH durchgeführt. Diese stellen sicher, dass die Erhebungsbögen die benötigten Daten vollständig, vollzählig und valide abbilden und die Dokumentation in den Erhebungsbögen die Aktenlage in den Kliniken korrekt wiedergibt. Die Durchführung der Datenvalidierung stellt sicher, dass die Datengrundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren aussagekräftig und gut vergleichbar ist.

Die Datenvalidierung beinhaltet zum einen die statistische Basisprüfung, bei der jährlich mit Hilfe festgelegter Auffälligkeitskriterien die zur Verfügung gestellte



Abb. 2.2 Verfahrensplan - Datenvalidierung

Datengrundlage überprüft wird. Zum anderen werden in ausgewählten Kliniken Stichprobenverfahren durchgeführt, bei denen die Dokumentation zur Qualitätssicherung mit der in der Primärakte gegengeprüft wird.

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

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

Erläuterung zum Kapitelaufbau

Der Kapitelaufbau zu den jeweiligen Landesverfahren gestaltet sich wie folgt:

- ✓ Zusammensetzung der Fachausschüsse, Expertengremien, Arbeitsgruppen
- ✓ Sitzungstermine
- ✓ Ansprechpartner*innen der LAGQH
- ✓ Einleitungstext mit allgemeinen Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zu den Erfassungsjahren 2024 und 2025
- ✓ Qualitätsindikatoren/Kennzahlen: Hessenergebnisse zu den Auswertungsjahren 2025 und 2026 und Strukturierter Dialog zum Auswertungsjahr 2025 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- ✓ Gesonderte Ergebnisse und Darstellungen

Landesverfahren - Verzeichnis

Verzeichnis der Landesverfahren		Details auf Seite
	MRE-Projekt Hessen (MRE_HE)	16
	Schlaganfall - Akutbehandlung (SA_HE)	27
	Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation (SA_FRUEHREHA_HE)	37

2.1 MRE-Projekt

Fachausschuss (Stand: 31.12.2025)

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

Expert*innengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2025)

Mitglied	Institution
Frau C. Grün	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Frau S. Schaefer	AOK Hessen
Frau PD Dr. med. K. Steul	Fachdienst Gesundheit Kreis Offenbach
Frau S. Strodt	BKK Landesverband Süd
Frau Dr. C. Winten	Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
33	04.02.2025
34	28.04.2025
35	15.07.2025
36	21.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Termin Sitzung des Expertengremiums

Sitzung Nr.	Datum
12	21.10.2025

Einleitung

Das Landesverfahren MRE-Projekt Hessen wird seit 2016 als externes Qualitätssicherungsverfahren in Hessen umgesetzt und hat zum Ziel, die Prävalenz multiresistenter Erreger zu analysieren und vermeidbare Infektionen in den hessischen Kliniken zu reduzieren. Träger der Vereinbarung sind die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen, die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) und das Land Hessen, vertreten durch das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG).

Im europäischen Vergleich stehen die nosokomialen Infektionen als „schleichende Pandemie“ hinter SARS-CoV-2-Infektionen mit geringem Abstand auf Platz 2 der Liste der tödlichsten Infektionskrankheiten (Deutsches Ärzteblatt 2022). Die Dynamik der Resistenzentwicklungen stellt hierbei die klinische Hygiene und den Infektionsschutz vor immer neue Herausforderungen. Um diesem Umstand auch aus qualitätssichernder Sicht Rechnung zu tragen und weiter einen Beitrag zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu leisten, ist das MRE-Projekt Hessen von den Vertragspartnern um weitere fünf Jahre bis Ende 2030 verlängert worden.

Das Verfahren beleuchtet Erreger aus zwei Keimspektren. Zum einen den Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin (MRSA), zum anderen ausgewählte Keime der gramnegativen Erreger mit Multiresistenz 4MRGN. Letztere Gruppe wurde mit dem Erfassungsjahr 2025 erweitert. Kolonisationen, aber vor allem schwer behandelbare Infektionen mit Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN treten in den letzten Jahren in den Kliniken vermehrt auf, so

dass das beleuchtete Keimspektrum der 4MRGN mit Aufnahme dieses Keims eine sinnvolle Ergänzung erfährt.

Die Dokumentation von Krankenhausfällen mit folgenden Erregern ist zusammengefasst von allen hessischen Kliniken exklusive psychiatrischer und psychosomatischer Fachkliniken verpflichtend durchzuführen:

- ✓ **MRSA**
(ICD-Kode U80.00!)
- ✓ **Escherichia coli 4MRGN**
(ICD-Kode U81.40!)
- ✓ **Klebsiella pneumoniae 4MRGN**
(ICD-Kode U81.41!)
- ✓ **Acinetobacter baumannii 4MRGN**
(ICD-Kode U81.51!)

Der bereits in den Vorjahren berichtete Trend zu den Fallzahlentwicklungen setzt sich auch im Erfassungsjahr 2025 fort (Tab. 2.1.1). Die Zahl der gemeldeten MRSA-Fälle, die nach kontinuierlichem Rückgang um ca. 44 % von Erfassungsjahr 2017 - 2023 in 2024 erstmals wieder leicht zunahm, steigt im Erfassungsjahr 2025 mit 3.931 gemeldeten Fällen weiter leicht an. Bei den 4MRGN-Erregern ist aufgrund der Erweiterung der einbezogenen ICD-Kodes nur bedingt ein Vergleich möglich. Im Jahr 2025 wurden hier insgesamt 632 Fälle von den teilnehmenden Kliniken gemeldet. Die Tabelle 2.1.2 auf Seite 20 zeigt hierzu ergänzend die Fallzahlverteilung der einzelnen ICD-Kodes des 4MRGN-Bereiches.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025		Erfassungsjahr 2024	
	MRSA	4MRGN	MRSA	4MRGN
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	115	78	117	71
Fallzahlen (IST)	3.931	632	3.565	317
Vollständigkeit	101,60 %	100,96 %	100,17 %	96,94 %

Tab. 2.1.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/2025)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025)

Qualitätsindikatoren

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Q1-Q2 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Q3-Q4 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
MRE-2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 95,93%	96,59% [95,50 - 97,43] 1332 / 1379 Fälle	96,04% [94,40 - 97,21] 727 / 757 Fälle	95,81% [94,08 - 97,05] 686 / 716 Fälle	95,93% [94,79 - 96,82] 1413 / 1473 Fälle
MRE-3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 Ø in Hessen: 1,25%	1,31% [0,73 - 2,32] 11 / 842 Fälle	0,79% [0,31 - 2,01] 4 / 506 Fälle	1,69% [0,89 - 3,18] 9 / 532 Fälle	1,25% [0,73 - 2,13] 13 / 1038 Fälle
MRE-3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (>=3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 Ø in Hessen: 1,20%	1,27% [0,87 - 1,86] 26 / 2045 Fälle	0,70% [0,36 - 1,38] 8 / 1142 Fälle	1,69% [1,10 - 2,59] 20 / 1184 Fälle	1,20% [0,83 - 1,73] 28 / 2326 Fälle
MRE-4	Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert	Ziel: >= 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,46%	95,37% [94,64 - 96,00] 3520 / 3691 Fälle	95,24% [94,22 - 96,08] 1920 / 2016 Fälle	95,67% [94,73 - 96,46] 2057 / 2150 Fälle	95,46% [94,79 - 96,05] 3977 / 4166 Fälle
MRE-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.	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 Ø in Hessen: 16,79%	25,29% [17,33 - 35,33] 22 / 87 Fälle	10,71% [5,00 - 21,47] 6 / 56 Fälle	20,99% [13,54 - 31,07] 17 / 81 Fälle	16,79% [11,46 - 23,93] 23 / 137 Fälle
MRE-1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,124‰ Ø in Hessen: 0,048‰	0,046‰ [0,042 - 0,051] 362 / 7780141 Fälle	171 Fälle	206 Fälle	0,048‰ [0,043 - 0,053] 377 / 7749094 Fälle
MRE-1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,036‰ Ø in Hessen: 0,013‰	0,014‰ [0,011 - 0,017] 110 / 7780141 Fälle	46 Fälle	59 Fälle	0,013‰ [0,011 - 0,016] 105 / 7749094 Fälle
MRE-1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,021‰ Ø in Hessen: 0,008‰	0,007‰ [0,005 - 0,009] 55 / 7780141 Fälle	30 Fälle	35 Fälle	0,008‰ [0,007 - 0,011] 65 / 7749094 Fälle
MRE-1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,023‰ Ø in Hessen: 0,006‰	0,005‰ [0,004 - 0,007] 39 / 7780141 Fälle	16 Fälle	28 Fälle	0,006‰ [0,004 - 0,008] 44 / 7749094 Fälle
MRE-5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,018‰	0,011‰ [0,009 - 0,014] 87 / 7780141 Fälle	56 Fälle	81 Fälle	0,018‰ [0,015 - 0,021] 137 / 7749094 Fälle
MRE-5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,006‰	0,004‰ [0,003 - 0,006] 35 / 7780141 Fälle	22 Fälle	24 Fälle	0,006‰ [0,004 - 0,008] 46 / 7749094 Fälle
MRE-5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,003‰	0,002‰ [0,001 - 0,003] 15 / 7780141 Fälle	9 Fälle	11 Fälle	0,003‰ [0,002 - 0,004] 20 / 7749094 Fälle
MRE-5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,002‰	0,001‰ [0,000 - 0,002] 7 / 7780141 Fälle	5 Fälle	10 Fälle	0,002‰ [0,001 - 0,003] 15 / 7749094 Fälle

Auffälligkeitskriterien

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024	EJ2025 Q1-Q2	EJ2025 Q3-Q4	EJ2025
MRE-AK1	Häufige Angabe „Sonstige“ bei nicht durchgeführter Dekolonisierung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 20,00%	16,67% 23 / 138 Fälle	13,92% 11 / 79 Fälle	26,76% 19 / 71 Fälle	20,00% 30 / 150 Fälle
MRE-MRSA-AK2	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 101,76%	98,93% 3517 / 3555 Fälle	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	101,76% 3931 / 3863 Fälle
MRE-MRGN-AK2	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 97,92%	95,72% 313 / 327 Fälle	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	97,92% 613 / 626 Fälle
MRE-MRSA-AK3	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 101,76%	98,93% 3517 / 3555 Fälle	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	101,76% 3931 / 3863 Fälle
MRE-MRGN-AK3	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 97,92%	95,72% 313 / 327 Fälle	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	Nicht verfügbar bei unterjähriger Berechnung	97,92% 613 / 626 Fälle

Abb. 2.1.1 Übersichtstabelle Hessen gesamt

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Verfahren werden wie auch in den Vorjahren insgesamt sieben Qualitätsindikatoren berechnet. Vier der Indikatoren beziehen sich auf die Prozessqualität und bewerten die Ergebnisse zur Isolierung besiedelter oder infizierter Patient*innen, zur durchgeführten Dekolonisierung von MRSA-besiedelten Patient*innen und den Informationsaustausch mit weiterbehandelnden Stellen des Gesundheitswesens. Hierzu erhalten alle teilnehmenden Kliniken quartalsweise Auswertungen.

Drei weitere Qualitätsindikatoren werden jährlich zur Inzidenz des im Verfahren abgebildeten Keimspektrums berechnet. Als Berechnungsbasis melden alle teilnehmenden Leistungserbringer*innen jährlich die Belegungstage ihrer Klinikstandorte an die LAGQH. Als ergänzende Information werden in den Quartalsauswertungen die absoluten Fallzahlen zu diesen Indikatoren abgebildet.

Die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2024 und 2025 zu den beschriebenen Indikatoren sind der Abbildung 2.1.1 zu entnehmen. In allen Indikatoren erzielten die teilnehmenden hessischen Kliniken gute Ergebnisse auf einem durchgängig sehr hohen Niveau. Durch die dargestellte Erweiterung der einbezogenen ICD-Kodes aus dem 4MRGN-Spektrum sind die Qualitätsindikatoren 5 und 6 zum Vorjahr nur eingeschränkt vergleichbar.

Um die Unterschiede der beiden beleuchteten Erregergruppen und die daraus resultierenden Herausforderungen an die Klinikhygiene aufzuzeigen, sind in den Tabellen 2.1.3 und 2.1.4 für die Erfassungsjahre 2022 bis 2024 verschiedene Merkmalsausprägungen aus den Basisauswertungen zu den Themen Nosokomialität, Infektion und Antibiotikatherapie gegenübergestellt worden. Es zeigen sich folgende relevante Unterschiede:

- 1) 4MRGN-Erreger werden deutlich häufiger erst im Behandlungsverlauf nachgewiesen (durchschnittlich ca. 15 % häufiger). Daraus resultieren größere Herausforderungen an das Hygienemanagement z. B. zur Isolierung und damit zur Eindämmung möglicher Keimübertragungen im stationären Behandlungsverlauf
- 2) 4MRGN-Erreger führen deutlich häufiger zu einer behandlungsbedürftigen Infektion
- 3) Im Verlauf nachgewiesene 4MRGN-Erreger treten sehr häufig nach einer im Vorfeld stattgefundenen Antibiotikatherapie auf (ca. 75 % bis ca. 78 %)

Ergänzend zu den dargestellten Ergebnissen der Qualitätsindikatoren hat die LAGQH auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2025 erneut eine Sonderauswertung der Inzidenzindikatoren erstellt. Diese zeigt die Verteilung pro Versorgungsgebiet ausgewertet nach behandelndem Krankenhausstandort sowie nach Wohnort der behandelten Patient*innen. Die detaillierten Ergebnisse und Verteilungen innerhalb Hessens zeigen die Abbildungen 2.1.2 und 2.1.3 sowie die Tabellen 2.1.5 bis 2.1.7.

Erstmals wurden für das Erfassungsjahr 2025 auch regelhaft drei Auffälligkeitskriterien zur Bewertung der Dokumentationsqualität in die Auswertungsroutine aufgenommen. Diese dienen der Sicherstellung einer vollzähligen, vollständigen und aussagekräftigen Datengrundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren. Zur Klärung bestehender Abweichungen vom geforderten Referenzwert wird die LAGQH im Rahmen der Datenvalidierung mit den betreffenden Klinikstandorten einen Strukturierten Dialog führen.

Basisdaten (EJ 2025) - 4MRGN

Basisauswertung Grundgesamtheit Fälle mit 4MRGN	N	%
Fälle mit 4MRGN	632	100,0
Erregertypen	N	%
U81.40!: Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN	244	38,6
U81.41!: Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN	308	48,7
U81.51!: Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN	55	8,7
U81.40! und U81.41!	18	2,8
U81.40! und U81.51!	0	0,0
U81.41! und U81.51!	5	0,8
U81.40!, U81.41! und U81.51!	≤ 3*	x*

Tab. 2.1.2 Basisdaten im Vergleich 4MRGN (ICD-Kodes: U81.40! / U81.41! / U81.51!)

Basisdaten im Vergleich (EJ 2022 - 2024) - MRSA

Ergebnisse Basisauswertung MRSA	2022	2023	2024
Fälle gesamt	3.672	3.439	3.692
Nosokomial	9,4 %	11,5 %	9,8 %
Nicht nosokomial	90,6 %	88,5 %	90,2 %
Davon bei Aufnahme bekannt	24,8 %	23,3 %	22,0 %
Davon im Aufnahmescreening festgestellt	67,1 %	68,3 %	67,6 %
Asymptomatische Kolonisation	83,6 %	82,9 %	81,8 %
Behandlungsbedürftige Infektion	6,4 %	7,1 %	8,2 %

Tab. 2.1.3 Basisdaten im Vergleich MRSA (ICD-Kode: U80.00!)

Basisdaten im Vergleich (EJ 2022 -2024) - 4MRGN

Ergebnisse Basisauswertung 4MRGN	2022	2023	2024
Fälle gesamt	267	262	317
Im Verlauf festgestellt	29,2 %	25,2 %	25,9 %
Davon Antibiotikatherapie im Vorfeld	78,2 %	77,3 %	74,7 %
Nicht nosokomial	71,0 %	74,8 %	74,1 %
Davon bei Aufnahme bekannt	32,2 %	35,5 %	33,0 %
Davon im Aufnahmescreening festgestellt	38,6 %	39,3 %	41,1 %
Asymptomatische Kolonisation	64,4 %	76,0 %	66,4 %
Behandlungsbedürftige Infektion	35,6 %	24,0 %	33,6 %

Tab. 2.1.4 Basisdaten im Vergleich 4MRGN (ICD-Kode: U81.41! / U81.51!)

* Datenschutz

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet

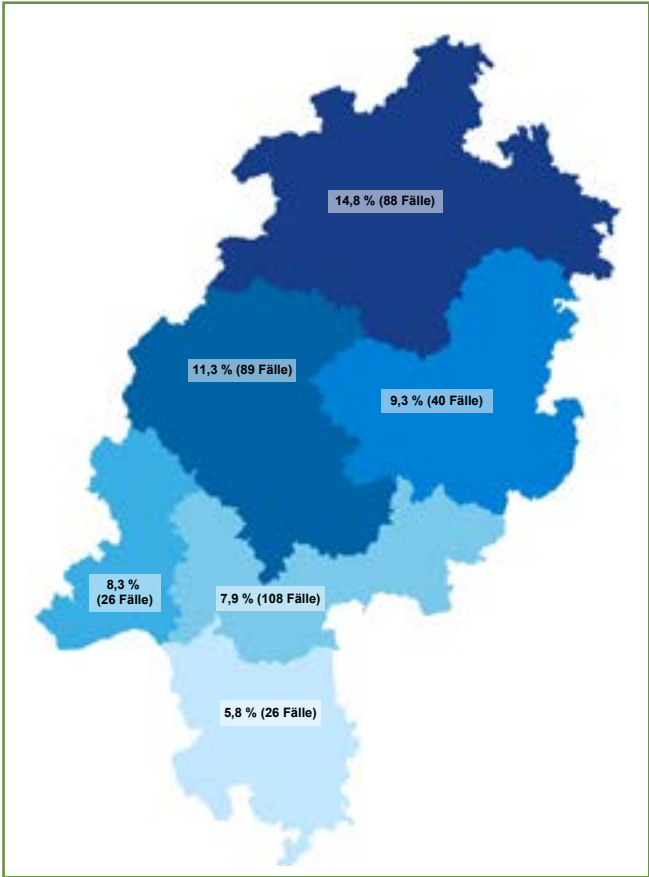


Abb. 2.1.2 Hessenkarte nosokomiale MRSA-Fälle EJ 2025

Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen¹ nach Versorgungsgebiet

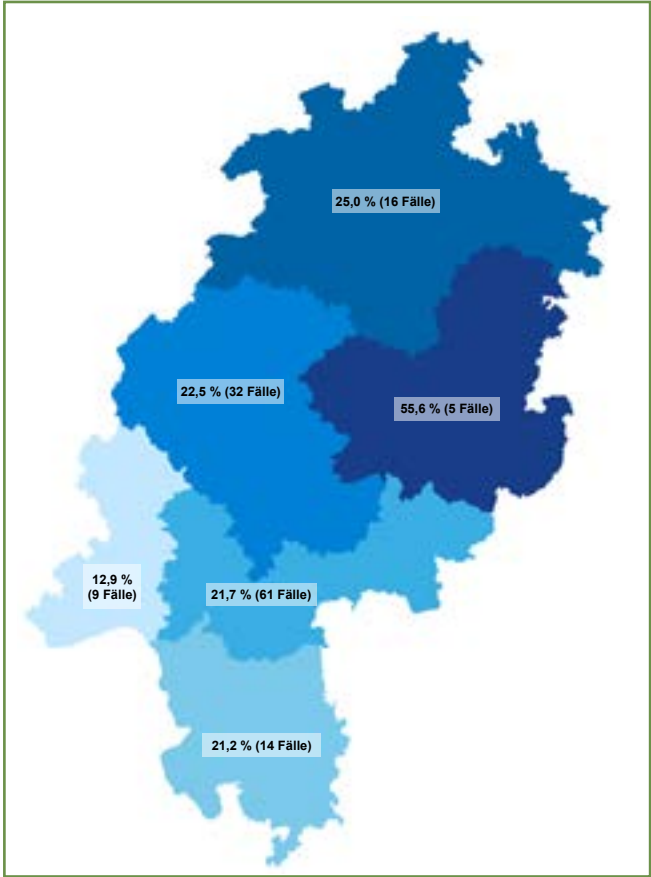


Abb. 2.1.3 Hessenkarte nosokomiale 4MRGN-Fälle EJ 2025

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

Qualitätsindikatoren	Jahr	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
2: Dekolonisierung	2025 (%) ²	96,0	95,5	96,9	96,4	90,8	96,6	95,9
	2024 (%)	95,7	96,3	97,0	96,7	96,1	96,6	96,6
	2023 (%)	93,9	90,7	95,4	92,1	96,4	93,6	93,9
	2022 (%)	88,9	88,9	92,2	92,3	94,9	97,7	93,8
3a: Isolierung (bei Aufnahme bekannt)	2025 (N) ²	0	≤3*	0	≤3*	5	≤3*	*
	2024 (N)	≤3*	≤3*	≤3*	0	4	≤3*	*
	2023 (N)	≤3*	0	≤3*	≤3*	≤3*	5	*
	2022 (N)	0	≤3*	5	≤3*	0	≤3*	*
3b: Isolierung (im Screening)	2025 (N)	≤3*	11	6	≤3*	4	4	*
	2024 (N)	≤3*	≤3*	6	4	4	7	*
	2023 (N)	≤3*	0	6	6	4	4	*
	2022 (N)	0	≤3*	7	10	4	6	*
4: Weiterbehandelnde Ärzt*innen informiert	2025 (%)	98,6	95,2	97,3	95,7	86,0	95,2	95,5
	2024 (%)	96,6	94,8	97,1	95,1	93,6	92,8	95,4
	2023 (%)	97,8	98	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

Tab. 2.1.5 Prozessindikatoren

¹ Klebsiella pneumoniae 4MRGN (ICD-Kode U81.41!), Acinetobacter baumannii 4MRGN (ICD-Kode U81.51!), Escherichia coli 4MRGN (ICD-Kode U81.40!)

² Ergebnisse im Indikator 3a, 3b, 4 aufgrund des erweiterten 4MRGN-Spektrums 2025 nur eingeschränkt vergleichbar

* Datenschutz

Nosokomiale MRSA	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Krankenhausstandort, nach Wohnort (WO)							
2025 (WO)	8,3 (6,9)	5,8 (6,4)	7,9 (8,7)	11,3 (10,1)	9,3 (10,4)	14,8 (13,0)	9,6 (9,4)
2024 (WO)	6,7 (7,9)	11,4 (9,8)	9,8 (9,5)	8,5 (7,2)	9,0 (10,3)	12,2 (11,3)	9,8 (9,3)
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)
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2025 (Anzahl Fälle)	0,05 (26)	0,03 (26)	0,04 (108)	0,07 (89)	0,06 (40)	0,07 (88)	0,05 (377)
2024 (Anzahl Fälle)	0,03 (22)	0,05 (49)	0,05 (121)	0,04 (61)	0,05 (32)	0,05 (77)	0,05 (362)
2023 (Anzahl Fälle)	0,04 (28)	0,06 (53)	0,04 (110)	0,06 (84)	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 (296)

Tab. 2.1.6 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

Nosokomiale 4MRGN ¹ (im Verlauf erworben)	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Krankenhausstandort, nach Wohnort (WO)							
2025 (WO) ¹	12,9 (16,3)	21,2 (21,2)	21,7 (23,2)	22,5 (19,5)	55,6 (46,7)	25,0 (24,0)	21,7 (22,3)
2024 (WO)	15,2 (20,8)	41,4 (40,7)	23,7 (22,0)	22,2 (27,0)	16,7 (33,3)	38,6 (34,3)	25,9 (23,3)
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)
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2025 (Anzahl Fälle) ¹	0,017 (9)	0,016 (14)	0,023 (61)	0,025 (35)	0,008 (5)	0,012 (16)	0,019 (137)
2024 (Anzahl Fälle)	0,007 (5)	0,013 (12)	0,014 (36)	0,012 (16)	0,001 (≤3*)	0,012 (17)	0,011 (*)
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*)	0,010 (9)	0,01 (*)

Tab. 2.1.7 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

¹ Ergebnisse im Indikator 3a, 3b, 4 aufgrund des erweiterten 4MRGN-Spektrums 2025 nur eingeschränkt vergleichbar
^{*} Datenschutz

Strukturierter Dialog

Einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und der Entwicklung der letzten Jahre seit dem Erfassungsjahr 2022 des MRE-Projektes in Hessen bietet die Abb. 2.1.4.

Zum Erfassungsjahr 2024 wurden insgesamt 107 Stellungnahmen angefordert und durch den zuständigen Fachausschuss bewertet.

In 47 der Fälle waren qualitative Mängel ursächlich für die ermittelte rechnerische Auffälligkeit. Dokumentationsmängel mussten in 53 der durchgeführten Strukturierten Dialoge konstatiert werden. In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer*innen eine entsprechende Empfehlung zur Einleitung individueller Verbesserungsmaßnahmen durch den Fachausschuss. Damit bildeten in insgesamt 93 % der bewerteten

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	1.+2. Quartal 2022	3.+4. Quartal 2022 AJ 2023	1.+2. Quartal 2023	3.+4. Quartal 2023 AJ 2024	1.+2. Quartal 2024	3.+4. Quartal 2024 AJ 2025	1.+ 2. Quartal 2025
QI 1	-	7+2 KG 1 5 1	-	6 2 1 3	-	14+2KG? 5 8 1	-
QI 1a	-	-	-	2 2 2 2	-	5 2 3 2	-
QI 1b	-	-	-	2 1 1 1	-	4 3 1 1	-
QI 1c	-	-	-	5 2 1 2	-	1 1 1 1	-
QI 2	2 1 1 1	5 3 2 2	4 1 3 2	8+1KG 3 5 5	5 4 1 3	11 4 5 2	3 2 1 1
QI 3a	2 2 2 2	5 1 4 4	4 2 2 2	5 1 4 4	3 3 4 4	5 4 1 1	1 1 1 1
QI 3b	15 2 3 10	9 2 6 1	7 1 2 4	9 4 5 5	8 4 4 4	16 6 9 1	4 1 3 3
QI 4	9 7 1 1	7 6 1 1	6 5 1 1	8 2 6 6	10 7 3 3	13 8 5 1	8 5 3 3
QI 5	-	-	-	-	-	-	-
QI 6	-	12 4 8 8	-	11 2 9 9	-	12 3 8 1	-

* Änderung in Sentinel Event
KG = Kollegiales Gespräch

■ Qualitätsproblem
■ Dokumentationsfehler
■ Unauffällig

QI 1 Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage

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

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

QI 1 c Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage

QI 2 Anteil aller MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde

QI 3a Anteil aller nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit einem bereits bei Aufnahme bekannten MRE-Status, bei denen eine Isolierung durchgeführt wurde

QI 3b Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, bei denen eine Isolierung durchgeführt wurde

QI 4 Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert

QI 5 Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1.000 Belegungstage

QI 6 Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist

Abb. 2.1.4 Ergebnisse Strukturierter Dialog 2022 - 2025

Stellungnahmen Dokumentations- und Prozess- oder Strukturmängel die Ursache der rechnerischen Auffälligkeiten, was einem ansteigenden Trend entspricht.

Neben dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde mit Vertreter*innen zweier Kliniken ein Kollegiales Gespräch zur Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen durchgeführt. Auslöser für beide Gespräche war eine persistierende qualitative Auffälligkeit im Indikator 1 „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“. Im Gesprächsverlauf wurden gemeinsame Zielvereinbarungen getroffen, um die zugrunde liegenden Qualitätsmängel zu beseitigen.

Da sich bei einer der beiden Kliniken im Gesprächsverlauf zeigte, dass die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen der Vorjahre ungenügend umgesetzt wurden und der Fachausschuss dies als ursächlich für die weiter bestehenden qualitativen Mängel erachtet, wurde die Klinik zur kurzfristigen Umsetzung der Maßnahmen aufgefordert.

Ausblick

In Organisation des HMFG konnte im März 2026 erneut eine Informationsveranstaltung zum aktuellen Projektstand und zu den bisherigen Ergebnissen für die hessischen Gesundheitsämter angeboten werden, die auf durchgängig positive Resonanz stieß.

Geplant ist darüber hinaus, mit den MRE-Netzen einen engen Austausch zu etablieren und gemeinsame Informationsveranstaltungen zum MRE-Projekt durchzuführen.

2.2 Schlaganfall-Projekt

Einleitung Schlaganfallversorgung

Der Schlaganfall gehört mit zu den bedeutendsten gesundheitlichen Herausforderungen in Deutschland. Er zählt nicht nur zu den häufigsten Todesursachen, sondern ist auch häufig mit dauerhaften körperlichen und neurologischen Beeinträchtigungen verbunden.

Die Versorgung von Schlaganfallpatient*innen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Wesentliche Fortschritte wurden insbesondere durch den Ausbau spezialisierter Stroke Units aber auch auf Grundlage zahlreicher wissenschaftlicher Studien erzielt. Diese lieferten wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Diagnostik, der Akuttherapie und der Maßnahmen zur Vermeidung weiterer Schlaganfälle. Infolgedessen werden deutsche und europäische Leitlinien regelmäßig aktualisiert und an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst.

Die externe Qualitätssicherung spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Sie ermöglicht die kontinuierliche

Überprüfung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern und unterstützt dabei mögliche strukturelle oder fachliche Abweichungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Verbesserungen einzuleiten. Gleichzeitig schafft sie die Grundlage dafür, neue Behandlungsverfahren systematisch zu bewerten und qualitätsgesichert einzusetzen.

Darüber hinaus stehen die Schnittstellen zwischen der akutstationären Behandlung und weiterer Versorgungsstrukturen zunehmend im Fokus. Dazu zählen unter anderem der Rettungsdienst, Rehabilitationskliniken sowie die ambulante Nachsorge.

Das übergeordnete Ziel aller Maßnahmen der externen Qualitätssicherung besteht darin, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung von Schlaganfallpatient*innen in Hessen sicherzustellen.

Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

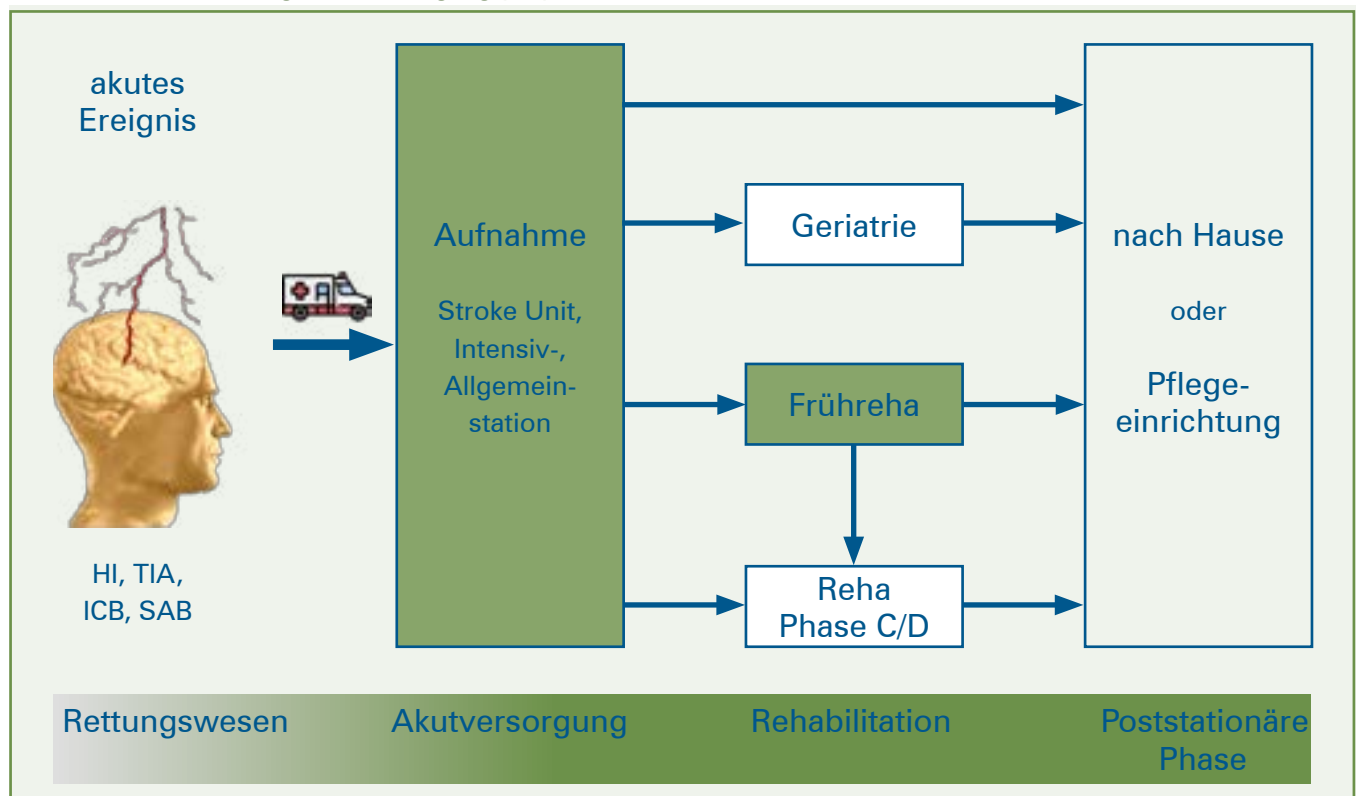


Abb. 2.2.1 Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

Fachausschuss (Stand: 31.12.2025)

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

Expert*innen	Institution/Ort
Herr Prof. Dr. J. Berkefeld	Frankfurt a. M.
Herr Dr. S. Kaendler	Offenbach

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
95	27.03.2025
96	23.07.2025
97	09.12.2025

Arbeitsgruppe Frührehabilitation (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Arbeitsgruppen-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
12	20.05.2025
13	16.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

2.2.1 Akutbehandlung

Fallzahlverteilung 2025

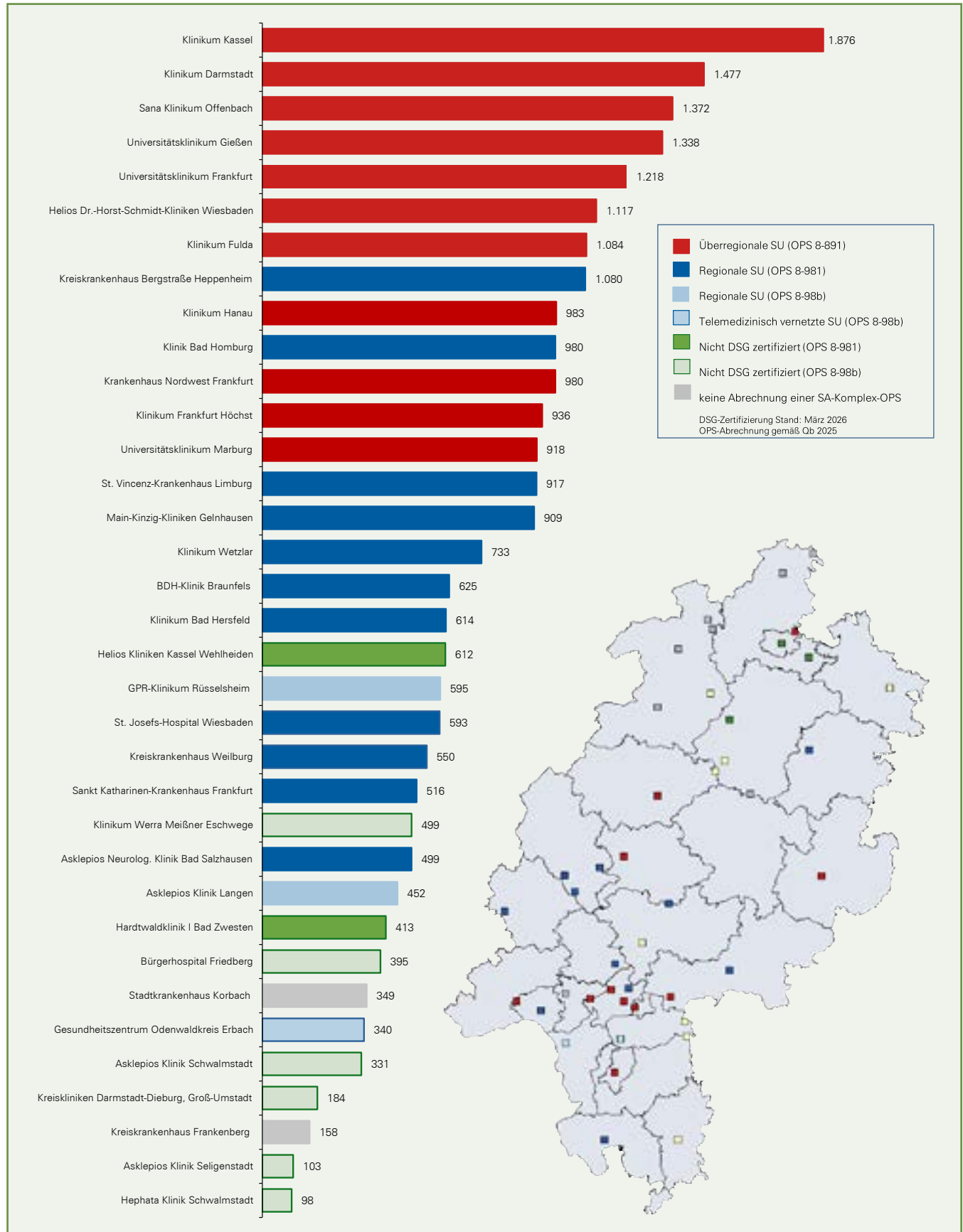


Abb. 2.2.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung 2025 (Darstellung der Kliniken mit Fallzahl ≥ 50)
Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2025 und Entlassungsdatum bis 31.12.2025

Einleitung

Im Jahr 2025 wurden in den hessischen Krankenhäusern rund 27 Tsd. Patient*innen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall behandelt. Davon gingen 95 % in die Auswertungen zur Qualitätssicherung ein. Die nicht berücksichtigten Fälle betrafen überwiegend Patient*innen, deren Schlaganfallereignis bereits mehr als sieben Tage zurücklag.

Die ausgewerteten Fälle setzten sich aus Hirninfarkten (62,8 %), transitorisch ischämischen Attacken (27,5 %), intrazerebralen Blutungen (7,6 %) sowie Subarachnoidalblutungen (1,9 %) zusammen. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Fallzahl nochmal um fast tausend Fälle erhöht.

Insgesamt wurden über 98 % der hessischen Patient*innen in Kliniken mit Stroke Unit behandelt. Die Zahl der behandelten Fälle in den entsprechenden Kliniken variierte dabei zwischen 100 und 1.900. Elf dieser Einrichtungen verfügen als überregionale Stroke Units zusätzlich über eine dauerhaft verfügbare interventionelle Neuroradiologie (Abb. 2.2.1.1).

Tabelle 2.2.1.1 zeigt die Datengrundlage beziehungsweise die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten der Jahre 2024 und 2025 einschließlich ihrer Vollständigkeit. Für das Erfassungsjahr 2025 konnte wie bereits im Vorjahr die Vollständigkeit der Datenerfassung anhand der im QS-Filter definierten Zählleistungsbereiche getrennt für die Gruppen HI/TIA, ICB und SAB ausgewertet werden.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025				Erfassungsjahr 2024			
	HI / TIA	ICB	SAB	Gesamt	HI / TIA	ICB	SAB	Gesamt
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	97	69	43	97	98	73	52	103
Fallzahlen	23.169	1.799	453	25.401	21.965	1.595	451	24.011
Minimaldatensätze (MDS)	1.044	225	65	1.354	1.515	283	87	1.885
Summe (inkl. MDS)	24.213	2.024	518	26.755	23.480	1.878	538	25.896
Vollständigkeit	101,0 %	100,4 %	103,6 %	101,0 %	100,6 %	100,7 %	98,6 %	100,5 %

Tab. 2.2.1.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2025/2024)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2025/2026 (EJ 2024/2025) - Hirninfarkt und TIA

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 96,85%	97,33% [97,07 - 97,57] 15514 / 15939 Fälle	96,85% [96,57 - 97,10] 16242 / 16771 Fälle
13a-006	Erste Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme (bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 81,7\%$ Auffälligkeit: $< 70\%$ Ø in Hessen: 77,94%	78,41% [77,36 - 79,43] 4744 / 6050 Fälle	77,94% [76,91 - 78,95] 4958 / 6361 Fälle
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 6)	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 80\%$ Ø in Hessen: 95,18%	93,75% [92,68 - 94,68] 2131 / 2273 Fälle	95,18% [94,26 - 95,96] 2311 / 2428 Fälle
28b-001	Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 60\%$ Ø in Hessen: 88,30%	80,19% [75,42 - 84,23] 251 / 313 Fälle	88,30% [84,46 - 91,29] 302 / 342 Fälle
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 85\%$ Ø in Hessen: 94,78%	94,69% [94,36 - 95,00] 17722 / 18716 Fälle	94,78% [94,46 - 95,08] 18813 / 19849 Fälle
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 97,24%	97,15% [96,85 - 97,42] 12814 / 13190 Fälle	97,24% [96,96 - 97,50] 13536 / 13920 Fälle
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 95,78%	96,16% [95,84 - 96,46] 14007 / 14566 Fälle	95,78% [95,45 - 96,08] 14712 / 15361 Fälle
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 60\%$ Ø in Hessen: 77,80%	79,10% [77,33 - 80,76] 1707 / 2158 Fälle	77,80% [76,01 - 79,50] 1700 / 2185 Fälle
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung)	Ziel: $\geq 83,9\%$ Auffälligkeit: $< 50\%$ Ø in Hessen: 72,12%	70,74% [66,29 - 74,82] 307 / 434 Fälle	72,12% [67,82 - 76,06] 326 / 452 Fälle
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschuß und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 70\%$ Ø in Hessen: 78,37%	80,62% [78,37 - 82,68] 1040 / 1290 Fälle	78,37% [76,07 - 80,50] 1036 / 1322 Fälle
23b-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss, Zeitfenster $> 6-24$ h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 40\%$ Ø in Hessen: 63,94%	56,52% [51,06 - 61,83] 182 / 322 Fälle	63,94% [58,63 - 68,93] 211 / 330 Fälle
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 90\%$ Auffälligkeit: $< 82,9\%$ Ø in Hessen: 90,02%	91,24% [89,85 - 92,46] 1646 / 1804 Fälle	90,02% [88,56 - 91,31] 1650 / 1833 Fälle
25b-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min (Direct to Center)	Ziel: $\geq 71\%$ Auffälligkeit: $< 50\%$ Ø in Hessen: 65,90%	60,80% [57,74 - 63,77] 611 / 1005 Fälle	65,90% [63,03 - 68,66] 715 / 1085 Fälle
25c-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min (Drip and Ship)	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 70\%$ Ø in Hessen: 92,17%	88,94% [85,53 - 91,63] 362 / 407 Fälle	92,17% [89,04 - 94,46] 353 / 383 Fälle
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: $\geq 90\%$ Auffälligkeit: $< 80\%$ Ø in Hessen: 88,76%	89,52% [87,81 - 91,01] 1264 / 1412 Fälle	88,76% [87,04 - 90,28] 1303 / 1468 Fälle
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - $< 100\%$, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 80\%$ Ø in Hessen: 94,41%	88,91% [85,87 - 91,36] 449 / 505 Fälle	94,41% [91,93 - 96,16] 439 / 465 Fälle
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 98,55%	98,31% [97,95 - 98,60] 5863 / 5964 Fälle	98,55% [98,23 - 98,82] 6194 / 6285 Fälle
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 97,70%	97,01% [96,58 - 97,38] 6712 / 6919 Fälle	97,70% [97,32 - 98,02] 7039 / 7205 Fälle
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 93,12%	95,08% [94,25 - 95,79] 2896 / 3046 Fälle	93,12% [92,20 - 93,95] 2980 / 3200 Fälle
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 90\%$ Ø in Hessen: 97,35%	96,40% [96,13 - 96,65] 19002 / 19712 Fälle	97,35% [97,13 - 97,56] 20422 / 20977 Fälle
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 70\%$ Ø in Hessen: 87,77%	88,05% [87,04 - 89,00] 3693 / 4194 Fälle	87,77% [86,75 - 88,71] 3767 / 4292 Fälle
28a-001	Mismatch-Diagnostik bei Wake-Up Stroke	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 30\%$ Ø in Hessen: 63,62%	55,94% [53,16 - 58,69] 692 / 1237 Fälle	63,62% [60,95 - 66,21] 815 / 1281 Fälle

Abb. 2.2.1.2 Qualitätsindikatoren Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2025/2026 (EJ 2024/2025) - Hirninfarkt und TIA

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
28c-001	Mismatch-Diagnostik bei IAT außerhalb des Zeitfensters	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 75,85%	69,21% [64,63 - 73,44] 290 / 419 Fälle	75,85% [71,48 - 79,74] 311 / 410 Fälle
14a-001	Thrombolyse (Alter <=80, NIHSS 4-25)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 73,23%	81,74% [79,59 - 83,72] 1097 / 1342 Fälle	73,23% [70,95 - 75,39] 1116 / 1524 Fälle
14b-001	Thrombolyse (im Zeitfenster <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 45,10%	54,91% [53,40 - 56,40] 2328 / 4240 Fälle	45,10% [43,78 - 46,42] 2455 / 5444 Fälle
23c-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 71,33%	73,82% [71,92 - 75,64] 1582 / 2143 Fälle	71,33% [69,43 - 73,16] 1610 / 2257 Fälle
16a-002	Door-to-needle-time <= 60 min (Alter <= 80, NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 90,68%	92,67% [91,01 - 94,04] 1062 / 1146 Fälle	90,68% [88,83 - 92,25] 1012 / 1116 Fälle
16c-002	Door-to-needle-time <= 60 min (erweiterte Indikation)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 83,00%	82,55% [80,74 - 84,23] 1500 / 1817 Fälle	83,00% [81,23 - 84,64] 1543 / 1859 Fälle
16b-002	Door-to-needle-time <= 30 min (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 51,08%	54,45% [51,56 - 57,31] 624 / 1146 Fälle	51,08% [48,14 - 54,00] 570 / 1116 Fälle
25a-001	Door-to-puncture-time <= 90 min	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 72,75%	68,91% [66,45 - 71,27] 973 / 1412 Fälle	72,75% [70,42 - 74,97] 1068 / 1468 Fälle
25d-001	Door-to-puncture-time <= 60 Minuten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 34,26%	30,88% [28,52 - 33,34] 436 / 1412 Fälle	34,26% [31,88 - 36,73] 503 / 1468 Fälle
11-004	Pneumonie bei Patient*innen mit Hirninfarkt	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,58%	4,45% [4,13 - 4,80] 642 / 14422 Fälle	4,58% [4,26 - 4,92] 697 / 15232 Fälle
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 12,51%	11,00% [10,06 - 12,01] 436 / 3965 Fälle	12,51% [11,51 - 13,58] 493 / 3941 Fälle
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolyse	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 9,12%	8,21% [7,31 - 9,21] 263 / 3203 Fälle	9,12% [8,16 - 10,17] 288 / 3159 Fälle
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 22,69%	20,47% [18,48 - 22,61] 299 / 1461 Fälle	22,69% [20,64 - 24,87] 341 / 1503 Fälle
10a-004	Todesfälle bei Patient*innen mit Hirninfarkt	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,65%	4,67% [4,32 - 5,05] 604 / 12926 Fälle	4,65% [4,31 - 5,02] 630 / 13555 Fälle
10b-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Patient*innen mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,64%	0,64% [0,52 - 0,81] 77 / 11940 Fälle	0,64% [0,51 - 0,80] 80 / 12494 Fälle

Auffälligkeitskriterien

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024	EJ2025
SA-AK1	Häufig Hauptdiagnose = „ICD I64“ dokumentiert	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 0,20%	0,27% 63 / 23102 Fälle	0,20% 48 / 24213 Fälle
SA-AK2	Patienten mit nicht bestimmbar motorischen Ausfällen bei Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2% Ø in Hessen: 0,14%	0,14% 27 / 19284 Fälle	0,14% 29 / 20646 Fälle
SA-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5% Ø in Hessen: 2,89%	2,54% 534 / 20987 Fälle	2,89% 645 / 22324 Fälle
SA-AKBasis	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 4,31%	6,58% 1519 / 23102 Fälle	4,31% 1044 / 24213 Fälle
SA-AKV1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 100,97%	97,09% 22287 / 22954 Fälle	100,97% 24195 / 23962 Fälle
SA-AKV2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 100,97%	97,09% 22287 / 22954 Fälle	100,97% 24195 / 23962 Fälle

Abb. 2.2.1.3 Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2025/2026 (EJ 2024/2025) - Intrazerebrale Blutung (ICB)

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024		EJ2025	
			Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner		Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
I13a-006	Erste Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme (bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: ≥ 89,7% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 84,24%	81,72% [78,85 - 84,28] 635 / 777 Fälle		84,24% [81,63 - 86,54] 711 / 844 Fälle	
I12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 97,18%	96,55% [94,96 - 97,65] 700 / 725 Fälle		97,18% [95,84 - 98,10] 827 / 851 Fälle	
I15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,40%	95,84% [94,37 - 96,94] 899 / 938 Fälle		95,40% [93,97 - 96,51] 1017 / 1066 Fälle	
I02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 98,68%	98,09% [96,42 - 98,99] 463 / 472 Fälle		98,68% [97,31 - 99,36] 525 / 532 Fälle	
I03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 97,37%	96,07% [93,71 - 97,57] 391 / 407 Fälle		97,37% [95,56 - 98,46] 482 / 495 Fälle	
I19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 91,40%	93,67% [90,82 - 95,68] 370 / 395 Fälle		91,40% [88,55 - 93,60] 436 / 477 Fälle	
I32a-001	Blutdrucksenkende Therapie innerh. 1h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 84,2% Ø in Hessen: 95,21%	91,46% [89,52 - 93,08] 868 / 949 Fälle		95,21% [93,77 - 96,33] 1034 / 1086 Fälle	
I32b-001	erfolgreiche blutdrucksenkende Therapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 51,5% Ø in Hessen: 84,82%	81,22% [78,49 - 83,68] 705 / 868 Fälle		84,82% [82,50 - 86,87] 877 / 1034 Fälle	
I11-004	Pneumonie als Komplikation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 13,84%	13,21% [11,56 - 15,05] 191 / 1446 Fälle		13,84% [12,26 - 15,58] 229 / 1655 Fälle	
I10a-004	Todesfälle	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 20,70%	19,66% [17,57 - 21,92] 251 / 1277 Fälle		20,70% [18,72 - 22,84] 307 / 1483 Fälle	
I10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 2,70%	3,00% [2,10 - 4,27] 29 / 967 Fälle		2,70% [1,89 - 3,82] 30 / 1113 Fälle	
I30a-001	Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 90,48%	90,00% [69,90 - 97,21] 18 / 20 Fälle		90,48% [71,09 - 97,35] 19 / 21 Fälle	
I30b-001	Antagonisierung von Thrombinhemmer	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 12,50%	16,67% [3,01 - 56,35] 1 / 6 Fälle		12,50% [2,24 - 47,09] 1 / 8 Fälle	
I30c-001	Antagonisierung von Faktor Xa Inhibitoren	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 22,34%	29,52% [23,77 - 36,02] 62 / 210 Fälle		22,34% [17,08 - 28,65] 44 / 197 Fälle	
I30d-001	Antagonisierung von Oralen Antikoagulantien	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 59,66%	61,51% [55,37 - 67,30] 155 / 252 Fälle		59,66% [53,33 - 65,70] 142 / 238 Fälle	

Auffälligkeitskriterien

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024	EJ2025
SA-I-AK2	Patienten mit nicht bestimmbar motorischen Ausfällen bei Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2% Ø in Hessen: 0,34%	0,27% 2 / 748 Fälle	0,34% 3 / 883 Fälle
SA-I-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5% Ø in Hessen: 3,32%	3,53% 51 / 1446 Fälle	3,32% 55 / 1655 Fälle
SA-I-AKBasis	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 12,10%	15,38% 280 / 1820 Fälle	12,10% 245 / 2024 Fälle
SA-I-AKV1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 100,40%	94,68% 1709 / 1805 Fälle	100,40% 2021 / 2013 Fälle
SA-I-AKV2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 100,40%	94,68% 1709 / 1805 Fälle	100,40% 2021 / 2013 Fälle

Abb. 2.2.1.4 Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien Intrazerebrale Blutungen

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2025/2026 (EJ 2024/2025) - Subarachnoidalblutung (SAB)

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
S13a-006	Erste Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme (bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 63,39%	64,02% [56,96 - 70,52] 121 / 189 Fälle	63,39% [56,20 - 70,03] 116 / 183 Fälle	
S13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 87,85%	85,11% [79,32 - 89,49] 160 / 188 Fälle	87,85% [82,28 - 91,83] 159 / 181 Fälle	
S12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 96,20%	88,75% [82,92 - 92,76] 142 / 160 Fälle	96,20% [92,36 - 98,15] 177 / 184 Fälle	
S15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 90% Ø in Hessen: 95,45%	94,59% [90,79 - 96,88] 210 / 222 Fälle	95,45% [91,84 - 97,51] 210 / 220 Fälle	
S19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 70% Ø in Hessen: 92,65%	95,00% [86,30 - 98,29] 57 / 60 Fälle	92,65% [83,91 - 96,82] 63 / 68 Fälle	
S40a-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	Ziel: ≥ 95% Auffälligkeit: < 87,5% Ø in Hessen: 93,41%	88,30% [82,63 - 92,30] 151 / 171 Fälle	93,41% [88,83 - 96,19] 170 / 182 Fälle	
S40b-001	Möglichst frühzeitige Intervention	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 80% Ø in Hessen: 88,27%	91,53% [86,49 - 94,80] 162 / 177 Fälle	88,27% [83,01 - 92,05] 173 / 196 Fälle	
S02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 100,00%	82,35% [58,97 - 93,81] 14 / 17 Fälle	100,00% [77,19 - 100,00] 13 / 13 Fälle	
S03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 100,00%	63,16% [41,04 - 80,85] 12 / 19 Fälle	100,00% [87,94 - 100,00] 28 / 28 Fälle	
S11-004	Pneumonie als Komplikation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 20,79%	18,87% [15,21 - 23,16] 70 / 371 Fälle	20,79% [17,12 - 25,02] 84 / 404 Fälle	
S10a-004	Todesfälle	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 12,95%	16,34% [12,86 - 20,54] 58 / 355 Fälle	12,95% [9,97 - 16,67] 50 / 386 Fälle	
S10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,57%	5,17% [3,16 - 8,36] 15 / 290 Fälle	4,57% [2,79 - 7,41] 15 / 328 Fälle	

Auffälligkeitskriterien

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	EJ2024	EJ2025	
SA-S-AK2	Patienten mit nicht bestimmbar motorischen Ausfällen bei Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 2% Ø in Hessen: 0,53%	0,00% 0 / 162 Fälle	0,53% 1 / 190 Fälle	
SA-S-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5% Ø in Hessen: 3,22%	2,96% 11 / 371 Fälle	3,22% 13 / 404 Fälle	
SA-S-AKBasis	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 12,55%	16,37% 83 / 507 Fälle	12,55% 65 / 518 Fälle	
SA-S-AKV1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 103,60%	96,99% 483 / 498 Fälle	103,60% 518 / 500 Fälle	
SA-S-AKV2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 103,60%	96,99% 483 / 498 Fälle	103,60% 518 / 500 Fälle	

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Auswertung zu den Hirninfarkten und transitorisch ischämischen Attacken umfasst 22 Qualitätsindikatoren (Abb. 2.2.1.2), 15 Kennzahlen und sechs Auffälligkeitskriterien (Abb. 2.2.1.3). Für die intrazerebralen Blutungen und die Subarachnoidalblutungen wurden jeweils acht bzw. sieben Qualitätsindikatoren sowie sieben bzw. fünf Kennzahlen sowie jeweils fünf AKs ausgewertet (Abb. 2.2.1.4 und 2.2.1.5).

Die eingesetzten Qualitätsindikatoren basieren in der Regel auf den S3-Leitlinien zur Schlaganfallbehandlung bzw. den S2-Leitlinien der Akuttherapie des Schlaganfalls. Sie können den Bereichen Diagnostik, Akuttherapie, Sekundärprophylaxe sowie Rehabilitation zugeordnet werden. Besonders relevant sind hierbei Indikatoren, die zeitkritische Prozesse, wie z. B. die Dauer von der Aufnahme bis zur Bildgebung betrachten. Sowohl zu den Hirninfarkten/TIAs als auch zu den ICBs und SABs werden unabhängig davon noch spezifische Qualitätsindikatoren und Kennzahlen eingesetzt.

Insgesamt zeigen sich bei den Qualitätsindikatoren gegenüber dem Vorjahr stabile Ergebnisse für Hessen. Positiv zu erwähnen ist für die Hirninfarkte/TIAs der deutlich gestiegene Anteil der Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters (QI-ID 28b-001) sowie bei den Wake-up-Strokes (QI-ID 28a-001). Im Vergleich zum Vorjahr ist auch bei der Karotisrevaskularisierung (QI-ID 17-003) eine signifikante Steigerung zu verzeichnen.

In die Auswertung der ICBs (Abb. 2.2.1.4) wurden 2024 erstmals Qualitätsindikatoren zur blutdrucksenkenden Therapie aufgenommen.

Bei der SAB-Versorgung (Abb. 2.2.1.5) hat sich das Screening für Schluckstörungen (QI-ID S12-004) deutlich gegenüber dem Vorjahr verbessert, sodass das hessische Ergebnis nun über dem Zielbereich liegt. Dagegen liegt die Rate der frühzeitigen Bildgebung (QI-ID S13a-006) unter dem definierten Auffälligkeits-

Strukturierter Dialog - Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	HI / TIA	ICB	SAB	Bewertung
03-004 Rehabilitation - Logopädie	2	0	0	2 x A
12-004 Screening für Schluckstörungen	1	0	2	2 x D, A
S13a-006 Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	0	0	1	D
14d-001 Thrombolyse (NIHSS 4 - 25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	2	0	0	D, U
17-003 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	1	0	0	D
19-002 Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen (Rankin 2 - 5 bei Entlassung)	2	0	0	2 x U
21-002 Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	1	0	0	D
23a-001 Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	1	0	0	D
26-001 Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung)	1	0	0	A
28b-001 Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters	1	0	1	D
40-001 Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	0	0	4	U
Summe	12	0	4	4 x A, 8 x D, 4 x U

U = qualitativ unauffällig, A = qualitativ auffällig, D = Dokumentationsfehler

Tab. 2.2.1.2 Strukturierter Dialog Auswertungsjahr 2025

bereich von 70 %. Ein möglicher Grund dafür könnten Fälle sein, die nicht als Notfall in die Klinik eingewiesen werden.

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

Strukturierter Dialog

Auf Basis der Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2024 wurde auf Empfehlung des Fachausschusses zu 16 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren ein Strukturierter Dialog durchgeführt. Schwerpunkt bildeten hierbei die Prozessindikatoren zur Versorgung des Hirninfarktes (Tab. 2.2.1.2).

Bei der Hälfte der auffälligen Ergebnisse haben Dokumentationsfehler (Bewertung = D) zu der Abweichung geführt, bei einem Viertel sind Qualitätsdefizite (Bewertung = A) ursächlich. Den auffälligen Kliniken wurde die Bewertung mit entsprechenden Handlungsempfehlungen zurückgespiegelt. Mit einer neurochirurgischen Einrichtung wurde ein Kollegiales Gespräch durchgeführt.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Zum AJ 2025 wurden erstmals die AKs zur Plausibilität und Vollzähligkeit im Rahmen der Jahresberichte ausgewiesen (Abb. 2.2.1.2 bis 2.2.1.5). Dies erfolgte aus methodischen Gründen auf Basis der Zählleistungsbe-
reiche, also separat für Hirninfarkt/TIA, ICB und SAB. Grundsätzlich zeigt sich über alle Bereiche eine Vollzähligkeit von 100 %, die sich auch gegenüber den Ergebnissen des Vorjahres verbessert hat. Die AKs zur Plausibilität weisen, bezogen auf Hessen, keine rechnerischen Abweichungen auf. Ausnahmen sind die AKs zum Minimaldatensatz bei ICB (SA-I-AKBasis) und bei SAB (SA-S-AKBasis). Hier liegen die landesweiten Ergebnisse bei 12,1 % bzw. 12,6 % und damit auch über dem Referenzbereich. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob sich dies durch Dokumentationsprobleme oder korrekt dokumentierte Minimaldatensätze begründet.

Strukturierter Dialog

Der Strukturierte Dialog für das AJ 2025 beinhaltete erstmals die AKs zur Datenplausibilität. Die hierfür angewandten vier Kennzahlen sollen zum einen Kodierungsfehler, zum anderen aber auch inhaltliche Implausibilitäten aufdecken. Das Ergebnis im Strukturierten Dialog zeigt, dass bei allen aufgefallenen Einrichtungen Dokumentationsprobleme identifiziert werden konnten (Bewertung A). Die Kliniken haben entsprechende Maßnahmen eingeleitet, um in Zukunft solche Fehler zu vermeiden. Zum Teil ergaben sich auch wertvolle Anregungen zum QS-Filter und den Ausfüllhinweisen.

Strukturierter Dialog - Auffälligkeitskriterien

Qualitätsindikator		Strukturierter Dialog	Bewertung
AK1	Häufig Hauptdiagnose = „ICD I64“ dokumentiert (RB ≤ 10%)	4	4 x A
AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index ≤ 24h nach Aufnahme (RB ≤ 5%)	2	2 x A
AKBasis1	Auffälligkeitskriterium zum Basisdatensatz (MDS) (RB ≤ 10%)	4	4 x A
Summe		10	10 x A

U = qualitativ unauffällig, A = qualitativ auffällig

Tab. 2.2.1.3 Strukturierter Dialog Auswertungsjahr 2025

Neue Datenfelder

Zum Erfassungsjahr 2024 wurde ein neues Datenfeld zum Verlegungsgrund bei „Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von zwölf Stunden nach Aufnahme“ eingeführt. Weiterhin wurde das Datenfeld zur systemischen Thrombolyse erweitert. Im Folgenden soll kurz auf die entsprechenden Daten eingegangen werden.

Verlegungsgrund

(Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb 12 h nach Aufnahme)

Dieses Feld wurde aufgenommen, um die Gründe der Verlegung innerhalb von zwölf Stunden nach Aufnahme darstellen zu können.

Die Angabe „Sonstiges“ mit 4 % zeigt, dass mit den vorgegebenen Items der Großteil der Gründe abgebildet werden kann. Am häufigsten sind erwartungsgemäß notwendige Thrombektomien, die zu einer kurzfristigen Verlegung führen. Als weiterer medizinischer Grund sind neurochirurgische Interventionen bei Blutungen (ICB oder SAB) mit ca. 14 % von Bedeutung. Eine vernachlässigbare Rolle spielen dagegen die Verlegungen auf Grund von notwendigen akuten Revaskularisationen oder Interventionen bei raumforderndem Insult sowie internistischen Komplikationen. Der Anteil von nur knapp 5 % (58 Fälle), die auf Grund von fehlender Stroke Unit verlegt werden mussten, zeigt die

sehr gute Verfügbarkeit der Spezialstationen in Hessen sowie die mittlerweile auch gezielte Anfahrt durch den Rettungsdienst.

Dass knapp ein Drittel aller Patient*innen auf Grund von fehlender Bettenkapazität verlegt werden musste, ist beträchtlich und sollte in Zukunft weiter beobachtet werden. Für die kommende Auswertung ist hierzu auch eine Kennzahl geplant, welche die Unterschiede zwischen den Kliniken darstellen soll.

Verlegungsgrund	Anzahl	%
Akute Thrombektomie	509	43,1
Sekundäre Revaskularisation der Arteria carotis interna	12	1,0
Neurochirurgische Reintervention bei Blutung	170	14,4
Intervention bei raumfordernden Insult	7	0,6
Internistische Komplikation	5	0,4
Keine eigene Stroke Unit	58	4,9
Fehlende Bettenkapazität	374	31,6
Sonstiges	47	4,0
Verlegt nach Primärdiagnostik	1.182	100,0

Tab. 2.2.1.4 Verlegungsgrund (AJ 2025)

Systemische Thrombolyse

„Tenecteplase (TNK) als Alternative zur Alteplase (=rtPA) war in Europa bisher nur zur Behandlung des akuten Myokardinfarktes zugelassen. TNK hat eine deutlich höhere Fibrinspezifität, eine deutlich höhere Plasminogenaktivator-Inhibitor-Resistenz und eine längere Halbwertszeit als ALT. Letzteres ermöglicht die Gabe als einmaligen Bolus. Im Dezember 2023 wurde von der EMA die Indikation für TNK auf Patient*innen mit akutem Hirninfarkt erweitert.“

Aus der Stellungnahme des Vorstands der DSG zur Zulassung von Tenecteplase.

Zum Erfassungsjahr 2025 wurde in Hessen bei der Abfrage zur systemischen Thrombolyse nach dem eingesetzten Fibrinolytikum (rtPA bzw. Tenecteplase) gefragt. Die Ergebnisse zeigen bei insgesamt 3.021 systemischen Thrombolyse ein Verhältnis von 45 % rtPA versus 55 % Tenecteplase. Hierbei sind in 2025 zwei interessante Phänomene zu beobachten. Zum einen zeigt sich im Jahresverlauf ein deutlicher Trend von rtPA hin zur Tenecteplase, welcher nur im Dezember wieder rückläufig ist (siehe Abb. 2.2.1.6). Weiterhin sind deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken ersichtlich. So nutzen ca. 50 % der Stroke Units ausschließlich oder vorrangig (> 90 %) nur ein Fibrinolytikum, jeweils die Hälfte davon rtPA sowie die andere Hälfte Tenecteplase (Abb. 2.2.1.7). Bei den anderen Zentren gibt es große Varianzen hinsichtlich der Verabreichung.

Schaut man sich den Einsatz von Tenecteplase bei reiner systemischer Lyse versus Bridging-Therapie an, so gibt es hier einen signifikanten Unterschied (49,5 % vs. 68,8 %), jedoch zeigt sich bei den Kliniken (bis auf eine Ausnahme) kein deutliches Muster für eine differenzierte Gabe (Abb. 2.2.1.8).

Zur weiteren Analyse der Daten wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen (ASH) eine kleine Studiengruppe gegründet, die sich weitergehend mit den Unterschieden z. B. hinsichtlich Prozesszeiten oder Outcome beschäftigt. Hierzu ist auch eine Publikation geplant.

Einsatz von Medikamenten zur systemischen Thrombolyse

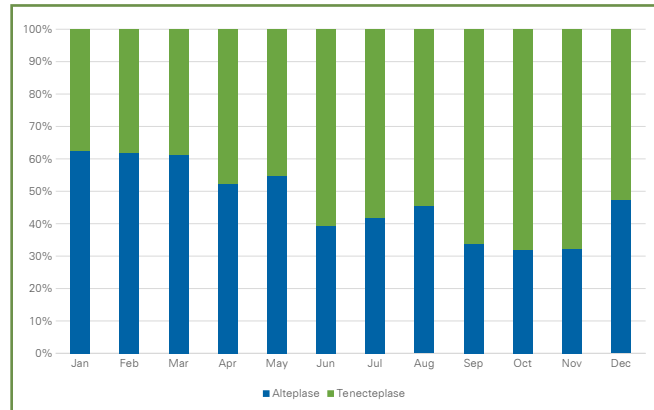


Abb. 2.2.1.6 Jahresverlauf (Erfassungsjahr 2025)

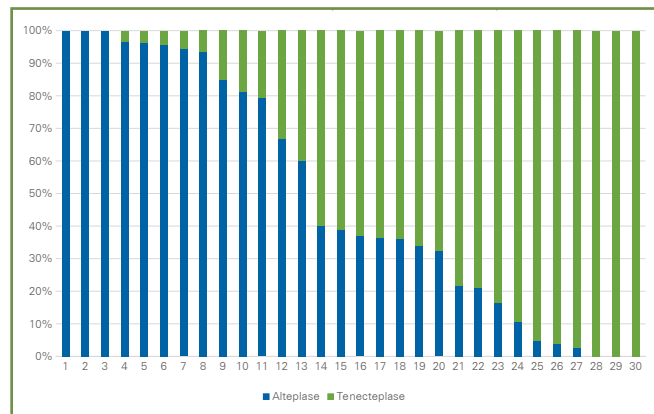


Abb. 2.2.1.7 Vergleich der Zentren (Erfassungsjahr 2025)

Anteil Tenecteplase isolierte systemische Thrombolyse vs. Bridging

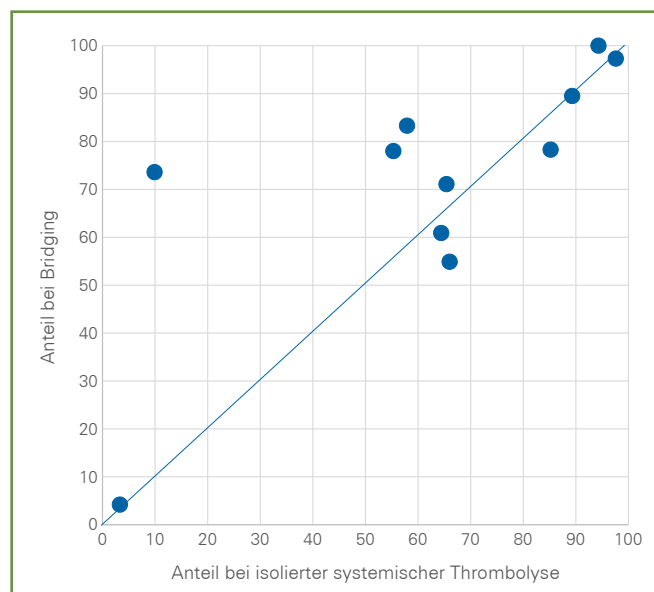


Abb. 2.2.1.8 Vergleich der Zentren (Erfassungsjahr 2025)

2.2.2 Frührehabilitation

Fallzahlverteilung 2025

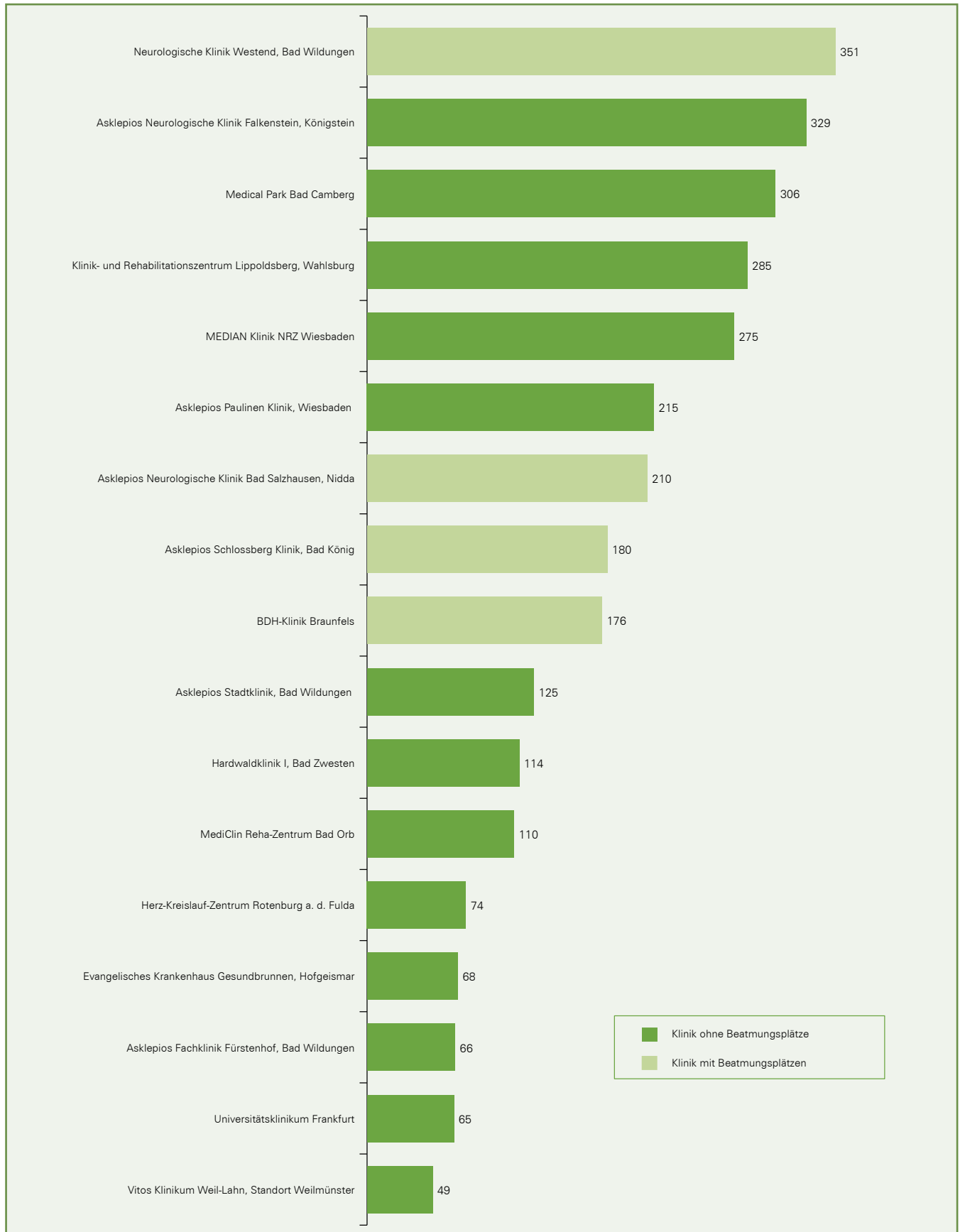


Abb. 2.2.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2025)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 3

Einleitung

Zwischen der Akutbehandlung (Phase A) und der Behandlung in Rehabilitationskliniken (Phase C und D) kombiniert die Neurologische Frührehabilitation Phase B akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsansätze. Die Struktur der Phase B ermöglicht schwer betroffenen Schlaganfallpatient*innen den Übergang zur Rehabilitation in einer Phase, in der noch keine „klassische“ Rehabilitationsfähigkeit besteht. Hier werden Patient*innen mit komplexen und sehr schweren Krankheitsbildern behandelt, viele der Patient*innen sind noch bewusstseins eingeschränkt, desorientiert und/oder beatmet. Die Frührehabilitation in der Phase B ist somit gut geeignet, vorzeitige Pflegeheimweisungen zu vermeiden und den Patient*innen eine bessere Chance zum Erreichen von mehr Selbstständigkeit zu bieten.

An dem hessischen Qualitätssicherungsverfahren neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall haben im EJ 2025 insgesamt 17 Klinikstandorte mit einer Fallrange zwischen 49 und 351 einbezogenen Fällen teilgenommen. Insgesamt standen als Auswertungsgrundlage 3.035 Datensätze zur Verfügung, was mit einer Vollzähligkeit von nahezu 100 % dem sehr guten Niveau der Vorjahre entspricht.

Die Tabelle (Tab. 2.2.2.1) stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollzähligkeit dar.

Klinikübersicht Hessen

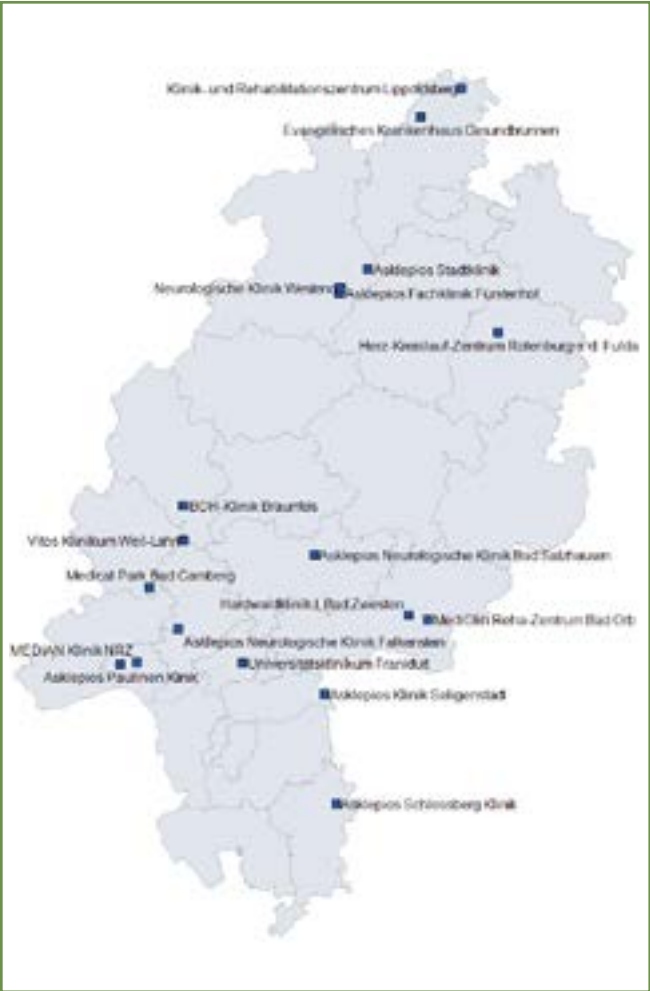


Abb. 2.2.2.2 Kliniken mit neurologischer Frührehabilitation nach Schlaganfall

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	18	17
Fallzahlen (IST)	3035	2.904
Minimaldatensätze	5	12
Summe (inkl. MDS)	3030	2.916
Vollzähligkeit	100,1 %	99,8 %

Tab. 2.2.2.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2025/2024)

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2026/2025 (EJ 2025/2024)

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Gesamt EJ2025 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner
SAFR-1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: $\geq 51,70\%$ Auffälligkeit: $< 31,12\%$ Ø in Hessen: 41,27%	41,48% [39,41 - 43,58] 889 / 2143 Fälle	41,27% [39,25 - 43,33] 920 / 2229 Fälle
SAFR-1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\geq 55,50\%$ Auffälligkeit: $< 30,95\%$ Ø in Hessen: 45,40%	44,40% [41,98 - 46,84] 709 / 1597 Fälle	45,40% [42,94 - 47,87] 710 / 1564 Fälle
SAFR-1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patienten	Ziel: $\geq 38,13\%$ Auffälligkeit: $< 26,32\%$ Ø in Hessen: 34,12%	37,74% [32,91 - 42,83] 137 / 363 Fälle	34,12% [29,77 - 38,75] 145 / 425 Fälle
SAFR-1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patienten mit Tracheostoma	Ziel: $\geq 37,06\%$ Auffälligkeit: $< 22,55\%$ Ø in Hessen: 31,35%	32,56% [28,67 - 36,71] 169 / 519 Fälle	31,35% [27,87 - 35,05] 200 / 638 Fälle
SAFR-2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	Ziel: $\geq 53,30\%$ Auffälligkeit: $< 29,47\%$ Ø in Hessen: 45,61%	45,71% [43,19 - 48,26] 677 / 1481 Fälle	45,61% [43,15 - 48,10] 707 / 1550 Fälle
SAFR-3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte)	Ziel: $\geq 32,30\%$ Auffälligkeit: $< 13,73\%$ Ø in Hessen: 25,23%	26,21% [24,51 - 27,98] 646 / 2465 Fälle	25,23% [23,58 - 26,95] 642 / 2545 Fälle
SAFR-3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte)	Ziel: $\geq 11,83\%$ Auffälligkeit: $< 4,96\%$ Ø in Hessen: 10,33%	8,68% [7,63 - 9,86] 214 / 2465 Fälle	10,33% [9,21 - 11,58] 263 / 2545 Fälle
SAFR-4	Dekanülierung	Ziel: $\geq 72,19\%$ Auffälligkeit: $< 55,93\%$ Ø in Hessen: 67,88%	65,89% [61,01 - 70,45] 253 / 384 Fälle	67,88% [63,37 - 72,08] 298 / 439 Fälle
SAFR-5	Sterblichkeit (risikoadjustiert, erste Version)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 6,14% O/E = 1,00	1,00 [0,86 - 1,15] 195 / 2904 Fälle = 6,71%	1,00 [0,86 - 1,15] 186 / 3030 Fälle = 6,14%
SAFR-5a	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\leq 1,31\%$ Auffälligkeit: $> 8,92\%$ Ø in Hessen: 4,91%	4,91% [4,10 - 5,88] 111 / 2259 Fälle	4,91% [4,10 - 5,88] 112 / 2280 Fälle
SAFR-5b	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma	Ziel: $\leq 3,55\%$ Auffälligkeit: $> 20,00\%$ Ø in Hessen: 9,87%	13,02% [10,64 - 15,84] 84 / 645 Fälle	9,87% [7,93 - 12,21] 74 / 750 Fälle
SAFR-5c	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: $\leq 0,27\%$ Auffälligkeit: $> 3,92\%$ Ø in Hessen: 2,13%	2,09% [1,56 - 2,78] 45 / 2155 Fälle	2,13% [1,60 - 2,83] 46 / 2157 Fälle
SAFR-5d	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: ≤ 0 Auffälligkeit: $> 8,26\%$ Ø in Hessen: 4,17%	6,58% [4,85 - 8,86] 39 / 593 Fälle	4,17% [2,92 - 5,93] 29 / 695 Fälle
SAFR-6	nicht mehr vorhandener Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 48,11\%$ Auffälligkeit: $< 14,97\%$ Ø in Hessen: 32,94%	30,03% [28,18 - 31,95] 682 / 2271 Fälle	32,94% [31,05 - 34,89] 759 / 2304 Fälle
SAFR-7	nicht mehr vorhandene Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 53,87\%$ Auffälligkeit: $< 34,95\%$ Ø in Hessen: 43,59%	39,57% [36,30 - 42,93] 330 / 834 Fälle	43,59% [40,35 - 46,88] 384 / 881 Fälle
SAFR-8	nicht mehr vorhandene PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 15,38\%$ Auffälligkeit: $< 3,33\%$ Ø in Hessen: 12,38%	13,60% [10,58 - 17,32] 54 / 397 Fälle	12,38% [9,57 - 15,88] 52 / 420 Fälle
SAFR-9	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 98,08\%$ Auffälligkeit: $< 93,29\%$ Ø in Hessen: 95,77%	94,64% [91,35 - 96,73] 265 / 280 Fälle	95,77% [92,89 - 97,51] 294 / 307 Fälle
SAFR-10	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	Ziel: ≤ 0 Auffälligkeit: $> 5,28\%$ Ø in Hessen: 2,35%	2,13% [1,64 - 2,77] 54 / 2533 Fälle	2,35% [1,84 - 3,01] 61 / 2593 Fälle
SAFR-10a	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: ≤ 0 Auffälligkeit: $> 3,45\%$ Ø in Hessen: 1,42%	1,17% [0,79 - 1,74] 24 / 2046 Fälle	1,42% [0,99 - 2,04] 29 / 2036 Fälle
SAFR-10b	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: ≤ 0 Auffälligkeit: $> 12,36\%$ Ø in Hessen: 5,75%	6,16% [4,35 - 8,66] 30 / 487 Fälle	5,75% [4,10 - 8,00] 32 / 557 Fälle

Abb. 2.2.2.3 Qualitätskennzahlen Phase B Hessen

Ergebnisübersicht Auswertungsjahr 2026/2025 (EJ 2025/2024)

AK-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Gesamt EJ2024	Gesamt EJ2025
SAFR-AK1	Häufige Angabe Dysphagie, Aphasie oder Dysarthrie nicht beurteilbar bei Entlassung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 5,72%	5,29% 141 / 2663 Fälle	5,72% 160 / 2796 Fälle
SAFR-AK2	Häufige Angabe Datum des Schlaganfalls „unbekannt“	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 10% Ø in Hessen: 13,56%	11,88% 345 / 2904 Fälle	13,56% 411 / 3030 Fälle
SAFR-AK3	Querprüfung Rankin-Scale mit Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5% Ø in Hessen: 1,85%	1,10% 32 / 2904 Fälle	1,85% 56 / 3030 Fälle
SAFR-AK4	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 95% Ø in Hessen: 99,90%	99,83% 2916 / 2921 Fälle	99,90% 3035 / 3038 Fälle
SAFR-AK5	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 110% Ø in Hessen: 99,90%	99,83% 2916 / 2921 Fälle	99,90% 3035 / 3038 Fälle

Abb. 2.2.2.4 Auffälligkeitskriterien Phase B Hessen

Ergebnisse

Alle 17 am Verfahren teilnehmenden Kliniken erhielten eine jährliche Basisauswertung sowie die Auswertung zu insgesamt zehn berechneten Qualitätskennzahlen. Zusätzlich wurde den Kliniken für die Qualitätskennzahlen eine quartalsweise Auswertung zum jeweils aktuellen Datenstand zur Verfügung gestellt. In nahezu allen erhobenen Kennzahlen konnte im AJ 2026 im hessenweiten Durchschnitt ein ähnlich gutes Ergebnis wie im Vorjahr beobachtet werden, so dass seit Beginn der Kennzahlenberechnung im AJ 2021 ein positiver Trend bei den Ergebnissen konstatiert werden kann.

In der Jahresauswertung wurden erstmalig auch insgesamt fünf Auffälligkeitskriterien dargestellt (Abb. 2.2.2.4). Diese bewerten im Gegensatz zu den Qualitätskennzahlen nicht die Qualität der Behandlung, sondern die Qualität der zugrundeliegenden Dokumentation in Bezug auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der gelieferten Daten.

Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse zeigen die Abbildungen 2.2.2.3 und 2.2.2.4.

Die drei relevanten Hauptdiagnosen des akuten Schlaganfalls in diesem Modul sind wie in den Vorjahren vor allem der Hirninfarkt (ICD-Kode I63), auf den mit 70 % der größte Anteil entfällt. Als weitere Diagnosen sind mit 23 % die intrazerebralen Blutungen (ICD-Kode I61) und mit 7 % die Subarachnoidalblutungen (ICD-Kode I60) zu beobachten, was im Wesentlichen der Verteilung der Vorjahre entspricht.

Die beschriebenen Verteilungen sind in den Abbildungen 2.2.2.5 sowie 2.2.2.6 grafisch dargestellt.

Auf Grundlage der Jahresergebnisse des AJ 2025 wurde mit neun Klinikstandorten ein Strukturierter Dialog in insgesamt sechs der erhobenen Kennzahlen in Form eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens geführt. Die zuständige Arbeitsgruppe „Neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall“ konstatierte in zwei der Fälle Dokumentationsmängel als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit, in den anderen Fällen fanden sich keine qualitativen Mängel in Struktur- oder Prozessqualität. Die detaillierte Darstellung ist der Tabelle 2.2.2.2 zu entnehmen.

Diagnoseverteilung

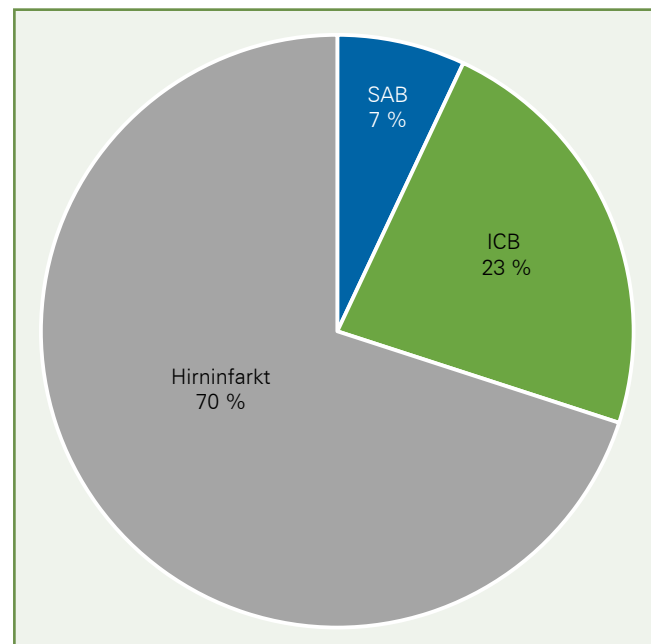


Abb. 2.2.2.5 Phase B Auswertungsjahr 2026

Beatmung bei Aufnahme

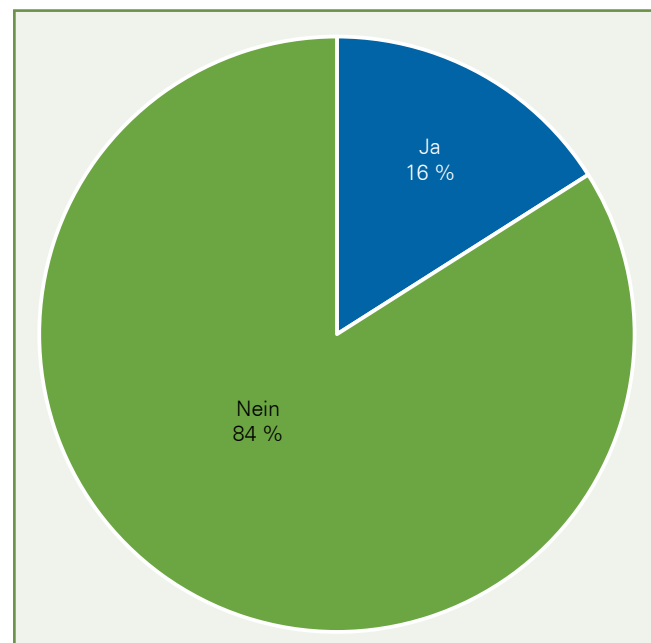


Abb. 2.2.2.6 Phase B Auswertungsjahr 2026

Strukturierter Dialog und Datenvalidierung

Kennzahl		Stellungnahmen	Bewertung
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	1	U
2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	1	U
4	Dekanülierung	1	D
6	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	2	1 x D, 1 x U
7	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	2	2 x U
8	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	2	2 x U
		9	7 x U, 2 x D

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

Tab. 2.2.2.2 Strukturierter Dialog Auswertungsjahr 2025

Im Frühjahr 2026 fand im Rahmen der Datenvalidierung eine Stichprobenprüfung in einer teilnehmenden Fachklinik statt. Im gemeinsamen Gespräch mit den Klinikvertreter*innen konnten gemeinsam die Daten geprüft und Verfahrensgrundlagen im konstruktiven Austausch erörtert werden.

Ausblick

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

Die „Kennzahl 2 – Rückbildung schwerer Verständigungsstörung“ und „Kennzahl 8 – nicht mehr vorhandene PEG-/PEJ-Sonde bei Entlassung“ werden ab dem AJ 2027 als Ergebnis der Kennzahlenevaluation und auf Empfehlung der beratenden Arbeitsgruppe nicht weiter ausgewertet.

Diese zu Jahresbeginn 2026 stattgefundenen modulweite Evaluation wird zum EJ 2027 weiterhin größere Anpassungen des Dokumentationsbogens mit dem Ziel neuer Kennzahlenentwicklung beinhalten. Hierzu wird die LAGQH die teilnehmenden Kliniken im Jahresverlauf detailliert informieren.

3. Verfahren nach DeQS-RL

Verfahren und Abläufe

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Versorgung erfolgt bundesweit primär auf Grundlage der DeQS-Richtlinie. Diese regelt alle datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren, die für zugelassene Krankenhäuser und für den vertragsärztlichen Bereich verbindlich sind.

Neben den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen legt die DeQS-RL insbesondere fest, welche Daten verwendet und wie diese verarbeitet werden sowie welche Institutionen daran beteiligt sind (Abb. 3.1).

Die Datenannahmestellen (DAS) haben eine wichtige Rolle inne. Sie nehmen die von den Leistungserbringer*innen übermittelten Qualitätssicherungsdaten entgegen, prüfen diese auf Vollständigkeit und Plausibilität und leiten sie anschließend pseudonymisiert an die Bundesauswertungsstelle weiter. Für Krankenhäuser und vertragsärztliche Einrichtungen bestehen hierfür jeweils getrennte Datenannahmestellen. Zudem sind die DAS für die Bereitstellung der Rückmeldungen und

Ergebnisberichte an die Leistungserbringer*innen zuständig.

Die bundesweite Auswertung der Daten erfolgt durch das IQTIG. Dort werden unterschiedliche Datenquellen – darunter QS-Daten, Sozialdaten sowie Ergebnisse aus Patientenbefragungen – zusammengeführt und ausgewertet. Auf dieser Basis werden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen berechnet.

Die Bewertung der Ergebnisse auf Landesebene erfolgt durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Diese setzen sich in jedem Bundesland aus einer unabhängigen Geschäftsstelle, einem Lenkungsgrremium und Fachkommissionen zusammen. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere die Einleitung und Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen. Unterstützend kann hierfür eine Landesauswertungsstelle eingerichtet werden, die über eine vom IQTIG bereitgestellte Datenbank Zugriff auf die erforderlichen Informationen erhält. In Hessen ist die Datenannahmestelle für die Krankenhäuser sowie die Landesauswertungsstelle Bestandteil der LAGQH.

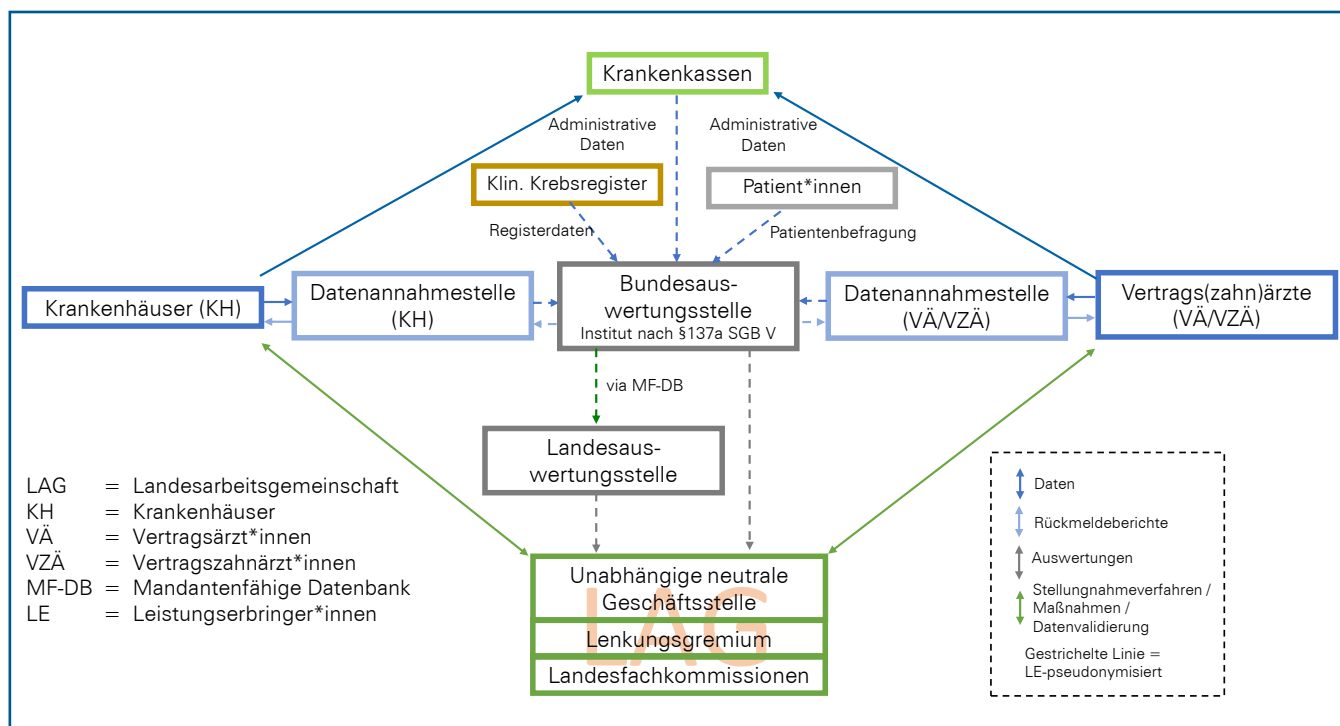


Abb. 3.1 Beteiligte und Prozesse für landesbezogene Verfahren im Rahmen der DeQS-Richtlinie

VNr.	Kurzform	Name des Verfahrens	QS	EB	SOD	PB
1	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	X		X	X
3	QS CHE	Cholezystektomie	X		X	
4	QS NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließl. Pankreastretransplantationen				
	NET-NTX*	- Nierentransplantation	X			
	NET-PNTX*	- Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	X			
	NET-DIAL	- Dialyse (ausgesetzt)				
5	QS TX*	Transplantationsmedizin (Leber/Niere/Herz)	X			
6	QS KCHK*	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	X		X	
7	QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	X			
8	QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie (ausgesetzt)				
9	QS MC	Mammachirurgie	X			
10	QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	X			
11	QS DEK	Dekubitusprophylaxe	X			
12	QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	X			
13	QS PM	Perinatalmedizin (Geburtshilfe und Neonatologie)	X			
14	QS HGV	Hüftgelenksversorgung (elektive HEP und Femurfrakturen)	X		X	
15	QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	X		X	
20	QS Sepsis	Diagnostik und Therapie der Sepsis	X	X	X	
* = bundesbezogene Verfahren QS = QS-Daten EB = Einrichtungsbefragung SOD = Sozialdaten PB = Patientenbefragung						

Tab. 3.1 Verfahren der DeQS-Richtlinie, Datengrundlage (Stand EJ 2026)

Stellungnahmeverfahren

Grundlage aller Verfahren sind die Versorgungsdaten der Leistungserbringer*innen. Diese werden entweder direkt im Rahmen der Qualitätssicherung erzeugt, über Abrechnungsdaten der Krankenkassen oder durch Patientenbefragungen erhoben. Mithilfe dieser Daten werden Qualitätsindikatoren berechnet, die eine Identifikation möglicher Qualitätsdefizite ermöglichen.

Einen Überblick über die derzeitigen Verfahren der DeQS-RL (Stand: Erfassungsjahr 2026) mit den jeweiligen Datengrundlagen bietet Tabelle 3.1. Die einzelnen landesbezogenen Verfahren werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

Der Ablauf des Stellungnahmeverfahrens (STNV) nach § 17 DeQS-RL in Hessen ist schematisch in Abbildung 3.2 dargestellt. Die Koordination und Durchführung des Verfahrens obliegt der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Ausgangspunkt sind die vom IQTIG übermittelten pseudonymisierten Auswertungsergebnisse der jeweiligen Leistungserbringer*innen. Nach Eingang der Daten bei der Geschäftsstelle der LAG erfolgt zunächst eine fachliche Prüfung durch die zuständigen Fachkommissionen.

Im Rahmen dieser Prüfung werden insbesondere die berechneten Qualitätsindikatoren bewertet. Zeigen sich rechnerische Auffälligkeiten, empfehlen die Fachkommissionen, ob ein STNV durchgeführt werden soll. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung des STNV trifft anschließend das Lenkungsgremium der LAG. Die betroffenen Leistungserbringer*innen wer-

Ablaufschema Stellungnahmeverfahren

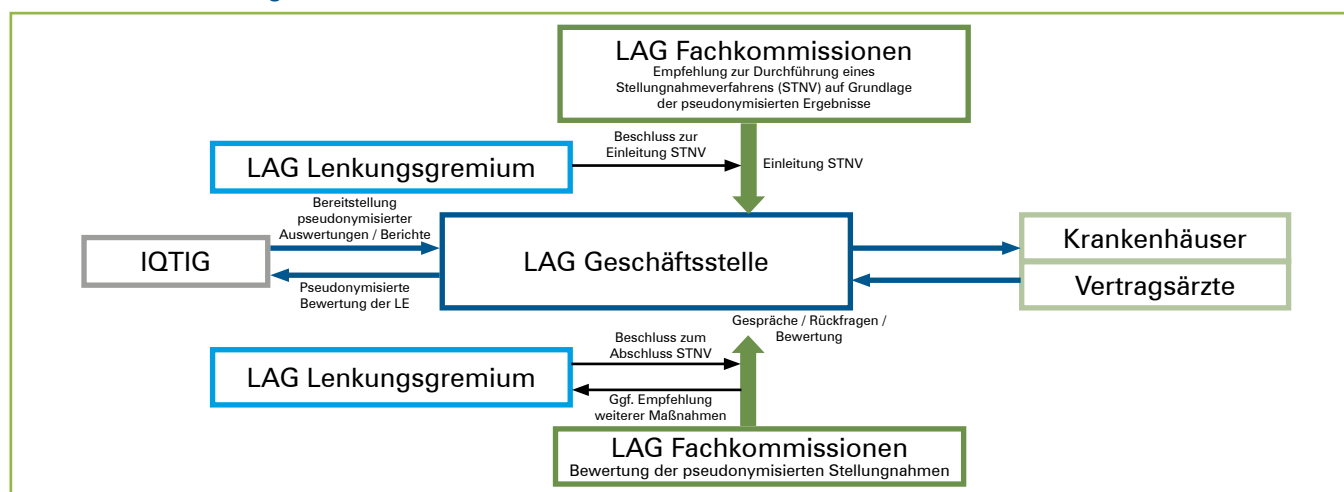


Abb. 3.2 Durchführung des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-Richtlinie

DeQS – Verfahren - Bericht zum STNV 2025 (EJ2024)

Verfahren	Beschreibung	Kennzahl	Rechn. Auffälligkeit	Anzahl STNV	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Doku- fehler	Sonstiges	MS 1
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	QI	167	89	14	1	0	74	5
		AK	34	34	29	1	0	4	4
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	QI	45	40	7	20	10	3	0
		AK	2	2	2	0	0	0	0
QS CHE	Cholezystektomie	QI	27	26	8	13	2	3	8
		AK	1	1	1	0	0	0	0
QS NET-DIAL	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen, einschließlich Pankreastransplantation - Dialyse	QI	8	5	0	5	0	0	0
		AK	-	-	-	-	-	-	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	QI	25	22	17	4	1	0	2
		AK	1	1	1	0	0	0	0
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	QI	-	-	-	-	-	-	-
		AK	5	0	0	0	0	0	0
QS MC	Mammachirurgie	QI	14	14	1	13	0	0	0
		AK	4	1	1	0	0	0	0
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	QI	63	63	1	62	0	0	0
		AK	6	6	2	4	0	0	0
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	QI	45	45	12	13	20	0	6
		AK	8	8	8	0	0	0	0
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	QI	48	23	18	3	0	2	12
		AK	12	12	10	2	0	0	0
QS PM	Perinatalmedizin	QI	31	27	13	11	0	3	6
		AK	13	13	9	4	0	0	0
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	QI	82	74	16	50	5	3	8
		AK	28	28	20	4	0	4	0
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	QI	3	0	0	0	0	0	0
		AK	-	-	-	-	-	-	-
SUMME der Qualitätsindikatoren (QI)			558	428	107	194	38	88	47
SUMME der Auffälligkeitskriterien (AK)			114	106	83	15	0	8	4

Tab. 3.2 Übersicht Bewertungen nach Bewertungsschema des G-BA 2025 (EJ 2024)

Durchführung von QS-Maßnahmen

den daraufhin – unter Mitwirkung der Datenannahmestellen – informiert und zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert.

Die Stellungnahmen werden in den Fachkommissionen beraten und beurteilt. Die Bewertung erfolgt anonymisiert, sodass die Identität der betroffenen Einrichtungen oder Leistungserbringer*innen gegenüber den Kommissionsmitgliedern nicht offengelegt wird. Ziel des Verfahrens ist es, die Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten zu analysieren und zu klären, ob diesen tatsächliche Qualitätsdefizite in den Versorgungsstrukturen oder Behandlungsabläufen zugrunde liegen.

Der formale Abschluss des STNV erfolgt durch Beschluss des Lenkungsremiums der LAG. Im Anschluss werden die betroffenen Leistungserbringer*innen über das Ergebnis informiert und erhalten gegebenenfalls Hinweise zu notwendigen Verbesserungsmaßnahmen oder weiteren Verfahrensschritten.

Werden qualitative Mängel festgestellt, empfiehlt die entsprechende Fachkommission in der Regel geeignete Maßnahmen (Stufe 1) zur Qualitätsverbesserung. Hierzu können beispielsweise konkrete Handlungsempfehlungen, Zielvereinbarungen oder weitere qualitätssichernde Maßnahmen gehören. Diese dienen vorrangig der Unterstützung und Verbesserung der Versorgungsqualität.

Die in der Abbildung 3.3 dargestellten Maßnahmen stellen dabei lediglich Beispiele dar und sind nicht abschließend. Je nach Art und Umfang des festgestellten Qualitätsmangels können die Fachkommissionen auch individuell angepasste Maßnahmen vorschlagen, die gezielt auf die jeweilige Problematik zugeschnitten sind. Werden die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen durch die betroffenen Leistungserbringer*innen erfolgreich umgesetzt und die Qualitätsdefizite behoben, gilt das Verfahren an dieser Stelle als abgeschlossen.

Ablaufschema Stellungnahmeverfahren und QS-Maßnahmen

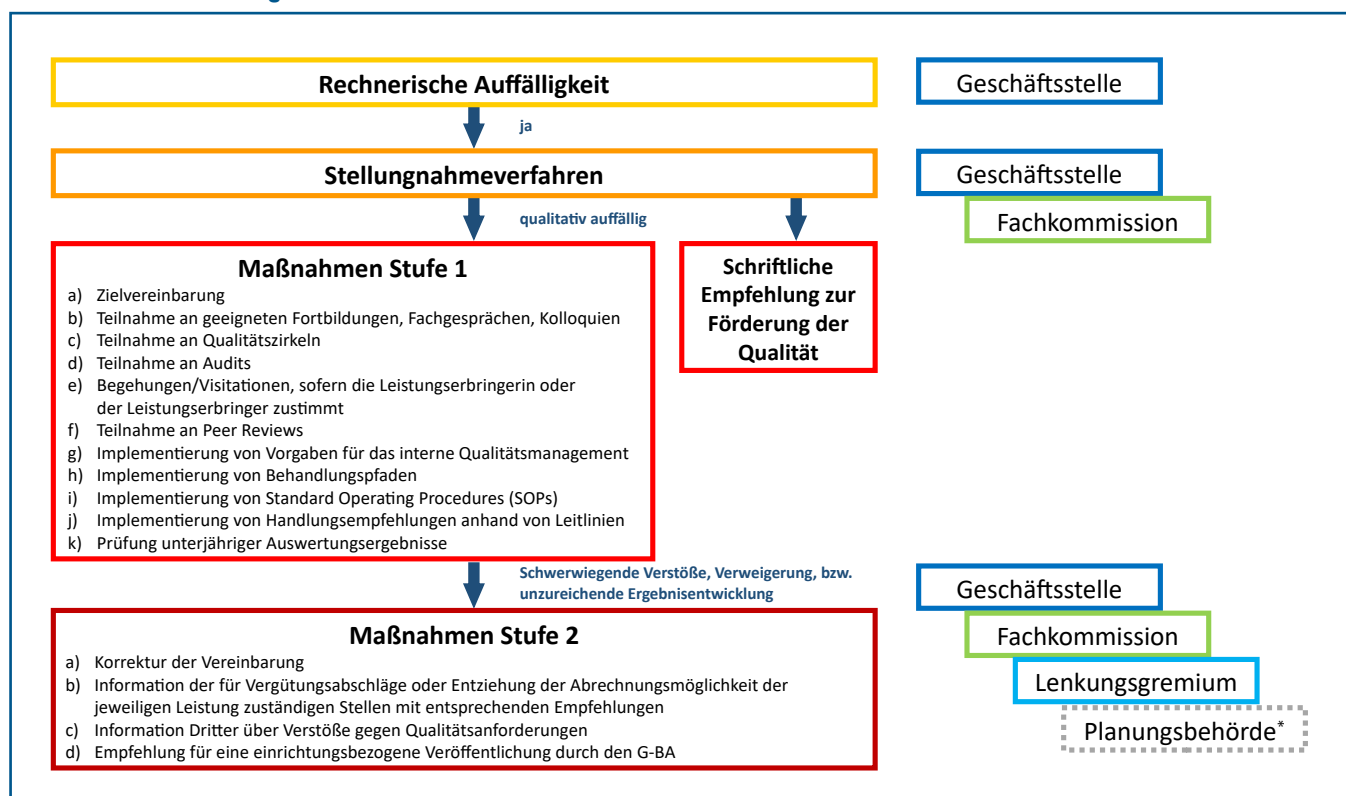


Abb. 3.3 Vorgehen STNV und QS-Maßnahmen gemäß § 17 DeQS-RL

* auf Beschluss des Lenkungsremiums der LAGQH

Bewertungen und durchgeführte QS-Maßnahmen in Hessen

Führen die Maßnahmen der Stufe 1 nicht zu einer ausreichenden Verbesserung der Qualität, kann das Verfahren weiter eskaliert werden. In diesem Fall kann die Fachkommission dem Lenkungsgremium die Einleitung von Maßnahmen der Stufe 2 empfehlen. Eine solche Eskalation kommt insbesondere dann infrage, wenn Kliniken oder Praxen trotz eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen weiterhin qualitative Auffälligkeiten zeigen. Darüber hinaus können Maßnahmen der Stufe 2 auch unmittelbar eingeleitet werden, wenn sich Leistungserbringer*innen wiederholt nicht oder nur unzureichend am Stellungnahmeverfahren beteiligen. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen über mehrere Auswertungsjahre hinweg keine ausreichende Mitwirkung erfolgt und dadurch eine fachliche Bewertung der tatsächlichen Versorgungsqualität nicht möglich ist.

Mit dem Beschluss von Maßnahmen der Stufe 2 geht zugleich eine Entanonymisierung der betreffenden Leistungserbringer*in gegenüber den zuständigen Mitgliedern des Lenkungsgremiums sowie gegebenenfalls die Information Dritter (z. B. des Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege) einher. Ergänzend aufgenommen zu den Maßnahmen Stufe 2 wurde auch die Empfehlung für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Entscheidung darüber wird jeweils individuell durch das Lenkungsgremium unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls getroffen.

Im Unterschied zu Maßnahmen der Stufe 1 kann die Stufe 2 deutlich weitreichendere Konsequenzen haben. Neben zusätzlichen qualitätssichernden Vorgaben sind hierbei auch finanzielle Sanktionen möglich, etwa in Form von Vergütungsabschlägen oder – im äußersten Fall – dem Entzug der Abrechnungsberechtigung für bestimmte Leistungen.

Abbildung 3.3 verdeutlicht ergänzend zum Ablaufschema, wann es ggf. zu einer Entanonymisierung der Leistungserbringer*innen im Verlauf kommt.

Die Tabelle 3.2 gibt einen Überblick über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 in Hessen.

Die Darstellung umfasst alle 13 landesbezogenen Verfahren nach der DeQS-RL und gibt einen strukturierten Überblick über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025. Zunächst wird für jeden Qualitätsindikator beziehungsweise jedes Auffälligkeitskriterium die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten dargestellt. Darauf aufbauend wird ausgewiesen, bei wie vielen dieser Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren zur Klärung eingeleitet wurde.

Darüber hinaus zeigt die Tabelle 3.2 die Bewertungen der jeweiligen Auffälligkeiten durch die zuständigen Fachkommissionen. Die Bewertung erfolgt entsprechend des vom G-BA vorgegebenen Schemas (s. auch S. 136) und unterscheidet zwischen den Kategorien „qualitativ auffällig“, „qualitativ unauffällig“ sowie „Dokumentationsfehler“ und „Sonstiges“.

Ergänzend wird in der letzten Spalte dargestellt, in welchen Fällen Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-RL beschlossen wurden. Einen Überblick der eingeleiteten Maßnahmen vermittelt die Tabelle 3.3.

Weiterführende Erläuterungen und detaillierte Auswertungen zu den einzelnen Qualitätsergebnissen finden sich in den jeweiligen Verfahrenskapiteln.

DeQS – Verfahren - Bericht zu den Maßnahmen der Stufe 1 2025 (EJ 2024)

Verfahren	Beschreibung	Anzahl STNV (QI/AK)	Anzahl MS (QI/AK)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audit	Durchführung von Peer Reviews	Sonstiges
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	89 34	5 4	2 4	3 -	-	-	-
QS CHE	Cholezystektomie	27 1	8 0	2 -	3 -	-	3 -	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	25 1	2 0	-	2 -	-	-	-
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	45 8	6 0	1 -	-	-	-	5 -
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	24 12	12 0	10 -	2 -	-	-	-
QS PM	Perinatalmedizin	27 13	6 0	4 -	-	2 -	-	-
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	74 28	8 0	2 -	6 -	-	-	4 -
Summe der Maßnahmen		311 97	47 4	21 4	10 -	2 -	3 -	9 -

Tab. 3.3 Übersicht Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-Richtlinie in den QS-Verfahren 2025 (EJ 2024)



Verzeichnis der Bundesverfahren		Details auf Seite
	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	53
	Verfahren 2: Postoperative Wundinfektionen (QS WI)	58
	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	62
	Verfahren 4: Nierenersatztherapie - Dialyse (QS NET - NET-DIAL)	67
	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	71
	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	75
	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	77
	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	81
	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	85
	Verfahren 12: Herzschrittmacher (QS HSMDEF-HSM)	91
	Verfahren 12: Implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF-DEF)	94
	Verfahren 13: Geburtshilfe (QS PM-GEBH)	99
	Verfahren 13: Neonatologie (QS PM-NEO)	102
	Verfahren 14: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (QS HGV-OSFRAK)	108
	Verfahren 14: Hüftendoprothesenversorgung (QS HGV-HEP)	111
	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	115
	Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)	118

Erläuterung zu dem Kapitelaufbau

Der Kapitelaufbau zu den jeweiligen QS-Verfahren der DeQS-RL gestaltet sich wie folgt:

- ✓ Zusammensetzung der Fachkommission
(Stand 31.12.2025)
- ✓ Sitzungstermine 2025
- ✓ Ansprechpartner der LAGQH
- ✓ Einleitungstext mit allgemeine Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zu den Erfassungsjahren 2024 und 2025
- ✓ Qualitätsindikatoren: Hessen-/Bundesergebnisse zu den Auswertungsjahren 2025 und 2026 und Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (inkl. Maßnahmen)
- ✓ Auffälligkeitskriterien: Hessen-/Bundesergebnisse zu den Auswertungsjahren 2025 und 2026 und Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (inkl. Maßnahmen)
- ✓ Ggfs. gesonderte Ergebnisse und Darstellungen
- ✓ Ggfs. Ausblick

3.1 QS PCI

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
15	18.06.2025
16	27.08.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

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

Die Tabelle 3.3.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten der Jahre 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Die Referenzwerte verschiedener Kennzahlen wurden im Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Grund hierfür waren u. a. die Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>).

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

Der ehemalige Qualitätsindikator 56004 („Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt „unbekannt“) wurde

zum Auffälligkeitskriterium 852302 korrigiert, da er nicht die medizinische Behandlungs-, sondern die Dokumentationsqualität adressiert.

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

Bei den Follow-up-Indikatoren, berechnet aus Sozialdaten (ID 50012 und 56018 bis 56026), werden Eingriffe betrachtet, die bereits im Vorjahr, also 2024 durchgeführt wurden. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen erst mit zeitlichem Verzug zur Verfügung stehen.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025		Erfassungsjahr 2024	
	Krankenhausstandorte	Vertragsärzte*innen/MVZ/Praxen	Krankenhausstandorte	Vertragsärzte*innen/MVZ/Praxen
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	56	31	59	33
Fallzahlen	40.045	17.089	38.452	15.202
Minimaldatensätze	22	0	10	0
Summe (inkl. MDS)	57.156		53.664	
Vollständigkeit	99,62 %		100,1 %	

Tab. 3.1.1 Datengrundlage (EJ 2024/25)

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	n. d.	73,46 % 238.682 / 324.932	72,47 % 17.115 / 23.616	69,31 % 15.261 / 22.019
56003	Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 75 %	82,45 % 21.821 / 26.466	84,48 % 1.573 / 1.862	83,33 % 1.710 / 2.052
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	n. d. O / E / N	1,09 5.825 / 5.354 / 766.858 0,76 %	1,07 406 / 380 / 54.529 0,74 %	1,18 % 286 / 243 / 51.856 0,55 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	≥ 94,8 %	95,68 % 111.061 / 116.074	95,85 % 7.787 / 8.124	95,65 % 2.507 / 2.621
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	n. d. O / E / N	1,04 6.609 / 6.372 / 443.183 1,49 %	1,01 463 / 457 / 31.271 1,48 %	0,99 448 / 451 / 30.170 1,48 %
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	n. d. O / E / N	0,99 7.235 / 7.275 / 262.770 2,75 %	1,01 512 / 507 / 19.278 2,66 %	1,09 713 / 656 / 17.667 4,04 %
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	n. d. O / E / N	0,96 4.506 / 4.671 / 43.140 10,45 %	1,04 339 / 327 / 2.952 11,48 %	1,04 411 / 393 / 3.023 13,60 %
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	n. d. O / E / N	1 4.057 / 4.052 / 241.189 1,68 %	1,06 292 / 276 / 17.310 1,69 %	n. b.

Tab. 3.1.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (Patientenbefragung)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	≥ 1,08	1,08 n = 14.246	1,03 n = 1.066	1,18 n = 1.137
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	≥ 1,03	1,03 n = 32.509	0,99 n = 2.203	1,02 n = 2.411
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	n. d.	87,26 Punkte n = 29.814	85,42 Punkte n = 2.104	85,64 Punkte n = 2.254
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	≥ 89,56 Punkte	89,56 Punkte n = 68.622	89,37 Punkte n = 4.873	89,50 Punkte n = 5.284
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	≥ 86,7 Punkte	86,7 Punkte n = 68.622	85,61 Punkte n = 4.873	86,17 Punkte n = 5.284
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	≥ 85,17 Punkte	85,17 Punkte n = 68.622	85,52 Punkte n = 4.873	85,50 Punkte n = 5.284
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	≥ 80 Punkte	74,83 Punkte n = 46.755	74,92 Punkte n = 3.269	77,05 Punkte n = 3.548
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	≥ 90 Punkte	89,72 Punkte n = 39.539	89,72 Punkte n = 2.773	90,45 Punkte n = 3.020
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	≥ 80 Punkte	80,59 Punkte n = 46.755	80,94 Punkte n = 3.269	81,76 Punkte n = 3.548
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	≥ 84,02 Punkte	84,02 Punkte n = 46.755	83,86 Punkte n = 3.269	83,48 Punkte n = 3.548
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	≥ 90,83 Punkte	90,83 Punkte n = 17.366	90,97 Punkte n = 3.269	92,04 Punkte n = 1.346
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	≥ 80 Punkte	79,57 Punkte n = 68.622	79,39 Punkte n = 4.873	80,29 Punkte n = 5.284
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	≥ 70 Punkte	60,98 Punkte n = 20.896	59,25 Punkte n = 1.588	62,66 Punkte n = 1.677
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	≥ 50 Punkte	55,66 Punkte n = 10.585	48,55 Punkte n = 802	43,30 Punkte n = 858
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	≥ 95 Punkte	91,82 Punkte n = 7.651	89,91 Punkte n = 524	89,69 Punkte n = 612
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	≥ 78,04 Punkte	78,04 Punkte n = 68.622	77,46 Punkte n = 4.873	77,57 Punkte n = 5.284
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	≥ 93,69 Punkte	93,69 Punkte n = 68.622	92,88 Punkte n = 4.873	92,66 Punkte n = 5.284
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	≥ 1,05	1,05 n = 46.755	0,97 n = 3.269	0,9 n = 3.548
56118	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	≥ 1,04	1,04 n = 14.246	1,02 n = 1.066	0,99 n = 1.137

Tab. 3.1.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.1.5 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Jahr 2025 dargestellt. Die Anzahl der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten betrug 167. Wie auch im Vorjahr ist die Ursache für diese hohe Anzahl die Auswertung von 18 Indikatoren aus der Patientenbefragung. Nach einem vom IQTIG empfohlenen Algorithmus wurden bei der Hälfte dieser rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei den übrigen Indikatoren wurden annähernd bei jeder rechnerischen Auffälligkeit ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (15). Von diesen wurden 14 durch die Fachkommission als qualitativ auffällig bewertet. Zu beachten ist hierbei, dass einer der auffällig bewerteten Qualitätsindikatoren (ID 56004) mittlerweile in ein Auffälligkeitskriterien umgewandelt wurde, und drei weitere Indikatoren (ID 56005, 56006: Dosis-Flächen-Produkt bei isolierter Koronarangiographie bzw. bei isolierter PCI und ID 56008: Dosisflächenprodukt unbekannt) als Folge der Weiterentwicklung des Verfahrens weggefallen sind. Bei den Stellungnahmeverfahren der PPCI-QIs (ID 56100 bis 56118) erfolgte nach Maßgabe des IQTIG bzw. des G-BA keine Bewertung (hier als „Sonstiges“ dargestellt).

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

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse und Bewertungen der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in der Tabelle 3.1.4 dargestellt. Diese Überprüfung betrachtet nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität und wird im Verfahren QS-PCI im Rahmen der DeQS-Richtlinie seit dem Erfassungsjahr 2021 durchgeführt.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025	Ergebnis Hessen AJ 2025
852103	Angabe EF "unbekannt"	≤ 9,01 %	2,74 % 21.294 / 775.905	2,35 % 1.342 / 57.057	2,78 % 1.489 / 53.596
852104	Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	n.d.	1,28 % 10.040 / 783.733	0,83 % 478 / 57.729	0,95 % 518 / 54.303
852105	Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	≤ 0,60 %	0,15 % 1.160 / 777.185	0,07 % 38 / 57.134	0,49 % 265 / 53.654
852106	Angabe Kreatininwert "unbekannt"	≤ 1,45 %	0,42 % 3.037 / 717.880	0,38 % 199 / 52.837	0,28 % 141 / 49.518
852302 (früher QI 56004)	Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt	≤ 21,65 %	4,03 % 1.127 / 27.968	4,28 % 85 / 1.988	n. b.
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	99,66 % 777.627 / 780.313	99,62 % 57.156 / 57.373	100,05 % 53.664 / 53.639
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	99,66 % 777.627 / 780.313	99,62 % 57.156 / 57.373	100,05 % 53.664 / 53.639
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,06 % 442 / 780.313	0,04 % 22 / 57.373	0,02 % 10 / 53.639

Tab. 3.1.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				
ID	Standorte mit Datenlieferungen	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations-fehler	Sonstiges	Maßnahmen Stufe 1
56003*	5	5	5	0	0	0	3
56004*	1	1	1	0	0	0	0
56005*	2	2	2	0	0	0	1
56006*	1	1	1	0	0	0	0
56007*	1	0	0	0	0	0	0
56008*	7	4	4	0	0	0	0
56014*	2	2	1	1	0	0	1
56100*	4	1	0	0	0	1	0
56101*	3	1	0	0	0	1	0
56103*	11	5	0	0	0	5	0
56104*	19	15	0	0	0	15	0
56105*	22	16	0	0	0	16	0
56106*	8	3	0	0	0	3	0
56107*	4	1	0	0	0	1	0
56108*	3	1	0	0	0	1	0
56109*	12	1	0	0	0	1	0
56110*	1	1	0	0	0	1	0
56111*	17	9	0	0	0	9	0
56112*	9	5	0	0	0	5	0
56113*	11	8	0	0	0	8	0
56114*	1	1	0	0	0	1	0
56115*	5	0	0	0	0	0	0
56116*	1	1	0	0	0	1	0
56117*	12	3	0	0	0	3	0
56118*	5	2	0	0	0	2	0
Summe	167	89	14	1	0	74	5

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (Qb-R)

Tab. 3.1.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Stellungnahmeverfahren

Zu allen 34 rechnerisch auffälligen AKs erfolgten Stellungnahmeverfahren. Überwiegend (29) erfolgte auch eine Bewertung als „auffällig“. Bei deutlicher und wiederholter Unterdokumentation (AK 852201) wurden Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart und durchgeführt.

Es wurde eine spezifische Online-Fortbildung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, einem Hersteller von QS-Dokumentations-Software und der Geschäftsstelle der LAGQH veranstaltet.

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	Maßnahmen Stufe 1
852103	6	6	6	0	0	0
852105	5	5	5	0	0	0
852106	3	3	3	0	0	0
852201	12	12	9	1	2	4
852208	8	8	6	0	2	0
852209	0	-	-	-	-	-
Summe	34	34	29	1	4	4

Tab. 3.1.6 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.2 QS WI

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
13	24.06.2025
14	01.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.12.2025 wurde das QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) beendet. Als Gründe wurden vom G-BA hierzu der Dauerzustand der Erprobungsphase und Aufwand-Nutzen-Aspekte vorgebracht (siehe auch https://www.g-ba.de/downloads/40-268-12226/2025-12-18_DeQS-RL_weiter-Aenderungen-QS-Verfahren-PCI-WI-NET-EJ-2026_TrG.pdf).

Das Verfahren basierte auf zwei Säulen. Zum einen wurde das Hygiene- und Infektionsmanagement (QS WI-HI) von Einrichtungen bzw. Leistungserbringer*innen anhand einer jährlichen einrichtungsbezogenen Erhebung bewertet. Zum anderen wurden nosokomiale postoperative Wundinfektionen fallbezogen dokumentiert. Durch die Verknüpfung dieser Daten mit den Sozialdaten der Krankenkassen konnten Wundinfektionen derjenigen Einrichtung bzw. Leistungserbringer*in

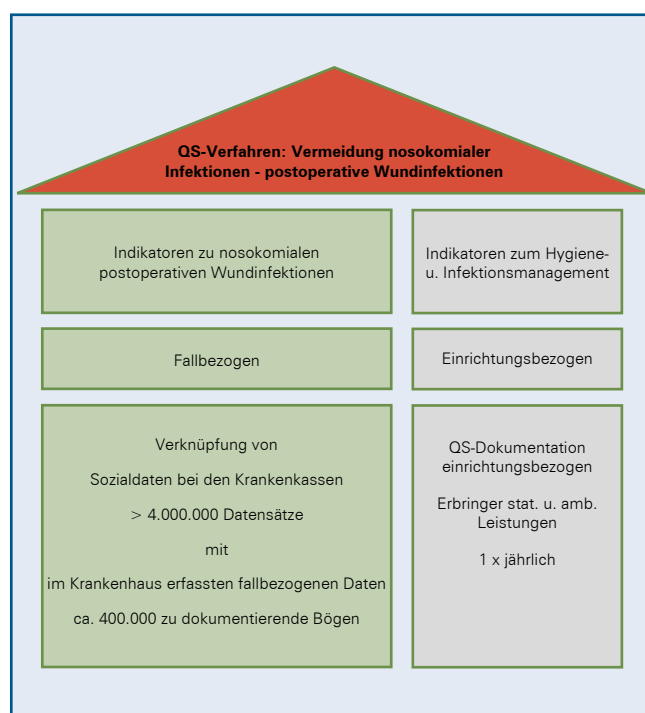


Abb. 3.2.1 Säulen des Verfahrens QS WI (Quelle IQTIG)

zugeordnet werden, die den zugrunde liegenden operativen Eingriff durchgeführt hatte (QS-WI-NI).

Da für das Erfassungsjahr 2025 bereits keine einrichtungsbezogene Erfassung mehr durchgeführt wurde, beschränken sich die Ergebnisse in diesem Kapitel auf die fallbezogenen Erfassungen mutmaßlicher postoperativer Wundinfektionen von Eingriffen aus dem Jahr 2024.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Insgesamt zeigen die Ergebnisse für die (stationär aufgenommenen) postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Eingriffen in 2024 für Hessen einen leicht positiven Trend gegenüber dem Vorjahr, auch wenn bei der geringen Ereigniszahl, speziell bei den Implantateingriffen, mit solch einer Aussage vorsichtig umgegangen werden muss. Unabhängig davon zeigt sich, wie bereits im Vorjahr, ein deutlicher Unterschied zu den Ergebnissen im Bund (0,07 % vs. 0,1 % bzw. 0,07 % versus 0,17 %).

Bei den stationären Nicht-Implantat-Operationen hat sich die mutmaßliche Wundinfektionsrate leicht gegenüber dem Vorjahr erhöht. Sie liegt auch in diesem Jahr höher als der Bundesdurchschnitt. Auch bei den Implantateingriffen hat sich die Rate an Wundinfektionen, die stationär versorgt werden mussten, in Hessen leicht gegenüber dem Vorjahr erhöht. Sie liegt jedoch sowohl übergeordnet als auch bei den tiefen Infektionen unter dem Bundeswert (siehe Tabelle 3.2.2).

Stellungnahmeverfahren

Das Stellungnahmeverfahren wurde in 2025 sowohl bei rechnerisch auffälligen Leistungserbringer*innen in QS WI-HI als auch QS WI-NI durchgeführt.

Obwohl sich das Verfahren nach wie vor in Erprobung befindet, wird ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, auch um Rückmeldungen zu erhalten, wie die Erhebungsinstrumente optimiert und geschärft werden sollten. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 40 Stellungnahmen angefordert, 17 für das Hygiene- und Infektionsmanagement (zwölf für die ambulante und fünf für die stationäre Versorgung) und 23 für die postoperativen Wundinfektionen (zu neun ambulanten und 14 stationären Eingriffen).

Bei den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ID 1000, 2000) konnte bei mehr als der Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten ein Dokumentationsfehler als Ursache festgestellt werden. Bei sechs Leistungserbringer*innen, und damit bei mehr als einem Drittel, mussten nach Sichtung der Stellungnahmen Qualitätsdefizite angenommen werden. Hierbei fielen häufig fehlende Standards bei der Wundversorgung und dem Verbandswechsel, aber auch mangelnde Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Antibiotikaresistenz und -therapie bzw. zur Hygiene und Infektionsprävention sowie fehlende Patienteninformationen zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion auf.

Bei den Qualitätsindikatoren zu den postoperativen nosokomialen Wundinfektionen (ID 1500, 1501, 2500 bis 2503) hat sich die Fachkommission, trotz aufwendiger Einzelfallanalyse, auf Grund der methodischen Einschränkungen auf eine einheitliche Bewertung (U99)

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2024	Erfassungsjahr 2023
Anzahl Leistungserbringer*innen auf Standortebene mit dokumentierten Fällen (IST)	118	117
Datensätze	21.107	20.351
Vollständigkeit	100,5 %	100,7 %

Tab. 3.2.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2025/23)

Ausblick

festgelegt. Grundsätzlich handelte es sich in den angefragten Fällen um ein schwerkrankes Patientenkollektiv, welches im Ergebnis trotz Risikoadjustierung nicht ausreichend berücksichtigt wird. Weiterhin sind einige Fälle aufgrund der Wiederaufnahme in einer anderen Einrichtung nicht adäquat bewertbar. Anhand der aufgearbeiteten Fälle lässt sich kein Qualitätsdefizit feststellen (s. Tab. 3.2.3).

Da zum Zeitpunkt der Bewertung bereits bekannt war, dass das Verfahren nicht mehr weitergeführt wird, wurde auf die Einleitung von Maßnahmen verzichtet.

Der Paragraph 136a Abs. 1 SGB V verpflichtet den G-BA, Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung zu beschließen, insbesondere zur Prävention nosokomialer Infektionen. Damit steht das Thema Hygienequalität trotz Beendigung des Verfahrens QS-WI weiterhin auf der Agenda des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ob hierzu ein neues Verfahren eingeführt wird oder für die bestehenden Verfahren eine Erweiterung um diesen Aspekt erfolgt, wird aktuell in den Gremien des G-BA diskutiert. Ein Teilgebiet davon findet zumindest mit dem neuen Verfahren Sepsis (siehe Kapitel 3.14) Berücksichtigung.

Auffälligkeitskriterien

Stellungnahmeverfahren

Bei dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (< 95 % Vollständigkeit) im Verfahren QS WI-NI gab es im EJ 2024 zwei auffällige Kliniken. In beiden Fällen konnten Dokumentationsmängel als Ursache festgestellt werden.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
WI-NI-A	1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	n. d.	0,10 552 / 567.980	0,06 34 / 57.215	0,07 43 / 59.843
	1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	n. d.	0,02 98 / 567.980	0,01 4 / 57.215	0,07 5 / 6.698
WI-NI-S	2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	n. d. O / E / N	1,26 18.569 / 14.729 / 1.109.004 1,67 %	1,42 1.319 / 932 / 76.588 1,72 %	1,13 1.261 / 1.112 / 86.722 1,45 %
	2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	n. d. O / E / N	1,31 11.856 / 9.080 / 1.062.116 1,12 %	1,30 796 / 612 / 76.191 1,04 %	0,94 727 / 771 / 84.185 0,86 %
	2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	n. d. O / E / N	1,27 12.942 / 10.193 / 1.109.004 1,17 %	1,48 950 / 642 / 76.588 1,24 %	1,17 890 / 763 / 86.722 1,03 %
	2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	n. d. O / E / N	1,32 9.984 / 7.571 / 1.062.116 0,94 %	1,34 682 / 508 / 76.191 0,9 %	0,97 612 / 633 / 84.185 0,73 %

Tab. 3.2.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations-fehler	Sonstiges	
WI-NI-A	1500	9	8	1	6	0	1	0
	1501	2	1	0	0	0	1	0
WI-NI-S	2500	4	4	0	4	0	0	0
	2501	3	1	0	1	0	0	0
	2502	8	8	0	8	0	0	0
	2503	2	1	0	1	0	0	0
	Summe	28	23	1	20	0	2	0

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.2.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
WI-NI-D	852303	2	2	2	-	-	-
	852304	0	-	-	-	-	-
	Summe	2	2	2	0	0	0

Tab. 3.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.3 QS CHE

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
9	10.06.2025
10	30.09.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Das Gallensteinleiden (Cholelithiasis) stellt in der erwachsenen Bevölkerung die häufigste Erkrankungsform der Gallenblase und der Gallengänge dar. Gallensteine (Konkremente) kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Der Nachweis von Konkrementen in

der Gallenblase bzw. den extrahepatischen Gallenwegen erfolgt vor allem durch eine Ultraschalluntersuchung. In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die Cholezy-

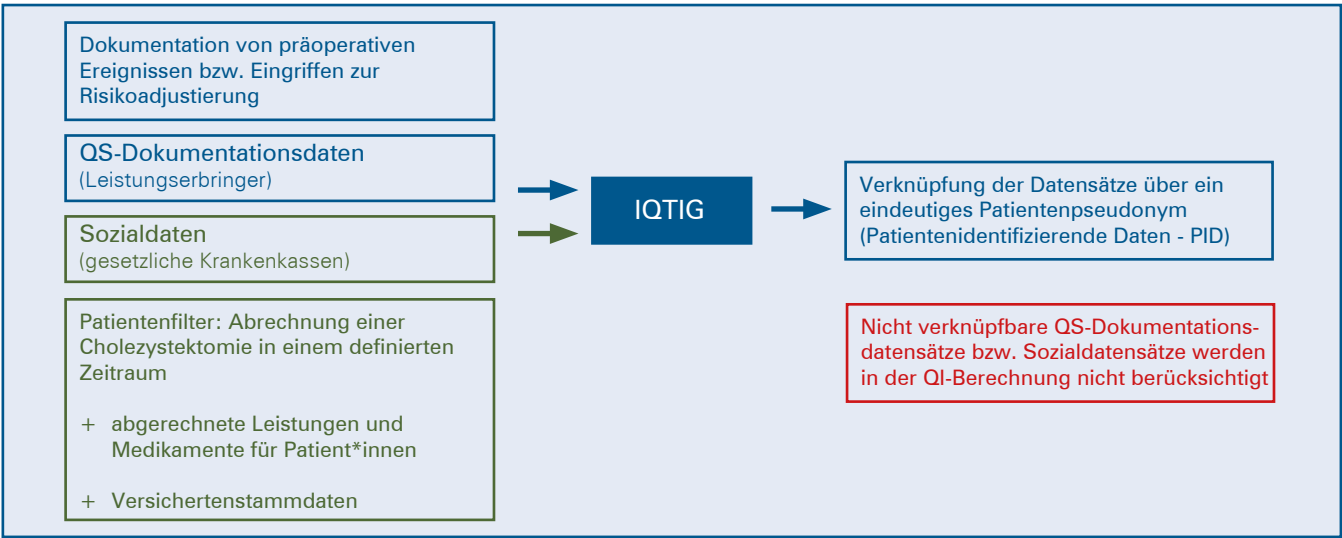


Abb. 3.3.1 Datengrundlage-verknüpfung im Verfahren QS CHE

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	75	78
Fallzahlen	12.507	11.806
Minimaldatensätze	3	2
Summe (inkl. MDS)	12.510	11.808
Vollständigkeit	100,3 %	99,9 %

Tab. 3.3.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

stektomie laparoskopisch, d. h. mittels Schlüsselloch-chirurgie, vorgenommen wird (Quelle:IQTIG).

Das QS-Verfahren Cholezystektomie (Gallenblasen-entfernung) stellt nach wie vor das einzige Qualitätssicherungsverfahren dar, bei dem sämtliche Qualitätsindikatoren auf Grundlage der Sozialdaten gesetzlicher Krankenkassen berechnet werden. Da diese Sozialdaten jedoch nur eingeschränkt Aussagen zur zeitlichen Einordnung von Diagnosen und Eingriffen ermöglichen, ist für jeden operierten Fall zusätzlich eine ergänzende QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer*innen erforderlich. Die dort erhobenen Zusatzinformationen werden anschließend mit den Sozialdaten zusammengeführt, wodurch sich die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren deutlich verbessert. So wird beispielsweise bei einer codierten Sepsis (ICD-Kode A41) zusätzlich erfasst, ob diese bereits vor dem operativen Eingriff bestand oder erst postoperativ aufgetreten ist. Diese Information fließt anschließend in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators ein.

Tabelle 3.3.1 zeigt die Datengrundlage beziehungsweise die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten der Jahre 2024 und 2025 einschließlich ihrer Vollständigkeit. Für das Erfassungsjahr 2025 wurden knapp 12 Tsd. Cholezystektomien aus 75 hessischen Krankenhausstandorten berücksichtigt. Im Vergleich zum Vorjahr ist lediglich ein geringer Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen. Positiv hervorzuheben ist erneut die vollständige Erfassung der QS-Daten durch die Krankenhäuser (100 %) sowie die nahezu vollständige Verknüpfung der QS-Daten mit den Sozialdaten (97 %). Dadurch konnten fast alle Eingriffe in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einbezogen werden.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Verfahren QS CHE werden ausschließlich Follow-up-Indikatoren berechnet, die auf Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen basieren. Die Nachbeobachtungszeiträume umfassen 30, 90 sowie 365 Tage und erfassen unter anderem kodierte Komplikationen, Infektionen, Blutungen sowie die Mortalität. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich für den 30-Tage-Follow-up-Zeitraum (QI 58000, 58002, 58003 und 58004) auf Gallenblasenentfernungen des Jahres 2025. Die Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up von 90 Tagen (QI 58001 und 58006) beziehungsweise 365 Tagen (QI 58005) beziehen sich hingegen auf Eingriffe aus dem Jahr 2024.

Die hessischen Ergebnisse weichen nur gering von den Bundeswerten ab (Tab. 3.3.2). Die guten hessischen Ergebnisse zum QI 58000 (Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen) und zum QI 58002 (Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen) konnten in 2025 nicht gehalten werden, jedoch sind zumindest die Reinterventionen (QI 58001) gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Die deutliche prozentuale Abnahme der „Weiteren postoperativen Komplikationen innerhalb eines Jahres“ (QI 58005) ist dagegen auf eine Anpassung der Rechenregeln zurückzuführen.

Stellungnahmeverfahren

Auf Basis der Ergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden insgesamt 26 Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nur bei einer rechnerischen Auffälligkeit wurde auf Empfehlung der Fachkommission auf eine Nachfrage verzichtet, da hier bereits bekannterweise Dokumentationsprobleme aus dem Vorjahr bestanden.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgte anhand der eingereichten Epikrisen sowie ergänzend angeforderter Arztbriefe, Operationsberichte und Histologiebefunde. Bei der Hälfte der Stellungnahmen konnte auf Basis der vorliegenden Unterlagen kein qualitatives Problem erkannt werden. Die Dokumentationsprobleme sind gegenüber dem Vorjahr deutlich verringert, wobei sich zum Teil auch mutmaßliche Kodierfehler (Bewertung „Sonstiges“) als Grund der rechnerischen Auffälligkeit herausstellten. Auch unterjährige Klinikschließungen wurden mit „Sonstiges“ bewertet (Tab. 3.3.3).

Bei den qualitativ auffällig bewerteten Kliniken wurde dreimal ein Peer-Review-Verfahren (siehe hierzu auch

S. 66) angeboten und auch durchgeführt. Ansonsten gab es kollegiale Fachgespräche oder Anforderungen zu SOPs als Maßnahmen der Stufe 1.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die hohe Vollständigkeit der QS-Dokumentation im Verfahren QS CHE zeigt sich ebenfalls in den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien (Tab. 3.3.4). Eine Klinik, die auch verfahrensübergreifend ein Vollständigkeitsproblem hatte, wurde auffällig bewertet. Hier sind bereits hausintern Maßnahmen eingeleitet worden. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation sowie zu Minimaldatensätzen war kein Krankenhaus im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu kontaktieren (Tab. 3.3.5).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,17 O / E / N	1,05 1.280 / 1.218 / 164.575 0,78 %	1,13 96 / 85 / 12.204 0,79 %	0,78 68 / 87 / 11.419 0,6 %
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,27 O / E / N	0,96 6.374 / 6.635 / 159.962 3,98 %	0,92 428 / 464 / 11.482 3,73 %	1,05 468 / 445 / 11.279 4,15 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,35 O / E / N	1,06 2.154 / 2.029 / 164.575 1,31 %	1,09 153 / 141 / 12.204 1,25 %	0,74 112 / 151 / 11.419 0,98 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,10 O / E / N	0,98 2.278 / 2.334 / 164.575 1,38 %	1,07 165 / 154 / 12.204 1,35 %	1,09 167 / 153 / 11.419 1,46 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,05 O / E / N	0,98 4.170 / 4.256 / 164.575 2,53 %	1,06 308 / 291 / 12.204 2,52 %	1,1 306 / 279 / 11.419 2,68 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 1,13 O / E / N	1,02 2.797 / 2.736 / 159.962 1,75 %	0,98 187 / 190 / 11.482 1,63 %	0,94 285 / 304 / 11.279 2,53 %
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,11 O / E / N	1,04 2.807 / 2.703 / 159.962 1,75 %	1,12 208 / 186 / 11.482 1,81 %	1,09 195 / 179 / 11.279 1,73 %

*Neue Referenzbereiche nach der neuen Methodik zur Auffälligkeitseinstufung

Tab. 3.3.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
58000*	0	-	-	-	-	-	-
58001	4	3	2	0	1	-	2
58002*	5	5	2	1	1	1	2
58003*	6	6	4	1	0	1	4
58004*	4	4	0	4	0	0	0
58005	3	3	0	2	0	1	0
58006	5	5	0	5	0	0	0
Summe	27	26	8	13	2	3	8

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.3.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,59 % 168.854 / 167.856	100,31 % 12.510 / 12.471	99,86 % 11.808 / 11.824
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,59 % 168.854 / 167.856	100,31 % 12.510 / 12.471	99,86 % 11.808 / 11.824
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,03 % 58 / 167.856	x %* ≤ 3* / 12.471	x %* ≤ 3* / 11.824

Tab. 3.3.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
852202	0	-	-	-	-	-
852203	0	-	-	-	-	-
852204	1	1	1	0	0	0
Summe	1	1	1	0	0	0

Tab. 3.3.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Ausblick

Der Abschlussbericht des IQTIGs zur Weiterentwicklung des Verfahrens QS CHE (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/abschlussbericht-weiterentwicklung-letzte-sechs-qs-verfahren/>) empfiehlt keine wesentlichen Änderungen bei den Qualitätsindikatoren. Grundsätzlich soll das Thema Indikationsstellung in der QS adressiert werden, ggf. über Surrogatparameter (Cholezystektomie ohne Gallensteine, präoperative

Verweildauer bei akuter Cholezystitis). Weiterhin wird über die Einführung von Indizes nachgedacht, um auch Kliniken mit geringer Fallzahl nicht aus dem Blick zu verlieren. Diese werden auf Grund der neuen Auffälligkeitssystematik seltener rechnerisch auffällig. Die permanente Weiterentwicklung der Risikoadjustierung bleibt, wie auch die Ambulantisierung (Stichwort Hybrid-DRG), ein Dauerthema.

* Datenschutz

Das **Peer-Review-Verfahren** (PRiM – Peer Review in der Medizin) ist ein bewährtes Instrument der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In Hessen wird das Verfahren im Bereich der Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomien) von der LAGQH in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) durchgeführt und kontinuierlich weiterentwickelt. Die Peers werden im Rahmen eines von der LÄKH ausgerichteten Peer-Review-Kurses qualifiziert. Derzeit wird das Peer-Review-Verfahren in Hessen ausschließlich im Zusammenhang mit Cholezystektomien als Maßnahme der Qualitätssicherung eingesetzt. Zum einen können Kliniken sich freiwillig dafür melden, zum anderen wird es aber auch bei auffälligen Ergebnissen im Rahmen des QS-Verfahrens CHE angeboten.

Grundlage des Verfahrens ist der Ansatz, dass erfahrene Ärztinnen und Ärzte, sogenannte Peers, gemeinsam mit den behandelnden Teams in den Kliniken Versorgungsprozesse analysieren und reflektieren. Ziel ist es, Stärken sichtbar zu machen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und die Behandlungsqualität nachhaltig weiterzuentwickeln.

Zu den wesentlichen vorbereitenden Instrumenten des Peer Reviews zählt der ausführliche Selbstauskunftsbogen. Dieser umfasst zum einen Fragen zur Strukturqualität, beispielsweise zu Betten- und Fallzahlen, zur Personalsituation, zu QM-Systemen sowie zu Fort- und Weiterbildungsangeboten. Zum anderen werden Aspekte der Prozessqualität abgefragt. Hierzu gehören insbesondere die Organisation der prä- und postoperativen Versorgung, die Abläufe im Operationssaal, die Dokumentation der Abrechnungs- und Qualitätssicherungsdaten sowie Prozesse der Sicherheitskultur, einschließlich Patientensicherheit, Umgang mit schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen und Hygienemanagement.

Das Peer Review beginnt mit der ausführlichen Besprechung des Selbstauskunftsbogens einschließlich der ergänzenden Unterlagen. Im weiteren Verlauf nehmen die Peers beobachtend an einer laparoskopischen Cholezystektomie teil. Dabei wird anhand einer standardisierten Checkliste geprüft, wie präoperative, intraoperative und postoperative Prozesse in der Praxis umgesetzt werden. Ergänzend erfolgt ein strukturiertes Aktenstudium. Dabei werden mehrere Patientenakten, darunter sowohl komplikationslose Verläufe als auch Fälle mit Komplikationen, hinsichtlich Aktenführung- und Vollständigkeit, Dokumentationsqualität sowie Nachvollziehbarkeit der Behandlung geprüft. Die Erkenntnisse aus Selbstauskunft im Kontext zur Fremdbewertung, OP-Beobachtung und Aktenanalyse werden anschließend durch das Peer-Review-Team in einer internen Nachbesprechung zusammengeführt und mithilfe einer SWOT-Analyse systematisch ausgewertet. Auf diese Weise werden Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Versorgungsprozesse identifiziert.

Im abschließenden kollegialen Austausch werden die Ergebnisse vorgestellt, Verbesserungspotenziale diskutiert und konkrete Maßnahmen zur weiteren Qualitätsentwicklung vereinbart. Ein Ergebnisprotokoll soll dann als Grundlage für die weitere Qualitätsentwicklung innerhalb der Einrichtung dienen.

Im Mittelpunkt des Peer Reviews steht stets der freiwillige, kollegiale Fachaustausch auf Augenhöhe. Dieser ermöglicht eine offene und vertrauensvolle Auseinandersetzung mit bestehenden Strukturen und Prozessen. Durch den fachlichen Dialog und den Blick von außen fördert das Peer-Review-Verfahren eine Kultur des gemeinsamen Lernens und trägt dazu bei, die Patientenversorgung kontinuierlich weiter zu verbessern.

Seit Beginn dieser Maßnahme in Hessen im Jahr 2014 wurden insgesamt 34 Peer Reviews durchgeführt.

3.4 QS NET-DIAL

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. C. Betz	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. I.-H. Shin	Nierenpraxis Wiesbaden	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. G. Strack	KfH-Dialysezentrum, Bad König	Vertragsärzt*innen
Herr Prof. Dr. O. Vonend	Klinik für Nephrologie und Hypertensiologie, Wiesbaden	Krankenhäuser
Frau Dr. B. Vonderheid-Guth	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr S. Weber	Nephrologisches Zentrum Nordhessen, Korbach	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. S. Zinn	Nephrologische Praxis im MVZ für Nieren- und Hochdruckerkrankungen Vogelsberg, Alsfeld	Vertragsärzt*innen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	03.07.2025
8	28.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

In diesem Kapitel wird ausschließlich auf das Verfahren QS NET-DIAL eingegangen, da dieses als einziges in den Zuständigkeitsbereich der Landesebene fällt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Dialysebehandlungen landesweit in hoher Zahl durchgeführt werden und häufig auch im ambulanten Bereich stattfinden. Die übrigen drei QS-Verfahren werden durch die vergleichsweise niedrigen Fallzahlen auf Bundesebene verortet und vom IQTIG betreut. Transplantationen erfolgen ausschließlich in spezialisierten Zentren mit begrenzter Anzahl an Eingriffen.

Die Tabelle 3.4.1 stellt die Fallzahlen der Jahre 2024 und 2025 für QS NET-DIAL dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025		Erfassungsjahr 2024	
	Kollektivvertragliche Leistungen	Teilstationäre Leistungen	Kollektivvertragliche Leistungen	Teilstationäre Leistungen
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	51	17	52	16
Fallzahlen	20.360	2.260	21.767	2.504
Minimaldatensätze	635	0	443	0
Summe (inkl. MDS)	20.995	2.260	22.201	2.504
Vollständigkeit	85,0 %	100,1 %	n. b.	99,8 %

Tab. 3.4.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Bei 23.255 dokumentierten Leistungen (entspricht Quartalsfällen) in Hessen lag die Erfassungsquote 2024/2025 bei 86,3 %. Im Gegensatz zu den Krankenhäusern (teilstationäre Leistungen), die eine vollzählige Dokumentation aufwiesen, lag bei den Dialysepraxen (kollektivvertragliche Leistungen) die Erfassungsquote nur bei 85 %. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass durch einige Praxen keine Datenlieferung erfolgte.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Verfahren QS-DIAL wurden wie schon im Vorjahr infolge der Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung der DeQS-Verfahren bei zahlreichen Qualitätsindikatoren keine Referenzbereiche mehr definiert (Tabelle 3.4.3 sowie Ausblick). Nur bei den beiden sozialdatenbasierten Follow-up-Indikatoren zur Hospitalisierung (Hospitalisierungen aufgrund zugangsassoziierter Komplikationen bei der Hämodialyse bzw. Hospitalisierungen infolge von Peritonealdialyse (PD)-assozierten Infektionen) sind noch Referenzbereiche

festgelegt worden, welche bei Abweichung zu einem Stellungnahmeverfahren führen können.

Stellungnahmeverfahren

Wie die grundlegende Überarbeitung des Verfahrens sowie die ausgesetzten Referenzbereiche mutmaßen lassen, sind das Stellungnahmeverfahren sowie die Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen für rechnerisch auffällige Leistungserbringer*innen unter Berücksichtigung diverser methodischer Einschränkungen und nicht valider Datengrundlagen durchzuführen. Auf Empfehlung der Fachkommission wurde in dem QI 572003 (Hospitalisierungen aufgrund zugangsassoziierter Komplikationen bei der Hämodialyse) und im QI 572004 (Hospitalisierungen infolge von Peritonealdialyse(PD)-assozierten Infektionen) nur rechnerisch auffällige Leistungserbringer*innen mit einer ausreichenden Fallzahl im Nenner um Stellungnahme gebeten, wobei grundsätzlich ein geringes Fallzahlgerüst bei dem QI 572010 zu verzeichnen war. Im Auswertungsjahr 2025 wurden damit fünf Stellungnahmen zu den fortgeführten Qualitätsindikatoren angefordert und auch eingereicht.

Ergebnisübersicht (Follow-up-Kennzahlen)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	≤1,7 O / E / N	Aufgrund unzureichender Vollzähligkeit, beschränkter Validität sowie methodischer Limitationen werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen auf Empfehlung der hessischen Fachkommission nicht veröffentlicht.		
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 2,32 O / E / N			
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenz-kennzahl			
572012	2-Jahres-Überleben	Transparenz-kennzahl			
572013	3-Jahres-Überleben	Transparenz-kennzahl			
572014	5-Jahres-Überleben	Transparenz-kennzahl			

Tab. 3.4.2 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Ergebnisübersicht

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	n. d.	Aufgrund unzureichender Vollzähligkeit, beschränkter Validität sowie methodischer Limitationen werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen auf Empfehlung der hessischen Fachkommission nicht veröffentlicht.		
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	n. d.			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	n. d.			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	n. d.			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	n. d.			
572006	Dialysedauer pro Woche	n. d.			
572007	Ernährungsstatus	Transparenz-kennzahl			
572008	Anämiemanagement	Transparenz-kennzahl			

Tab. 3.4.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
572009	4	3	0	3	0	0	0
572010	4	2	0	2	0	0	0
Summe	8	5	0	5	0	0	0

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.4.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Es konnten bei keinem der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer*innen auf Grundlage der eingegangenen Stellungnahmen Hinweise auf qualitative Mängel festgestellt werden. Mutmaßlich handelt es sich zum Teil auch um Kodierungsprobleme der Kliniken, in welchen die Dialysepatienten später wegen angeblicher Komplikationen behandelt wurden.

Erstmals wurden zum Auswertungsjahr 2026 Auffälligkeitskriterien berechnet (Tabelle 3.4.5). Hierbei zeigt sich die erwähnte Unterdokumentation der Fälle, welche auch bundesweit zu sehen ist. Der Anteil der Minimaldatensätze ist mit 2,4 % relativ hoch, auch wenn das hessische Ergebnis nur leicht vom Bundesergebnis abweicht.

Ausblick

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung vom 18.12.2025 die Erfassung der QS-Daten im Verfahren QS NET-DIAL für die Jahre 2026 und 2027 ausgesetzt. Hintergrund sind die Weiterentwicklungsempfehlungen des IQTIG, welches einen umfassenden Überarbeitungsbedarf sieht:

„Zum einen müssen die Indikatoren und Kennzahlen an den aktuellen Stand der Medizin angepasst werden, zum anderen bestehen umfassende technische Anpassungsbedarfe bspw. die Überprüfung und Anpassung des QS-Dokumentationsfilters, die Überprüfung zur Möglichkeit der Einbindung selektivvertraglicher Abrechnungskodes in die Sozialdatenspezifikation, die Überarbeitung der Datengrundlage, die Prüfung und ggf. Anpassung der Definition des adressierten Berichtszeitraums, die Anpassung der Listen auffälliger Vorgänge sowie die Optimierung des QS-Dokumentationsbogens. Da die Überarbeitung nicht kurzfristig umgesetzt werden kann und somit für den Zeitraum der Überarbeitung keine zielführenden Auswertungen möglich sind, wird die Datenerhebung und –übermittlung für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 ausgesetzt. Dies vermeidet unnötige und unbegründete Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Durch die Aussetzung soll das IQTIG hinreichend Zeit für eine inhaltliche und verfahrenstechnische Überarbeitung erhalten. Die Beauftragung des IQTIG zur Überarbeitung des Moduls wird durch den G-BA zeitgleich mit seiner Aussetzung erfolgen.“

(Aus den tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 18.12.2025).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	≤ 0,92 %	1,32 % 4.907 / 371.295	0,8 % 217 / 27.198	n. b.
852306	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	85,62 % 322.276 / 376.422	86,28 % 23.255 / 26.954	n. b.
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	85,62 % 322.276 / 376.422	86,28 % 23.255 / 26.954	n. b.
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	2,03 % 7.651 / 376.422	2,36 % 635 / 26.954	n. b.

Tab. 3.4.5 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

3.5 QS KAROTIS

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	05.06.2025
8	10.09.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement/ Projektassistenz
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau L. Schultheiß Frau V. Weck

Einleitung

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

Zur interventionellen Vorbeugung (Primär- und Sekundärprävention) stehen zwei etablierte Behandlungsverfahren zur Verfügung. Bei der Thrombendarteriektomie werden Gefäßablagerungen im Rahmen eines offenen chirurgischen Eingriffs entfernt und die betroffene Arterie rekonstruiert (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann die verengte Stelle mittels kathetergestützter Ballondilatation erweitert und durch die Implantation eines Stents stabilisiert werden. Welche Therapieform angewendet wird, erfolgt in enger Abstimmung zwischen den Patient*innen und den beteiligten Fachdisziplinen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Nach den Daten der Qualitätssicherung wurden in den hessischen Krankenhäusern im Jahr 2025 knapp 2.600 interventionelle Karotisrevaskularisierungen durchgeführt. Davon entfielen 1.901 Eingriffe auf offen-chirurgische Verfahren und 578 auf kathetergestützte Behandlungen. Die übrigen Fälle umfassten Umstiegsoperationen oder Eingriffe, die primär als Zugangsweg für intrakranielle Prozeduren dienten und nicht unmittelbar mit einer Revaskularisation verbunden waren (N = 150). Insgesamt waren 39 Krankenhausstandorte in Hessen an der Versorgung beteiligt.

Die Tabelle 3.5.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie die hohe Vollständigkeit der Dokumentation dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	39	40
Fallzahlen	2.594	2.564
Minimaldatensätze	4	12
Summe (inkl. MDS)	2.598	2.576
Vollständigkeit	100,2 %	100,1 %

Tab. 3.5.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Sechs Qualitätsindikatoren wurden aus den vorliegenden Daten berechnet, zwei zur Indikationsstellung, einer zur Prozessqualität und drei zu schweren Komplikationen nach dem Eingriff. Die beiden Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (QI-ID 162400 und QI-ID 162401) wurden im zweiten Jahr ausgewertet. Sie betrachten die Indikationsstellung der asymptomatischen und symptomatischen Karotisstenose, unabhängig von der Art der Intervention (offen-chirurgisch/kathetergestützt). Neben einem definierten Mindeststenosegrad wird hier auch eine interdisziplinäre Indikationsstellung sowie eine Überprüfung des Stenosegrades durch einen zweiten Untersuchenden oder ein anderes diagnostisches Verfahren gefordert. Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich zur Indikationsstellung bei symptomatischer Karotisstenose (ID 162401) eine deutliche Steigerung. Dagegen liegt das Ergebnis bei asymptomatischer Karotisstenose ähnlich wie im Vorjahr. Hier zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied zum Bundesergebnis. Auch das Ergebnis im QI 161800 (Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung) hat sich gegenüber dem Vorjahr nochmal verbessert und liegt mittlerweile auch im Bundeschnitt. Erfreulich sind die Verbesserungen bei

den Qualitätsindikatoren zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen; diese Komplikationen sind besonders nach kathetergestützten Eingriffen zurückgegangen und liegen hier deutlich unter dem Bundesergebnis (Tabelle 3.5.2).

Zu beachten ist auch die deutliche Änderung der Referenzbereiche gegenüber dem Vorjahr. Dies ist auf die neue Methodik der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung zurückzuführen. Der Referenzbereich nähert sich damit dem bundesweiten Mittelwert, jedoch werden nur Leistungserbringer*innen als rechnerisch auffällig eingestuft, wenn sie signifikant außerhalb des Referenzbereiches liegen. Näherer hierzu unter: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/> bzw. im LAGQH-Jahresbericht 2024/2025, Seite 50-51.

Stellungnahmeverfahren

Zum Erfassungsjahr 2024 konnten 25 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt werden. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde 22 davon nachgegangen, zehn zur Indikationsstellung, sieben zur fachneurologischen Untersuchung und fünf zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod im Krankenhaus (offen-chirurgisch und kathetergestützt) (Tab. 3.5.3). Bei drei Leistungserbringer*innen wurde auf ein Stel-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 1,25 O / E / N	0,98 545 / 555 / 23.531 2,32 %	1,1 50 / 45 / 1.875 2,67 %	1,08 50 / 47 / 1.834 2,73 %
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	≥ 80 %	95,71 % 28.640 / 29.924	96,57 % 2.250 / 2.330	87,25 % 2.040 / 2.338
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	≥ 24,07 %	71,56 % 12.580 / 17.580	65,84 % 906 / 1.376	63,03 % 825 / 1.309
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 76,8 %	91,2 % 9.581 / 10.506	91,51 % 722 / 789	84,14 % 679 / 807
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 1,47 O / E / N	0,99 229 / 231 / 6.621 3,46 %	0,63 11 / 17 / 464 2,37 %	0,79 12 / 15 / 442 2,71 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	10,26 % 8 / 78	40 % 4 / 10	x %* ≤ 3* / 18

Tab. 3.5.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations-fehler	Sonstiges	
11704*	2	2	1	1	0	0	1
51873*	1	1	0	1	0	0	0
52240*	2	2	0	2	0	0	0
161800*	10	7	7	0	0	0	0
162400	4	4	4	0	0	0	0
162401	6	6	5	0	1	0	1
Summe	25	22	17	4	1	0	2

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.5.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

lungnahmeverfahren verzichtet, da hier bereits im Vorjahr entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der postinterventionellen neurologischen Untersuchung angekündigt und auch eingeleitet wurden.

Bei 80 % (17 von 22) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden Hinweise auf Defizite in der Struktur- oder Prozessqualität festgestellt. Primäre Ursache war hierbei die fehlende neurologische Konsultation sowohl bei der Indikationsstellung (QI 162400 bzw 162401) als auch bei der postprozeduralen Untersu-

chung. Mit zwei Leistungserbringer*innen wurden weitere Maßnahmen (Stufe 1) vereinbart.

* Datenschutz

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

In der Tabelle 3.5.4 sind die hessischen Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zu den Bundesergebnissen und zum Vorjahr abgebildet. Erfreulich ist hierbei neben der insgesamt hohen Vollzähligkeit die geringe Rate an Minimaldatensätzen im Bundesvergleich.

Stellungnahmeverfahren

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens musste nur einer rechnerischen Auffälligkeit nachgegangen werden. Hierbei konnte beim Auffälligkeitskriterium zur häufigen Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Karotisstenosen Dokumentationsprobleme identifiziert werden (Tab. 3.5.5).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 5,10 %	1,26 % 381 / 30.230	1,49 % 35 / 2.349	1,39 % 33 / 2.378
852200	Häufige Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	≤ 4,60 %	1,27 % 383 / 30.230	0,94 % 22 / 2.349	1,51 % 36 / 2.378
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	99,63 % 33.988 / 34.114	100,15 % 2.598 / 2.594	100,08 % 2.576 / 2.574
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	99,63 % 33.988 / 34.114	100,15 % 2.598 / 2.594	100,08 % 2.576 / 2.574
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,77 % 263 / 34.114	0,15 % 4 / 2.594	0,47 % 12 / 2.574

Tab. 3.5.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

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

Tab. 3.5.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.6 QS CAP

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. J. Bargon	Klinik Rotes Kreuz, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. A. Jerrentrup	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Frau Dr. A. Krebs	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. G. Rohde	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	07.06.2024
6	02.09.2024

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

Wie bereits im Vorjahr berichtet, hatte das IQTIG in seinem Bericht zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>) empfohlen, alle Prozessindikatoren im Verfahren QS CAP abzuschaffen und nur den risiko-adjustierten Indikator 50778 zur Sterblichkeit mit Anpassungen weiterzuführen bzw. auf Sozialdaten umzustellen. Nachdem der G-BA daraufhin beschlossen hatte (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>) das Verfahren im Erfassungsjahr 2026 komplett auszusetzen, wurden die Referenzwerte aller Indikatoren bereits zum AJ 2025 ausgesetzt.

Dies hatte zur Folge, dass seit dem letzten Jahr keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden, über die jetzt berichtet werden könnte.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	96	96
Fallzahlen	26.930	28.731
Minimaldatensätze	34	26
Summe (inkl. MDS)	26.964	28.757
Vollständigkeit	100,6 %	100,1 %

Tab. 3.6.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2025/24)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.6.2 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis. Wie beschrieben sind für keine der Kennzahlen Referenzwerte festgelegt.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in Tabelle 3.6.3 dargestellt. Auch hier sind keine Referenzwerte festgelegt.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	n. d.	99,01 % 362.461 / 366.072	99,2 % 26.715 / 26.930	99,12 % 28.479 / 28.731
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	n. d.	93,48 % 261.245 / 279.469	93,88 % 19.347 / 20.608	94,00 % 20.547 / 21.858
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	n. d.	92,81 % 169.378 / 182.508	90,44 % 11.862 / 13.116	90,74 % 11.797 / 13.001
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	n. d.	97,04 % 261.327 / 269.296	97,8 % 19.441 / 19.879	96,76 % 21.041 / 21.745
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	n. d.	96,69 % 346.952 / 358.818	97,02 % 25.490 / 26.272	97,51 % 27.383 / 28.083
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	n.d. O / E / N	1,01 19.385 / 19.184 / 314.766 6,16 %	0,98 1.447 / 1.474 / 23.295 6,21 %	0,91 1.560 / 1.706 / 25.468 6,13 %

Tab. 3.6.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	n. d.	4,9 % 12.486 / 254.655	6,68 % 1.237 / 18.528	5,42 % 1.147 / 21.171
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	n. d.	6,61 % 21.858 / 330.591	6,94 % 1.689 / 24.322	6,85 % 1.692 / 24.693
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	n. d.	14,19 % 2.801 / 19.733	15,95 % 245 / 1.536	13,05 % 182 / 1.395
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	n. d.	100,57 % 366.706 / 364.620	100,6 % 26.964 / 26.804	100,12 % 28.757 / 28.723
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	n. d.	100,57 % 366.706 / 364.620	100,6 % 26.964 / 26.804	100,12 % 28.757 / 28.723
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	n. d.	0,17 % 634 / 364.620	0,13 % 34 / 26.804	0,09 % 26 / 28.723

Tab. 3.6.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

3.7 QS MC

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Expert*in	Institution
Herr Dr. K. Doubek	Wiesbaden

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	20.06.2025
8	08.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

Darüber hinaus sollten belastende Eingriffe nur dann durchgeführt werden, wenn die Indikation eindeutig

gegeben ist. Eine individuelle und angemessene Behandlung, welche die verschiedenen Arten und Stadien von Brustkrebs sowie die Lebenssituation der Patient*innen berücksichtigt, ist von großer Bedeutung. In diesem QS-Verfahren werden daher Qualitätsindikatoren für prätherapeutische Maßnahmen, intraoperative Untersuchungen, operative Eingriffe an den Lymphknoten sowie den zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation berücksichtigt.

Die Tabelle 3.7.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	40	44
Fallzahlen	7.601	7.337
Minimaldatensätze	11	9
Summe (inkl. MDS)	7.612	7.346
Vollständigkeit	100,1 %	100,5 %

Tab. 3.7.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Die Referenzwerte verschiedener Kennzahlen wurden auch im Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Grund

hierfür waren wieder die Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/weiterentwicklungsbericht/>).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	n. d.	0,06 % 5 / 7.903	0 % 0 / 581	0 % 0 / 518
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5 %	2,28 % 142 / 6.231	1,66 % 8 / 481	2,12 % 9 / 424
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 1,21 %	1,19 % 600 / 50.613	1,45 % 61 / 4.210	1,58 % 60 / 3.801
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 97 %	98,69 % 80.188 / 81.255	98,89 % 5.854 / 5.920	99,03 % 5.395 / 5.448
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90 %	97,33 % 25.580 / 26.281	97,76 % 2.136 / 2.185	98,11 % 2.342 / 2.387
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	n. d. O / E / N	0,94 8.610 / 9.197 / 71.726 12 %	0,95 591 / 624 / 5.163 11,45 %	0,95 582 / 610 / 4.816 12,08 %
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	n. d. O / E / N	0,94 8.610 / 9.197 / 71.726 12 %	0,95 591 / 624 / 5.163 11,45 %	0,95 582 / 610 / 4.816 12,08 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	98,95 % 36.118 / 36.500	98,72 % 2.860 / 2.897	98,92 % 2.748 / 2.778
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,47 % 18.988 / 19.090	99,68 % 1.244 / 1.248	99,73 % 1.108 / 1.111
60659	Nachresektionsrate	n. d.	10,08 % 18.988 / 19.090	8,37 % 398 / 4.756	8,53 % 378 / 4.429
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 99,44 %	99,73 % 18.988 / 19.090	99,88 % 1.244 / 1.248	99,72 % 4.700 / 4.713
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 47,56 %	84,26 % 18.988 / 19.090	79,03 % 1.244 / 1.248	76,23 % 3.973 / 5.212
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	≥ 95,21 %	96,69 % 18.988 / 19.090	93,14 % 1.244 / 1.248	94,53 % 518 / 548
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	≥ 75,07 %	89,77 % 18.988 / 19.090	87,65 % 1.244 / 1.248	89,27 % 1.605 / 1.798

Tab. 3.7.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations-fehler	Sonstiges	
211800*	1	1	1	0	0	0	0
212000*	3	3	0	3	0	0	0
212001*	1	1	0	1	0	0	0
2163*	0	-	-	-	-	-	-
50719*	3	3	0	3	0	0	0
51370*	2	2	0	2	0	0	0
51846*	3	3	0	3	0	0	0
51847*	1	1	0	1	0	0	0
52279*	0	-	-	-	-	-	-
52330*	0	-	-	-	-	-	-
Summe	14	14	1	13	0	0	0

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.7.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.7.3 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS MC dargestellt. Zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Nur in einem Fall wurden durch die Fachkommission Hinweise auf qualitative Mängel gesehen: Im Indikator 211800, bei dem überprüft wird, ob in einem adäquaten Anteil an Fällen eine postoperative Tumorkonferenz zur Festlegung des weiteren therapeutischen Vorgehens durchgeführt wurde, erfolgte ein Hinweis an die betroffene Klinik, dass ohne ausreichende Begründung vom leitliniengerechten Vorgehen abgewichen wurde.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.7.4 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850093, 850094 und 850227) und auch plausibel und vollständig (IDs 850363, 850364, 813068, 850372 und 852000) erfasst wurden.

Stellungnahmeverfahren

Hier wurde bei einer rechnerischen Auffälligkeit beim Auffälligkeitskriterium zu Minimaldatensätzen ein Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.7.5), wobei sich ebenfalls eine fehlerhafte Dokumentation zeigte.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 506 / 72.150	0,01 30 / 5.171	0,00 24 / 5.430
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	n. d.	0,45 % 323 / 72.174	0,17 % 9 / 5.177	0,33 % 16 / 4.846
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	n. d.	0,12 % 90 / 72.481	0,13 % 7 / 5.188	0,08 % 4 / 4.862
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	n. d.	0,33 % 241 / 72.174	0,08 % 4 / 5.177	0,31 % 15 / 4.846
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 2,54 %	0,4 % 375 / 93.350	0,24 % 16 / 6.737	0,28 % 18 / 6.336
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,21 % 108.872 / 108.648	100,12 % 7.612 / 7.603	100,52 % 7.346 / 7.308
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,21 % 108.872 / 108.648	100,12 % 7.612 / 7.603	100,52 % 7.346 / 7.308
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,25 % 267 / 108.648	0,14 % 11 / 7.603	0,12 % 9 / 7.308

Tab. 3.7.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/2025), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

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

Tab. 3.7.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

3.8 QS GYN-OP

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	20.06.2025
8	08.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

Die Tabelle 3.8.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	68	71
Fallzahlen	14.860	13.973
Minimaldatensätze	3	8
Summe (inkl. MDS)	14.863	13.981
Vollständigkeit	100,0 %	99,7 %

Tab. 3.8.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Der Referenzbereich für den QI 51906 (Organverletzungen bei Laparoskopien) wurde von einem festen (ein Relikt aus der Plan. QI-RL) auf einen perzentilbasierten Wert (95. Perzentil) von $\leq 4,18$ auf jetzt $\leq 1,61$ geändert und damit deutlich verschärft. Weitere Änderungen erfolgten nicht.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.8.3 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren (STNV) dargestellt. Zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein STNV eingeleitet. Bei insgesamt 63 eingeleiteten STNV erfolgte nur in einem Fall eine auffällige Bewertung, da zu einem operativ entfernten Ovarialgewebe keine postoperative Histologie vorlag (QI 12874). Es erfolgte eine entsprechende Mitteilung an die betroffene Klinik, weitere spezifische Maßnahmen waren nicht erforderlich.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	$\geq 79,88 \%$	89,34 % 34.201 / 38.282	90,65 % 2.755 / 3.039	89,71 % 2.510 / 2.798
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	$\leq 10 \%$	6,83 % 1.306 / 19.134	8,1 % 131 / 1.618	8,61 % 139 / 1.614
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung	Sentinel Event	0,69 % 286 / 41.718	0,85 % 30 / 3.515	0,78 % 26 / 3.342
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	$\leq 1,64$ O / E / N	1,02 1.511 / 1.482 / 153.280 0,99 %	0,75 84 / 112 / 11.758 0,71 %	0,89 88 / 99 / 10.924 0,81 %
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	$\leq 4,47 \%$	2,65 % 3.038 / 114.427	2,83 % 249 / 8.811	3,2 % 269 / 8.412
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,84 % 366 / 43.709	0,74 % 26 / 3.500	0,62 % 20 / 3.245
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	$\leq 26,88 \%$	17,83 % 1.908 / 10.701	15,63 % 150 / 960	16,99 % 150 / 883

Tab. 3.8.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10211*	12	12	0	12	0	0	0
12874*	19	19	1	17	0	1	0
51906*	0	-	-	-	-	-	-
52283*	8	8	0	8	0	0	0
60685*	15	15	0	14	0	1	0
60686*	3	3	0	3	0	0	0
612*	6	6	0	6	0	0	0
Summe	63	63	1	60	0	2	0

Tab. 3.8.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.8.4 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850099, 850100 und 850225) und auch plausibel und vollständig (IDs 850231 und 851912) erfasst wurden.

Stellungnahmeverfahren

Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeit) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.8.5).

Beim Auffälligkeitskriterium (AK) 850099 zur Vollzähligkeit und beim AK 850231 zur unspezifischen Histologie beim führenden Befund zeigten sich jeweils fehlerhafte Dokumentationen. Die betroffenen Kliniken wurden zu entsprechenden Korrekturen in den Folgejahren aufgefordert.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 5,22 %	1,36 % 261 / 19.134	1,24 % 20 / 1.618	1,43 % 23 / 1.614
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0 271 / 199.943	0 18 / 14.860	0,00% 20 / 13.973
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,2 % 200.302 / 199.907	100,03 % 14.863 / 14.858	99,71 % 13.981 / 14.021
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,2 % 200.302 / 199.907	100,03 % 14.863 / 14.858	99,71 % 13.981 / 14.021
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,18 % 359 / 199.907	x %* ≤ 3* / 14.858	0,06 % 8 / 14.021

Tab. 3.8.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850099	1	1	1	0	0	-
850100	0	-	-	-	-	-
850225	0	-	-	-	-	-
850231	2	2	1	1	0	-
851912	3	3	0	3	0	-
Summe	6	6	2	0	0	0

Tab. 3.8.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

Ausblick

Das IQTIG wurde vom G-BA beauftragt, eine Patientinnenbefragung zu durchgeführten Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Erkrankungen zu entwickeln. Hierbei wird insbesondere auch der Entscheidungsprozess zur Operation und die Einbindung der Patientinnen in die Entscheidungsfindung beleuchtet. Nach aktuellem Stand ist mit einem Start dieses Verfahrens im Jahr 2027 zu rechnen, sodass in 2028 erste Ergebnisse vorliegen können.

3.9 QS DEK

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	03.06.2025
8	25.08.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau V. Weck

Einleitung

Ein Dekubitus ist laut internationaler Definition eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften, der für zu pflegende Patient*innen eine sehr ernste Komplikation darstellt. Für die Betroffenen geht ein Dekubitus vor allem durch starke Schmerzen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Es ist deshalb sowohl aus ethischer, medizinisch-pflegerischer Sicht als auch unter ökonomischen Aspekten ein zentrales Anliegen Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen. Ziel des QS-Verfahrens Dekubitusprophylaxe ist daher die Verbesserung der Prozess- und Ergeb-

nisqualität, um die Entstehung neuer Dekubitalulcera bestenfalls zu verhindern bzw. zu minimieren.

Zur Berechnung der in diesem Kapitel dargestellten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien steht für das Erfassungsjahr 2024 - wie in den Vorjahren - mit einer nahezu 100-prozentigen Dokumentationsrate eine sehr gute Datenbasis zur Verfügung.

Die Tabelle 3.9.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	131	130
Fallzahlen	22.325	21.123
Minimaldatensätze	1	2
Summe (inkl. MDS)	22.326	21.125
Vollständigkeit	100,4 %	100,1 %

Tab. 3.9.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Wie in den Vorjahren werden im QS-Verfahren Dekubitus zu zwei der berechneten Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Im O/E-Indikator 52009 „Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ lag die berechnete Rate in Hessen im AJ 2026 bei 1,07 und somit nahezu beim zu erwartenden Wert. Das Ergebnis hat sich zum Vorjahr nicht verändert und liegt leicht über dem Niveau des Bundesergebnisses mit dem aktuellen Jahresergebnis von 1,05.

Der Qualitätsindikator 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ wird als Sentinel-Event-Indikator berechnet. In Hessen sind im AJ 2026 insgesamt 22.326 Fälle in 131 Krankenhausstandorten gemeldet worden. Damit liegt das Ergebnis im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 mit 49 aufgetretenen Fällen auf einem vergleichbaren Niveau. Prozentual wird ein leichter Rückgang auf 0,0041 % (Vorjahr 0,0048 %) erreicht.

In der Tabelle 3.9.2 werden die Ergebnisse der Auswertungsjahre 2025 und 2026 zum Verfahren Dekubitus im Detail dargestellt.

Stellungnahmeverfahren

Auf Empfehlung der zuständigen Fachkommission hat die LAGQH in diesen Qualitätsindikatoren Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL durchgeführt.

QI-ID 52009 „Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“
Neun Klinikstandorte lagen in diesem Indikator im AJ 2025 außerhalb des Referenzbereiches und wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Abgabe einer schriftlichen Ursachenanalyse aufgefordert. Die Sichtung der eingereichten Unterlagen durch die Fachkommission bestätigte in drei Fällen, dass der rechnerischen Auffälligkeit auch relevante qualitative Mängel zu Grunde lagen. Im Rahmen der Maßnahmen

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 2,17 O / E / N	1,05 67.139 / 63.913 / 16.221.701 0,41 %	1,07 5.032 / 4.710,01 / 1.182.742 0,43 %	1,1 4.994 / 4.558 / 1.154.833 0,43 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0039 % 636 / 16.221.701	0,0041 % 49 / 1.182.742	0,0048 % 56 / 1.154.833

Tab. 3.9.2 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations- fehler	Sonstiges	
52009*	9	9	3	2	4	0	3
52010*	36	36	9	11	16	0	3
Summe	45	45	10	13	20	0	6

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.9.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Stufe 1 wurden mit allen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer*innen Zielvereinbarungen über die Durchführung von Schulungen und klinikinternen Prozessoptimierungen als Korrekturmaßnahmen getroffen.

Bei vier Leistungserbringer*innen ermittelte die Fachkommission ein Dokumentationsdefizit als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit.

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

Zwei Klinikstandorte konnten von der Fachkommission auf Basis der eingereichten Stellungnahme als qualitativ unauffällig bewertet werden.

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

Mit Hilfe des bereits in den Vorjahren etablierten standardisierten Fragebogens wurden alle 36 rechnerisch auffälligen Klinikstandorte um Aufarbeitung der relevanten Fälle gebeten.

Die Fachkommission musste nach Sichtung und Bewertung der Stellungnahmen in neun der Fälle eine qualitative Auffälligkeit im Sinne bestehender Prozess- und/oder Strukturängel in den betreffenden Kliniken konstatieren.

In allen Stellungnahmen wurden Mängel in der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in verschiedenen Bereichen ersichtlich.

Mit drei Kliniken wurden individuelle Zielvereinbarungen als Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 der

DeQS-RL vereinbart. Alle anderen auffällig bewerteten Klinikstandorte erhielten darüber hinaus durch die Fachkommission Empfehlungen zu geeigneten Verbesserungsmaßnahmen.

Mit einem Anteil von 16 Kliniken musste beim Großteil der eingereichten Stellungnahmen ein zugrundeliegendes Dokumentationsdefizit als ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit festgestellt werden. Hauptgründe waren die falsche Zeitangabe des Auftretens des Dekubitus und die Angabe der falschen Wundart oder -tiefe.

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

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Alle Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien im Verfahren Dekubitusprophylaxe sind in der Tabelle 3.9.4 dargestellt. Die erreichten Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Plausibilität in Hessen liegen in allen berechneten Kennzahlen auf einem besseren Niveau als die Bundesergebnisse. Zum Vorjahr hat sich das Ergebnissniveau nicht verändert.

Stellungnahmeverfahren

In den Auffälligkeitskriterien des QS-Verfahrens Dekubitus zeigten sich in insgesamt acht Klinikstandorten Abweichungen vom geforderten Referenzbereich für das AJ 2025, die daraufhin zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zur Klärung der Hintergründe aufgefordert wurden. Dies bedeutet einen nahezu 50-prozentigen Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr. In allen Fällen musste aller-

dings die fehlerhafte Dokumentation durch Mängel in internen Prozessen und Strukturen bestätigt werden.

Positiv zu werten sind die bereits eigeninitiativ durch die Kliniken eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen zur Sicherstellung einer zukünftig korrekten Dokumentation.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 3,16 %	0,70 % 1.966 / 279.827	0,59 % 131 / 22.325	0,65 % 137 / 21.123
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20 %	1,06 % 2.958 / 279.827	0,53 % 119 / 22.325	0,04 % 9 / 21.123
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,40 % 279.938 / 278.823	100,42 % 22.326 / 22.232	100,06 % 21.125 / 21.113
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,40 % 279.938 / 278.823	100,42 % 22.326 / 22.232	100,06 % 21.125 / 21.113
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95 %	99,58 % 16.225.997 / 16.294.259	99,81 % 1.186.742 / 1.185.035	100,07 % 1.154.834 / 1.154.035
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110 %	99,58 % 16.225.997 / 16.294.259	99,81 % 1.186.742 / 1.185.035	100,07 % 1.154.834 / 1.154.035
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,04 % 111 / 278.823	x %* ≤ 3* / 22.232	x %* ≤ 3* / 21.113

Tab. 3.9.4 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850095	2	2	2	0	0	0
850096	0	-	-	-	-	-
850230	0	-	-	-	-	-
850359	4	4	4	0	0	0
851805	1	1	1	0	0	0
851806	0	-	-	-	-	-
851808	1	1	1	0	0	0
Summe	8	8	8	0	0	0

Tab. 3.9.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

3.10 QS HSMDEF

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	12.06.2025
8	02.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

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

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

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

Die Tabelle 3.10.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025		Erfassungsjahr 2024	
	HSM	DEFI	HSM	DEFI
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)				
Implantation	62	47	63	49
Revision/Systemwechsel/Explantation	50	37	52	37
Fallzahlen				
Implantation	5.268	1.461	5.071	1.399
Revision/Systemwechsel/Explantation	549	476	560	477
Minimaldatensätze				
Implantation	24	6	11	3
Revision/Systemwechsel/Explantation	0	4	2	0
Summe				
Implantation	5.292	1.467	5.082	1.402
Revision/Systemwechsel/Explantation	549	480	562	477
Vollständigkeit				
Implantation	100,4 %	99,8 %	100,3 %	100,0 %
Revision/Systemwechsel/Explantation	101,1 %	100,4 %	100,4 %	100,2 %

Abb. 3.10.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

3.10.1 HSMDEF-HSM

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
HSM-IMPL	2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,41	0,99 2.718 / 62.652	0,87 153 / 3.977	1,05 185 / 146 / 3.978 4,65 %
	2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,47	1,09 268 / 62.230	0,57 9 / 3.944	0,69 10 / 15 / 3.951 0,25 %
	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,29 O / E / N	0,97 1.018 / 1.049 / 80.106 1,27 %	0,87 62 / 72 / 5.268 1,18 %	0,87 71 / 82 / 5.071 1,40 %
	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	95,91 % 278.278 / 290.146	96,02 % 18.343 / 19.103	96,05 % 17.639 / 18.364
	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,92 O / E / N	0,96 989 / 1.035 / 80.106 1,23 %	0,6 41 / 69 / 5.268 0,78 %	0,8 57 / 71 / 5.071 1,12 %
	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	n. d.	99,35 % 71.505 / 71.972	98,99 % 4.728 / 4.776	99,3 % 4.566 / 4.598
	54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	≤ 10 %	2,91 % 1.772 / 60.969	2,5 % 101 / 4.048	2,68 % 105 / 3.913
	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,6 %	0,82 % 658 / 80.106	0,78 % 41 / 5.268	0,79 % 40 / 5.071
	101803	Leitlinienkonforme Indikation	n. d.	95,42 % 75.800 / 79.440	95,43 % 4.986 / 5.225	95,31 % 4.798 / 5.034
HSM-REV	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,99 O / E / N	0,90 176 / 196 / 8.715 2,02 %	0,75 9 / 12 / 549 1,64 %	0,78 9 / 12 / 560 1,61 %

Tab. 3.10.1.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
HSM-IMPL	101800*	6	6	6	0	0	0	5
	101801*	3	1	0	1	0	0	0
	2194*	7	2	2	0	0	0	2
	2195*	1	0	-	-	-	-	-
	51191*	3	2	0	1	0	1	0
	52305*	1	1	0	0	0	1	0
	52311*	4	4	3	1	0	0	0
	54143*	4	1	1	0	0	0	0
HSM-REV	51404*	3	0	-	-	-	-	-
	Summe	32	17	12	3	0	2	7

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der zwei Module zur Herzschrittmacherversorgung sind in der Tabelle 3.10.1.1 sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis dargestellt. Insgesamt kamen in diesem Jahr acht Qualitätsindikatoren zur Anwendung, sieben im Modul Erstimplantation und einer für das Modul Revision. Komplett entfallen ist nun der Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (ehemals QI 101800 im Modul Erstimplantation).

Stellungnahmeverfahren

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

Am häufigsten wurden qualitative Auffälligkeiten beim Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (QI 101800) festgestellt. Dementsprechend wurden hier auch die meisten Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart; insbesondere Schulung durch Strahlenschutzbeauftragte, Überprüfungen von Durchleuchtungsanlagen, Erstellen und Einführen von SOPs, jeweils mit Information an die jeweiligen ärztlichen Geschäftsführungen bzw. die Strahlenschutzverantwortlichen. Die Streichung dieses Indikators ist daher nicht nachvollziehbar.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

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

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

Stellungnahmeverfahren

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

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
HSM-IMPL	813070	Führendes Symptom 'sonstiges'	n. d.	0,94 % 227 / 24.158	1,32 % 21 / 1.595	n. b.
	813071	Führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,36 %	0,83 % 666 / 80.106	0,82 % 43 / 5.268	n. b.
	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,23 % 68.150 / 67.993	98,19 % 4.342 / 4.422	n. b.
	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,21 % 80.250 / 80.085	100,38 % 5.292 / 5.272	n. b.
	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,21 % 80.250 / 80.085	100,38 % 5.292 / 5.272	n. b.
	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,18 % 144 / 80.085	0,46 % 24 / 5.272	n. b.
HSM-REV	850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 7,83 %	2,45 % 134 / 5.472	2,73 % 9 / 330	n. b.
	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,21 % 7.524 / 7.508	100,22 % 459 / 458	n. b.
	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,17 % 8.757 / 8.742	101,1 % 549 / 543	n. b.
	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,17 % 8.757 / 8.742	101,1 % 549 / 543	n. b.
	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,48 % 42 / 8.742	0 % 0 / 543	n. b.

Tab. 3.10.1.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
HSM-IMPL	813071	3	3	3	-	-	-
	813072	1	1	1	-	-	-
	850097	0	-	-	-	-	-
	850098	0	-	-	-	-	-
	850217	0	-	-	-	-	-
HSM-REV	813074	1	1	1	-	-	-
	850166	0	-	-	-	-	-
	850167	0	-	-	-	-	-
	850219	1	1	-	1	-	-
	850339	1	1	1	-	-	-
Summe		7	7	6	1	0	0

Tab. 3.10.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

3.10.2 HSMDEF-DEF

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der zwei Module des Verfahrens zur Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren sind in der Tabelle 3.10.2.1 sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis dargestellt. Insgesamt kamen acht Qualitätsindikatoren zur Anwendung, sechs im Modul Erstimplantation und zwei für das Modul Revision. Dabei wurden wieder neu aufgenommen bzw. ausgewertet die Indikatoren zur Leitlinienkonformen Indikationsstellung (QI 50055), zu den Nicht-sondenbedingten Komplikationen (QI 131802) und zur linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantationen (QI 132003) im Modul Erstimplantation.

Entfallen ist der Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (QI 131801). Bei der Kennzahl zu akzeptablen intraoperativen Messwerten (QI 52316) wurde der Referenzwert ausgesetzt, da es zu einem Fehler in den Plausibilitätsregeln der Spezifikation kam, sodass Datenfelder nicht korrekt ausgefüllt und daher der QI nicht berechnet werden konnte.

Stellungnahmeverfahren

Die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren in den zwei Modulen der Defibrillatoreingriffe sind in Tabelle 3.10.2.2 dargestellt. Analog zu den Herzschrittmachereingriffen wurde auch hier nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Hierbei spielten inhaltliche, methodische oder statistische Überlegungen eine Rolle.

Bei allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den entsprechenden Indikatoren zeigten sich auch medizinisch-qualitative Auffälligkeiten. Dies betraf die In-

dikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (QI 131801) und zu den Prozedurassoziierten Problemen (QI 132001). Die Fachkommission hat in diesen Fällen Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-RL empfohlen, welche mit den entsprechenden Leistungserbringer*innen vereinbart wurde. Insbesondere wurden hier – analog zum Modul der Schrittmacherimplantationen - Schulungen durch Strahlenschutzbeauftragte, Überprüfungen von Durchleuchtungsanlagen und Erstellen und Einführen von SOPs vereinbart, bzw. im Falle der Prozedurassoziierten Probleme entsprechende Fortbildungsmaßnahmen.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

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

Stellungnahmeverfahren

Es wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.10.2.4). Hierbei wurden viermal Dokumentationsprobleme detektiert, einmal konnten keine solchen Probleme festgestellt werden.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
DEFHIMPL	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	n. d.	94,97 % 19.706 / 20.750	94,65 % 1.381 / 1.459	93,13 % 1.301 / 1.397
	50055	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90 %	92,68 18.106 / 19.537	91,13 % 1.264 / 1.387	89,25 % 1.250 / 1.399
	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	n. d.	95,34 % 42.916 / 45.013	95,64 % 3.137 / 3.280	97,23 % 4.604 / 4.735
	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 5,17 O / E / N	1,07 148 / 138 / 19.232 0,77 %	0,61 6 / 10 / 1.361 0,44 %	x* ≤ 3* / 11 / 1.307 x %*
	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,5 % O / E / N	0,8 % 166 / 20.836	0,62 % 9 / 1.461	0,43 % 6 / 1.399
	132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,81 O / E / N	1,05 720 / 686 / 16.674 4,32 %	1,01 46 / 46 / 1.090 4,22 %	0,95 46 / 49 / 1.149 4,0 %
	132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,27 O / E / N	1,06 137 / 129 / 16.557 0,83 %	0,71 6 / 8 / 1.080 0,56 %	0,62 5 / 8 / 1.140 0,44 %
	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	≥ 83,33 %	94,33 % 6.307 / 6.686	95,68 % 465 / 486	95,68 % 487 / 512
DEFI-REV	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,98 O / E / N	1,12 139 / 125 / 6.908 2,01 %	0,52 4 / 8 / 476 0,84 %	0,85 8 / 9 / 477 1,68 %
	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,9 %	1,55 % 107 / 6.908	0,84 % 4 / 476	1,26 % 6 / 477

Tab. 3.10.2.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations- fehler	Sonstiges	
DEFI-IMPL	131801*	4	4	4	-	-	-	3
	132001*	6	2	2	-	-	-	2
	132002*	2	0	-	-	-	-	-
	52316*	0	-	-	-	-	-	-
	52325*	1	0	-	-	-	-	-
DEFI-REV	151800*	1	0	-	-	-	-	-
	51196*	2	0	-	-	-	-	-
	Summe	16	6	6	0	0	0	5

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
DEFI-IMPL	850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	≤ 8,53 %	1,59 % 331 / 20.836	1,57 % 23 / 1.461	99,75 % 1.200 / 1.203
	850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	99,95 % 20.864 / 20.874	99,8 % 1.467 / 1.470	100 % 1.402 / 1.402
	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 5,00 %	99,95 % 20.864 / 20.874	99,8 % 1.467 / 1.470	100 % 1.402 / 1.402
	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,13 % 28 / 20.874	0,41 % 6 / 1.470	x %* ≤ 3* / 1.402
	851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,08 % 18.170 / 18.156	98,73 % 1.240 / 1.256	99,75 % 1.200 / 1.203
DEFI-REV	851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 21,85 %	7,31 % 505 / 6.908	4,62 % 22 / 476	7,13 % 0 / 477
	850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	99,96 % 6.927 / 6.930	100,42 % 480 / 478	98,74 % 477 / 476
	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	99,96 % 6.927 / 6.930	100,42 % 480 / 478	98,74 % 477 / 476
	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,27 % 19 / 6.930	0,84 % 4 / 478	0 % 0 / 476
	851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,54 % 6.032 / 6.060	99,26 % 404 / 407	99,53 % 427 / 429

Tab. 3.10.2.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
	ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
DEFI-IMPL	850193	0	-	-	-	-	-
	850194	0	-	-	-	-	-
	850220	1	1	-	1	-	0
	850313	1	1	1	-	-	0
	851801	0	-	-	-	-	-
DEFI-REV	850197	0	-	-	-	-	-
	850198	0	-	-	-	-	-
	850222	1	1	1	0	0	0
	851803	2	2	2	0	0	0
	851904	5	5	4	1	0	0
Summe		5	5	4	1	0	0

Tab. 3.10.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

3.11 QS PM - Perinatalmedizin

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	26.06.2025
8	23.10.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

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

tologie sind es behandlungsbedürftige Neugeborene, beispielsweise mit einem geringen Geburtsgewicht, mit schwerwiegenden Erkrankungen oder mit der Notwendigkeit einer Beatmung.

Die Tabelle 3.11.1 stellt die Datengrundlage bzw. die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten in den Jahren 2024 und 2025 sowie deren Vollständigkeit dar.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025		Erfassungsjahr 2024	
	GEBH	NEO	GEBH	NEO
Anzahl Auswertungsstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)	43	23	43	22
Fallzahlen	47.579	6.869	48.604	6.977
Minimaldatensätze (MDS)	20	49	38	45
Summe (inkl. MDS)	47.599	6.918	48.642	7.022
Vollständigkeit	100,0 %	100,4 %	100,2 %	100,0 %

Abb. 3.11.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

3.11.1 PM-GEBH

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Die Qualitätsindikatoren im Verfahren Geburtshilfe zeigen in Hessen insgesamt gute Ergebnisse. Jedoch sind die Ergebnisse in zwei Indikatoren im Vergleich zum Bundesschnitt in Hessen signifikant schlechter. In Hessen werden mehr Kaiserschnitte durchgeführt, als nach Risikoadjustierung erwartbar wären (QI 52249). Dies spiegelt sich auch in einer rohen Sectionrate von mittlerweile fast 35 % wider und deckt sich mit den Zahlen des statistischen Bundesamtes (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/05/PD26_N028_23.html).

Auch war in Hessen signifikant häufiger als im Bundesschnitt bei Frühgeburten kein Kinderarzt anwesend (QI 318). Die Erfahrungen in den vergangenen Jahren aus den Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator zeigen, dass dies häufig dann der Fall ist, wenn eine Frühgeburt in einer dafür nicht ausgestatteten Klinik (Geburtsklinik, Level IV) stattfindet. Entsprechend zeigen sich auch schlechtere Ergebnisse – wenn auch nicht signifikant – bei den Indikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (QI 182010 bis 182014). Fast jedes zehnte in einer Geburtsklinik Level IV geborene Kind, hätte gemäß des Algorithmus des Qualitätsindikators 182014 dort nicht zur Welt kommen sollen.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	96,37 % 17.539 / 18.200	93,62 % 1.218 / 1.301	96,81 % 1.337 / 1.381
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Sentinel Event	0 % 22 / 627.771	x %* ≤ 3* / 47.579	x %* ≤ 3* / 48.604
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	≤ 0 %	0,32 % 26 / 8.064	x %* ≤ 3* / 676	x %* ≤ 3* / 646
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	98,99 % 210.134 / 212.282	99,43 % 16.507 / 16.602	99,46 % 16.851 / 16.942
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32 O / E / N	0,96 4.447 / 4.630 / 584.710 0,76 %	0,92 321 / 349 / 44.573 0,72 %	1,20 380 / 317 / 45.299 0,84 %
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 3,63 O / E / N	0,95 286 / 302 / 34.464 0,83 %	1,09 24 / 22 / 2.449 0,98 %	1,45 30 / 21 / 2.643 1,14 %
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,2 O / E / N	1 210.567 / 210.145 / 623.188 33,79 %	1,04 16.488 / 15.791 / 47.277 34,88 %	1,13 16.808 / 14.809 / 48.277 34,82 %
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Sentinel Event	0,11 % 66 / 62.771	x %* ≤ 3* / 1.380	x %* ≤ 3* / 1.480
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 3,77 %	2,48 % 2.155 / 86.871	2,52 % 102 / 4.052	2,49 % 108 / 4.334
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 11,08 %	8,1 % 12.935 / 159.785	8,33 % 1.428 / 17.152	8,59 % 1.614 / 18.800

Tab. 3.11.1.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

* Datenschutz

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
318*	5	5	0	5	0	0	0
331	2	2	0	1	0	1	0
1058*	1	1	0	0	0	1	0
50045*	0	-	-	-	-	-	-
51803*	2	2	2	0	0	0	0
51831*	4	4	3	1	0	0	1
52249*	10	7	6	0	0	1	4
182010*	1	1	0	1	0	0	0
182011*	0	-	-	-	-	-	-
182014*	0	-	-	-	-	-	-
Summe	25	22	11	8	0	3	5

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-GEBH dargestellt. Fast zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Qualitative Auffälligkeiten fanden sich insbesondere beim Indikator zur Sectorate (ID 52249). Hier wurden individuelle Maßnahmen mit den Kliniken vereinbart, die nach der Robson-Klassifikation differenzierte Sectoraten in den Blick nahmen. In einem Fall wurde ein Kollegiales Gespräch mit der betreffenden Klinik durch Mitglieder der Fachkommission durchgeführt.

Ergebnisse

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

Stellungnahmeverfahren

Die meisten Auffälligkeiten zeigten sich beim Auffälligkeitskriterium 850318, bei dem geprüft wird, ob die Angabe, bei Notfallkaiserschnitten habe die E-E-Zeit weniger als drei Minuten betragen, korrekt ist. Bei vier rechnerischen Auffälligkeiten in dieser Kennzahl fand sich in drei Fällen tatsächlich eine Fehldokumentation.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,44 %	0,88 % 5.168 / 584.666	0,74 % 330 / 44.572	0,63 % 284 / 45.293
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0 %	0,43 % 35 / 8.064	0 % 0 / 676	0,62 % 6 / 646
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	99,96 % 628.218 / 628.448	100,01 % 47.599 / 47.596	100,17 % 48.642 / 48.558
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	99,96 % 628.218 / 628.448	100,01 % 47.599 / 47.596	100,17 % 48.642 / 48.558
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,07 % 447 / 628.448	0,04 % 20 / 47.596	0,08 % 38 / 48.558

Tab. 3.11.1.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850081	0	-	-	-	-	-
850082	1	1	1	0	0	0
850224	1	1	1	0	0	0
850226	0	-	-	-	-	-
850318	4	4	3	1	0	0
Summe	6	6	5	1	0	0

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.11.2 PM-NEO

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

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

Ein signifikant besseres Ergebnis als im Bundesschnitt zeigt sich wie auch im Vorjahr beim Indikator zur Durchführung eines Hörtestes (QI 50063). Auch der Indikator zur Aufnahmetemperatur bei Risiko-Geborenen (QI 50074) war signifikant besser. Der Indikator zur Zunahme des Kopfumfanges wird nur noch als Kennzahl ohne Referenzbereich geführt (QI 52262).

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.2.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-NEO dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Qualitative Auffälligkeiten fanden sich sehr selten: bei dem Indikator zur Sterblichkeit (QI 222402) handelte es sich um ein Neugeborenes, welches in einem Kreißsaal verstorben ist, bevor die alarmierten Kinderärzte eingetroffen sind. Hier wurde im Sinne einer Maßnahme der Stufe 1 ein Neugeborenen-Reanimations-training für die komplette Kreißsaalteam vereinbart.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,74 O / E / N	1,12 882 / 786 / 73.275 1,2 %	1,05 59 / 56 / 5.347 1,1 %	0,98 64 / 66 / 5.373 1,19 %
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,72 O / E / N	1 812 / 815 / 33.749 2,41 %	1,05 60 / 57 / 2.368 2,53 %	1,06 60 / 57 / 2.434 2,47 %
50063	Durchführung eines Hörtestes	≥ 95 %	98,26 % 80.802 / 82.234	98,75 % 6.331 / 6.411	98,84 % 6.418 / 6.493
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,67 O / E / N	1,01 373 / 369 / 8.759 4,26 %	0,78 19 / 24 / 574 3,31 %	0,45 13 / 29 / 656 1,98 %
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,48 O / E / N	1,09 2.748 / 2.522 / 76.137 3,61 %	0,75 145 / 193 / 5.974 2,43 %	0,61 135 / 220 / 6.015 2,24 %
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	Transparenz- kennzahl	0,2 % 150 / 76.070	0,2 % 12 / 76.070	0,38 % 23 / 6.032
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,74 O / E / N	0,81 150 / 185 / 76.070 0,2 %	0,78 12 / 15 / 6.006 0,2 %	1,43 23 / 16 / 6.032 0,38 %
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 2,17 O / E / N	0,99 1.087 / 1.094 / 8.442 12,88 %	1,08 80 / 74 / 546 14,65 %	1,32 86 / 65 / 632 13,61 %
52262	Zunahme des Kopfumfanges	n. d.	10,3 % 1.117 / 10.847	8,68 % 65 / 749	6,51 % 55 / 845

Tab. 3.11.2.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme-verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations-fehler	Sonstiges	
50060*	1	0	-	-	-	-	-
50062*	1	1	1	0	0	0	0
50063*	0	-	-	-	-	-	-
50069*	1	1	0	1	0	0	0
50074*	0	-	-	-	-	-	-
51901*	1	1	0	1	0	0	0
52262*	0	-	-	-	-	-	-
222402*	2	2	1	1	0	0	1
Summe	6	5	2	3	0	0	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

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

Stellungnahmeverfahren

Tatsächliche Dokumentationsfehler fanden sich insgesamt recht selten. Beim AK 850199 wird geprüft, ob für jedes zu dokumentierende Neugeborene auch ein entsprechender QS-Datensatz geliefert wurde. Bei der hier auffällig bewerteten Klinik handelte es sich um eine Geburtshilfe, die in einem Einzelfall keinen entsprechenden QS-Bogen ausgefüllt hatte.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 2,59 %	0,85 % 738 / 86.331	0,26 % 17 / 6.620	0,24 % 16 / 6.747
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,08 %	0,61 % 69 / 11.395	x %* ≤3* / 783	x %* ≤3* / 874
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0 %	13,15 % 383 / 2.912	15,07 % 33 / 219	16,26 % 33 / 203
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	≤ 80 %	57,21 % 603 / 1.054	63,24 % 43 / 68	54,22 % 45 / 83
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	n. d.	31,05 % 1.308 / 4.212	34,04 % 97 / 285	39,67 % 121 / 305
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	= 0 %	15,10 % 60 / 707	12,73 % 7 / 55	6,56 % 4 / 61
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	≤ 9,89 %	3,3 % 2.949 / 89.429	3,26 % 223 / 6.850	2,99 % 208 / 6.961
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,41 % 90.206 / 89.834	100,35 % 6.918 / 6.894	100,03 % 7.022 / 7.020
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,41 % 90.206 / 89.834	100,35 % 6.918 / 6.894	100,03 % 7.022 / 7.020
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,61 % 549 / 89.834	0,71 % 49 / 6.894	0,64 % 45 / 7.020

Tab. 3.11.2.3 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

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

Tab. 3.11.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.12 QS HGV

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	25.06.2025
8	24.09.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Das Qualitätssicherungsverfahren Hüftgelenksversorgung (QS HGV) umfasst die Qualitätssicherung bei operativen Eingriffen an der Hüfte. Gegenstand des Verfahrens sind sowohl elektive, d. h. geplante Erstimplantationen von Hüftendoprothesen als auch Hüftendoprothesen- beziehungsweise Hüftendoprothesenkomponentenwechsel. Darüber hinaus werden hüftgelenksnahe Femurfrakturen berücksichtigt, die entweder endoprothetisch oder osteosynthetisch versorgt werden. Hierzu zählen insbesondere isolierte Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen. Ziel des Verfahrens ist es, die Versorgungsqualität in diesem medizinisch und demografisch bedeutsamen Bereich zu erfassen, vergleichbar darzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Im QS-Verfahren HGV werden insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie die Prozessqualität der operativen Versorgung, peri- und postoperative Komplikationen, die Mobilität und Gehfähigkeit bei Entlassung sowie frühzeitige Wechseloperationen oder Revisionsmaßnahmen erfasst und bewertet. Von besonderer

Relevanz für die Qualitätssicherung sind dabei Komplikationen wie postoperative Infektionen, Luxationen, Implantatlockerungen, thromboembolische Ereignisse oder Versorgungskomplikationen nach Frakturen. Zusätzlich spielen zeitkritische Faktoren – etwa die möglichst frühzeitige operative Versorgung bei hüftnahen Femurfrakturen – eine wesentliche Rolle, da diese maßgeblich mit Mobilität, Mortalität und Rehabilitationserfolg zusammenhängen.

Aktuell gliedert sich das Verfahren in zwei Module:

- ✓ HGV-OSFRAK
hüftgelenksnahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung
- ✓ HGV-HEP
Hüftendoprothesenversorgung

Das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK umfasst alle Fälle mit isolierten Schenkelhalsfrakturen, pertrochantären sowie subtrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungsorte mit dokumentierten Fällen (IST)		
HEP-Erstimplantationen	77	82
HEP-Wechseloperationen	70	72
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	66	72
Fallzahlen		
HEP-Erstimplantationen	20.243	19.451
HEP-Wechseloperationen	1.292	1.276
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	4.460	4.450
Minimaldatensätze		
HEP-Erstimplantationen	5	6
HEP-Wechseloperationen	2	2
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	7	11
Summe		
HEP-Erstimplantationen	20.248	19.457
HEP-Wechseloperationen	1.294	1.278
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	4.467	4.461
Vollzähligkeit		
HEP-Erstimplantationen	100,1 %	99,10 %
HEP-Wechseloperationen	100,5 %	99,53 %
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	100,3 %	100,4 %

Tab. 3.12.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Das Auswertungsmodul HGV-HEP bezieht sich auf die frakturbedingte oder elektive Erstimplantation einer Hüftendoprothese sowie die Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel.

daten an. Die Datengrundlage des Verfahrens sowie die Dokumentationsvollzähligkeit der Erfassungsjahre 2024 und 2025 sind in Tabelle 3.12.1 dargestellt.

Im EJ 2025 wurden in Hessen insgesamt knapp 26.000 Eingriffe im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentiert. Davon entfielen rund 17 % auf frakturbedingte osteosynthetische Eingriffe, 78 % auf Hüftendoprothesen-Erstimplantationen (20 % frakturbedingt und 58 % elektiv - primär auf Grund von Coxarthrose) sowie 5 % auf Wechseloperationen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der eingegangenen QS-Dokumentations-

Ausblick

Für das QS-Verfahren Hüftgelenksversorgung (QS HGV) ergeben sich vor allem Anpassungen, die die Datenerhebung und Auswertung stärker vereinfachen und gleichzeitig verbessern sollen. Ab 2026 werden neben den Krankenhausdaten auch Informationen der Krankenkassen in die Auswertung einbezogen. So können künftig auch Komplikationen und Todesfälle erfasst werden, die erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten.

Zugleich werden ab 2026 keine Qualitätssicherungsdaten mehr zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe erhoben. Grund dafür ist, dass diese Indikatoren nicht mehr alle relevanten Kriterien der Eignung von Indikatoren für die Qualitätssicherung erfüllen. Das IQTIG entwickelt derzeit im Auftrag des G-BA eine Patientenbefragung.

Osteosynthetische Verfahren am Oberschenkel kommen vor allem bei frakturbedingten Verletzungen zum Einsatz, um die natürliche Gelenkstruktur zu erhalten und die Fraktur stabil zu versorgen. Da diese Eingriffe häufig bei multimorbiden und älteren Patient*innen erfolgen, kommt der Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung zu.

3.12.1 HGV-OSFRAK

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Für die mittels Osteosynthese behandelten Femurfrakturen werden insgesamt fünf Qualitätsindikatoren ausgewertet, von denen vier mit einem definierten Referenzbereich versehen sind. Gegenüber dem Vorjahr hat sich das Ergebnis bei der präoperativen Verweildauer über 24 Stunden deutlich verbessert und liegt mit 6,6 % unter dem Bundesergebnis. Auch die dokumentierten spezifischen Komplikationen haben sich gegenüber dem Vorjahr weiter verbessert. Dennoch liegen sie noch über dem Bundesergebnis. Noch deutlicher sind die Veränderungen bei den allgemeinen Komplikationen. Bei dem Indikator zur Sturzprophylaxe,

der auch im Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich definiert wurde, liegt das hessische Ergebnis, wenn auch nur gering, aber signifikant über dem Bundesergebnis. Die Ergebnisse im Vorjahres- und Bundesvergleich finden sich in Tab. 3.12.1.1.

Stellungnahmeverfahren

Der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (QI-ID 54030) weist – wie bereits in den Vorjahren – mit neun von 20 auffälligen Standorten den größten An-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,75 O / E / N	0,89 1.149 / 1.291 / 64.409 1,78 %	0,93 80 / 86 / 4.458 1,79 %	0,96 81 / 84 / 4.450 1,82 %
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	7,22 % 4.581 / 63.428	6,63 % 293 / 4.417	7,85 % 345 / 4.393
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,32 O / E / N	1 6.949 / 6.953 / 44.180 15,73 %	0,94 406 / 432 / 2.727 14,89 %	1,07 459 / 431 / 2.736 16,78 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,06 O / E / N	0,99 8.791 / 8.842 / 64.409 13,65 %	0,96 564 / 585 / 4.458 12,65 %	1,06 585 / 553 / 4.450 13,15 %
54050	Sturzprophylaxe	n. d.	97,82 % 56.003 / 57.254	98,63 % 3.945 / 4.000	98,25 % 3.885 / 3.954

Tab. 3.12.1.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentations- fehler	Sonstiges	
54029*	2	2	0	2	0	0	0
54030*	9	9	6	3	0	0	4
54033*	6	2	0	1	1	0	0
54042*	3	3	0	3	0	0	0
Summe	20	16	6	9	1	0	4

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

teil rechnerischer Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2025 auf und macht damit nahezu 50 % der Gesamtaufälligkeiten aus. Weitere rechnerische Abweichungen entfallen auf die Qualitätsindikatoren zu spezifischen und allgemeinen Komplikationen (N = 5) sowie auf den Indikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (N = 6).

Für den Indikator zur Sturzprophylaxe wurde im Auswertungsjahr 2025 kein Referenzbereich mehr festgelegt, da dieser Indikator perspektivisch im Verfahren nicht weiter fortgeführt wird. Auf Empfehlung der Fachkommission wurden Stellungnahmeverfahren nicht bei allen rechnerischen Auffälligkeiten des Indikators zur Gehunfähigkeit eingeleitet, sondern nur bei Fällen mit signifikanter oder wiederholter Auffälligkeit.

Im Ergebnis wurden nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren sechs Kliniken als qualitativ auffällig bewertet, alle zum Qualitätsindikator präoperative Verweildauer. Als wesentliche Ursachen identifizierte das Expertengremium Defizite im Gerinnungsmanagement, verzögerte präoperative Diagnostik und Therapieeinleitung aber auch strukturelle Probleme, wie unzureichende OP-Kapazitäten oder Intensivbetten. Bei vier dieser sechs Leistungserbringer*innen wurden Maßnahmen vereinbart, darunter beispielsweise die Erstellung einer SOP zum perioperativen Gerinnungsmanagement oder die strukturierte Aufarbeitung auffälliger Einzelfälle mit Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen.

In der Tabelle 3.12.1.3 sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien dargestellt. Bis auf den AK 850149 (Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen), dessen Ergebnis sich gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert hat, gibt es keine wesentlichen Abweichungen zum Vorjahr.

Stellungnahmeverfahren

Bei insgesamt acht rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurde jeweils ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dabei zeigte sich in vier Fällen ein Dokumentationsproblem, während in drei Fällen keine Beeinträchtigung der Dokumentationsqualität festgestellt werden konnte. In einem Fall wurde die Bewertung „Sonstiges“ vergeben, da diese auf fehlerhafte Abrechnungskodierungen zurückzuführen war.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenz- bereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850147	Angabe von ASA 5	= 0 %	0,05 % 31 / 64.444	x %* ≤ 3* / 4.460	x %* ≤ 3* / 4.450
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0 %	32,14 % 18 / 56	x %* ≤ 3* / ≤ 3*	x %* ≤ 3* / ≤ 3*
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	21,18 % 108 / 510	x %* ≤ 3* / 26	21,21 % 7 / 33
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,41 % 64.516 / 64.255	100,27 % 4.467 / 4.455	100,36 % 4.461 / 4.445
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,41 % 64.516 / 64.255	100,27 % 4.467 / 4.455	100,36 % 4.461 / 4.445
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,11 % 72 / 64.255	0,16 % 7 / 4.455	0,25 % 11 / 4.445

Tab. 3.12.1.3 Auswertungsjahr 2025/24 (Erfassungsjahr 2024/23), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850147	3	3	1	2	0	0
850148	1	1	0	0	1	0
850149	1	1	1	0	0	0
850351	1	1	1	0	0	0
850352	1	1	1	0	0	0
850368	1	1	0	1	0	0
Summe	8	8	4	3	1	0

Tab. 3.12.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

* Datenschutz

3.12.2 HGV-HEP

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,39	0,89 3.600 / 288.755	0,72 206 / 20.183	0,78 215 / 19.723
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	n. d. O / E / N	0,98 2.869 / 2.924 / 197.683 1,45 %	1,03 190 / 185 / 13.735 1,38 %	
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	n. d.	97,43 % 207.185 / 212.657	97,48 % 14.686 / 15.065	97,33 % 14.138 / 14.526
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	n. d.	90,93 % 17.970 / 19.762	91,67 % 1.167 / 1.273	92,22 % 1.149 / 1.246
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	7,78 % 5.641 / 72.536	7,56 % 402 / 5.315	8,20 % 415 / 5.064
54004	Sturzprophylaxe	n. d.	97,5 % 218.420 / 224.015	97,89 % 15.565 / 15.901	97,45 % 14.605 / 14.987
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,75 O / E / N	0,96 6.786 / 7.064 / 251.248 2,7 %	0,97 415 / 426 / 17.017 2,44 %	0,79 422 / 453 / 16.310 2,59 %
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 4,18 O / E / N	0,89 707 / 790 / 228.393 0,31 %	0,82 41 / 50 / 15.992 0,26 %	0,79 42 / 53 / 15.402 0,27 %
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 1,98 O / E / N	0,98 10.957 / 11.159 / 72.653 15,08 %	0,99 779 / 787 / 5.331 14,61 %	1,06 767 / 722 / 5.073 15,12 %
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 3,18 O / E / N	0,92 3.192 / 3.488 / 210.936 1,51 %	1 239 / 239 / 14.856 1,61 %	0,97 237 / 244 / 14.312 1,66 %
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,13 O / E / N	0,96 1.697 / 1.765 / 17.457 9,72 %	1,05 119 / 113 / 1.136 10,48 %	1,04 118 / 113 / 1.090 10,83 %
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,2 O / E / N	0,96 3.318 / 3.456 / 72.806 4,56 %	0,96 235 / 244 / 5.339 4,4 %	0,9 224 / 250 / 5.083 4,41 %
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,61 O / E / N	0,97 4.416 / 4.552 / 212.657 2,08 %	0,98 317 / 324 / 15.065 2,1 %	0,94 312 / 332 / 14.526 2,15 %
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 1,91 O / E / N	0,98 3.137 / 3.189 / 19.762 15,87 %	1,00 197 / 198 / 1.273 15,48 %	1,22 236 / 194 / 1.246 18,94 %

Tab. 3.12.2.1 Auswertungsjahr 2025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Qualitätsindikatoren (QI)

Ergebnisse

Für die Hüftendoprothesenversorgung werden insgesamt 14 Qualitätsindikatoren berechnet (Tab. 3.12.2.1). Diese setzen sich aus zwei Indikatoren zur Indikationsstellung (QI-IDs 54001 und 54002), zwei prozessbezogenen Indikatoren (QI-IDs 54003 und 54004), neun Indikatoren zu Inhouse-Ergebnissen (QI-IDs 54012 bis

54019 sowie 54120 und 192300) sowie einem Follow-up-Indikator zum vorzeitigen Prothesenwechsel innerhalb von 90 Tagen (QI-ID 10271) zusammen. Für das Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) wurde bei vier Qualitätsindikatoren kein Referenzbereich festgelegt. Hintergrund ist die Empfehlung des IQTIG die-

Stellungnahmeverfahren

se Indikatoren im Rahmen der Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung perspektivisch abzusichern. Für die acht Ergebnisindikatoren (QI-IDs 54012 bis 54019 sowie 54120) sowie den Follow-up-Indikator (QI-ID 10271) erfolgt eine Risikoadjustierung mit Berechnung des O/E-Verhältnisses (Observed/Expected), um eine Vergleichbarkeit der Leistungserbringer*innen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Risikoprofile der Patientenkollektive sicherzustellen.

Bis auf zwei Indikatoren gibt es gegenüber den Bundesergebnissen keine signifikanten Abweichungen. So liegt das Ergebnis im Follow-up-Indikator (QI-ID 10271, Wechsel nach 90 Tagen), wie schon im Vorjahr, deutlich unter dem Bundesergebnis. Ebenso verhält es sich beim Indikator zur Sturzprophylaxe (QI-ID 54004), wobei der geringe, aber signifikante Unterschied auf das Phänomen der großen Zahlen zurückzuführen ist. Erfreulicherweise hat sich das Ergebnis bei den spezifischen Komplikationen bei Hüftprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert und liegt inzwischen im Bundes-trend.

Von den insgesamt 62 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren wurden in 58 Fällen Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Ein Großteil der Stellungnahmen entfiel auf die Indikatoren zu den spezifischen bzw. allgemeinen Komplikationen (45). Die vier rechnerischen Auffälligkeiten ohne Stellungnahmeverfahren betrafen ausschließlich den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“. Hier hat die Fachkommission beschlossen, nur wiederholt oder signifikant auffällige Leistungserbringer anzuschreiben.

Im Rahmen der durchgeführten Stellungnahmeverfahren ergaben sich bei 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen insgesamt zehn Hinweise auf Qualitätsdefizite (Tab. 3.12.2.2). Davon entfielen zwei auf den Indikator zur präoperativen Verweildauer bei endoprothetisch versorgter Femurfraktur (QI-ID 54003) sowie acht auf Indikatoren zu spezifischen Komplikationen (QI-ID 54018 bis 54120).

Die übrigen Bewertungen wurden überwiegend als qualitativ unauffällig eingestuft (N = 41). Dabei handelte es sich insbesondere um erklärbare Einzelfälle beziehungsweise vereinzelte Dokumentationsfehler. Darüber hinaus wurden vier rechnerisch auffällige Ergebnisse als systematische Dokumentationsfehler bewertet und drei Fälle unter „Sonstige Gründe“ eingeordnet.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10271*	2	2	0	1	0	1	0
54003*	6	6	2	4	0	0	2
54012*	5	1	0	0	1	0	0
54013*	4	4	0	3	0	1	0
54015*	2	2	0	2	0	0	0
54016*	4	4	0	3	1	0	0
54017*	14	14	0	13	0	1	0
54018*	5	5	3	2	0	0	2
54019*	6	6	0	6	0	0	0
54120*	14	14	5	7	2	0	0
Summe	62	58	10	41	4	3	4

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Beim Follow-up-Indikator (QI-ID 10271) erfolgte die Bewertung einer Klinik mit „Sonstiges“, da die betreffende Abteilung unterjährig geschlossen worden war.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren wurden weiterführende Maßnahmen eingeleitet. Mit einer Klinik wurde aufgrund von Auffälligkeiten im Indikator zur präoperativen Verweildauer ein Kollegiales Gespräch geführt; anschließend wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Darüber hinaus wurden bei drei Kliniken individuelle Maßnahmen vereinbart. Hierzu gehörten unter anderem die Erstellung von SOPs, die regelhafte Analyse auffälliger Fälle in M&M-Konferenzen sowie die Ableitung konkreter Handlungsmaßnahmen.

Auffälligkeitskriterien

Ergebnisse

Die Tabelle 3.12.2.3 zeigt die hessenweiten Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Datenvvalidierung sowohl gegenüber den Bundesergebnissen als auch gegenüber den Vorjahreszahlen. Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen gibt es insgesamt kaum Unterschiede. Erfreulich sind die verbesserten Ergebnisse beim AK 850152 (Kodierung von Komplikationen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen) sowie beim AK 851907 (Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes). Hier könnte die Folgen einer auffälligen Bewertung auf die korrespondierenden Qualitätsindikatoren im strukturierten Qualitätsbericht bereits erste Auswirkungen auf die Dokumentationsqualität haben.

Stellungnahmeverfahren

Zu den 20 rechnerisch auffälligen Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien (Tab. 3.12.2.4) wurden Stellungnahmen bei allen betroffenen Kliniken angefordert. Im Rahmen der Nachfragen konnten in 16 Fällen Dokumentationsfehler identifiziert werden. Darüber hinaus wurde in zwei Fällen die Bewertung „Sonstiges“ vergeben, da fehlerhafte Abrechnungskodierungen vorlagen. In einem weiteren Fall ließ sich der geschilderte Sachverhalt nicht abschließend überprüfen. Nur bei einer Stellungnahme konnte auch eine korrekte Dokumentation nachgewiesen werden. Bei einer Klinik, die im Verfahren HGV-HEP sowie in weiteren Modulen eine erhebliche Unterdokumentation aufwies, wurde ein gesondertes klärendes Gespräch durchgeführt.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2026	Ergebnis Hessen AJ 2025
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30 %	15,1 % 368 / 2.437	15 % 27 / 180	12,72 % 22 / 173
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	17,77 % 641 / 3.608	15,19 % 36 / 237	17,41 % 43 / 247
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 200 %	8,1 % 339 / 4.185	6,55 % 23 / 351	3,94 % 15 / 381
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90 %	63,38 % 8.475 / 13.372	67,36 % 650 / 965	65,67 % 503 / 766
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0 %	7,43 % 150 / 2.018	6,72 % 8 / 119	11,35 % 16 / 141
852102	Angabe von ASA 5	= 0 %	0,01 % 44 / 306.749	0,04 % 9 / 21.776	0,02 % 5 / 20975
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,07 % 284.556 / 284.368	100,07 % 20.248 / 20.233	99,1 % 19.457 / 19.634
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,07 % 284.556 / 284.368	100,07 % 20.248 / 20.233	99,1 % 19.457 / 19.634
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	100,15 % 20.171 / 20.141	100,54 % 1.294 / 1.287	99,53 % 1.278 / 1.284
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	100,15 % 20.171 / 20.141	100,54 % 1.294 / 1.287	99,53 % 1.278 / 1.284
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,08 % 228 / 302.379	0,03 % 7 / 21.392	0,04 % 8 / 20.768
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,35 % 257.950 / 257.050	99,77 % 17.877 / 17.918	99,24 % 17.449 / 17.583

Tab. 3.12.2.3 Auswertungsjahr 20025/26 (Erfassungsjahr 2024/25), Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme- verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges	
850151	2	2	2	0	0	0
850152	2	2	1	0	1	0
850274	2	2	2	0	0	0
850275	0	-	-	-	-	-
850276	4	4	2	0	2	0
850277	1	1	1	0	0	0
850369	0	-	-	-	-	-
850376	1	1	1	0	0	0
851804	1	1	1	0	0	0
851905	3	3	3	0	0	0
851907	3	3	3	0	0	0
852102	1	1	0	1	0	0
Summe	20	20	16	1	3	0

Tab. 3.12.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

3.13 QS KEP

Fachkommission (Stand: 31.12.2025)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	25.06.2025
8	24.09.2025

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Eine Knieendoprothese ersetzt ein geschädigtes Kniegelenk ganz oder teilweise und kommt vor allem bei fortgeschrittener Gonarthrose zum Einsatz. Degenerative Veränderungen des Gelenkknorpels führen häufig zu Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Wenn konservative Therapieformen keine ausreichende Wirkung mehr zeigen und die Gelenkzerstörung weit fortgeschritten ist, kann eine operative Versorgung mit einem künstlichen Kniegelenk erforderlich werden. Bei korrekter Indikationsstellung, fachgerechter Operation und komplikationslosem Verlauf können Knieendoprothesen über viele Jahre eine gute Funktion gewährleisten.

Das Qualitätssicherungsverfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) des IQTIG dient der Bewertung und Sicherung der Versorgungsqualität bei knieendoprothetischen Eingriffen. Im Fokus stehen sowohl Erstimplantationen von Knieendoprothesen und unikondylären Schlittenprothesen als auch Wechsel beziehungsweise Komponentenwechseloperationen. Ziel des Verfahrens ist es, die Qualität der Behandlung anhand definierter Qualitätsindikatoren transparent darzustellen und vergleichbar zu machen.

Im Erfassungsjahr 2025 wurde das Verfahren ausgesetzt. Auf Empfehlung der hessischen Fachkommission wurde bereits für das Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet.

Datengrundlage	Erfassungsjahr 2025	Erfassungsjahr 2024
Anzahl Auswertungstandorte mit dokumentierten Fällen (IST)		
KEP-Erstimplantationen	ausgesetzt	75
KEP-Wechseloperationen	ausgesetzt	67
Fallzahlen		
KEP-Erstimplantationen	ausgesetzt	15.313
KEP-Wechseloperationen	ausgesetzt	1.014
Minimaldatensätze		
KEP-Erstimplantationen	ausgesetzt	7
KEP-Wechseloperationen	ausgesetzt	1
Summe		
KEP-Erstimplantationen	ausgesetzt	15.320
KEP-Wechseloperationen	ausgesetzt	1.015
Vollständigkeit		
KEP-Erstimplantationen	ausgesetzt	99,2 %
KEP-Wechseloperationen	ausgesetzt	100,3 %

Abb. 3.13.1 Tabelle zur Datengrundlage (EJ 2024/25)

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Erfassungsjahr 2025 wurde das Verfahren ausgesetzt. Daher liegen keine aktuellen Ergebnisse zu diesem Verfahren vor.

Stellungnahmeverfahren

Im Auswertungsjahr 2025 wurde ausschließlich für den Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit (QI-ID 54028) vom IQTIG ein Referenzbereich festgelegt. Auf Empfehlung der Hessischen Fachkommission wurde hierzu jedoch kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt.

Ausblick

Das im Vorjahr ausgesetzte Verfahren QS KEP ist gemäß des G-BA-Beschlusses vom 17.07.2025 ab dem Erfassungsjahr 2026 wieder dokumentationspflichtig.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten ist die QS-Dokumentation von Erstimplantationen nur in bestimmten Fällen (codierte Wundkomplikationen im stationären Verlauf) notwendig. Für alle Wechseleingriffe erfolgt weiterhin die QS-Dokumentation. Angesichts dieser Änderungen haben sich bei dem Dokumentationsbogen entsprechend Anpassungen ergeben, welche auch die Reduktion des Dokumentationsaufwandes zum Ziel haben.

Die Erfassung von Erstimplantationen ohne Verdacht auf Wundkomplikation erfolgt über die Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Auch wenn für diese Fälle kein QS-Bogen ausgelöst wird, werden sie ggf. mit den im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentier-

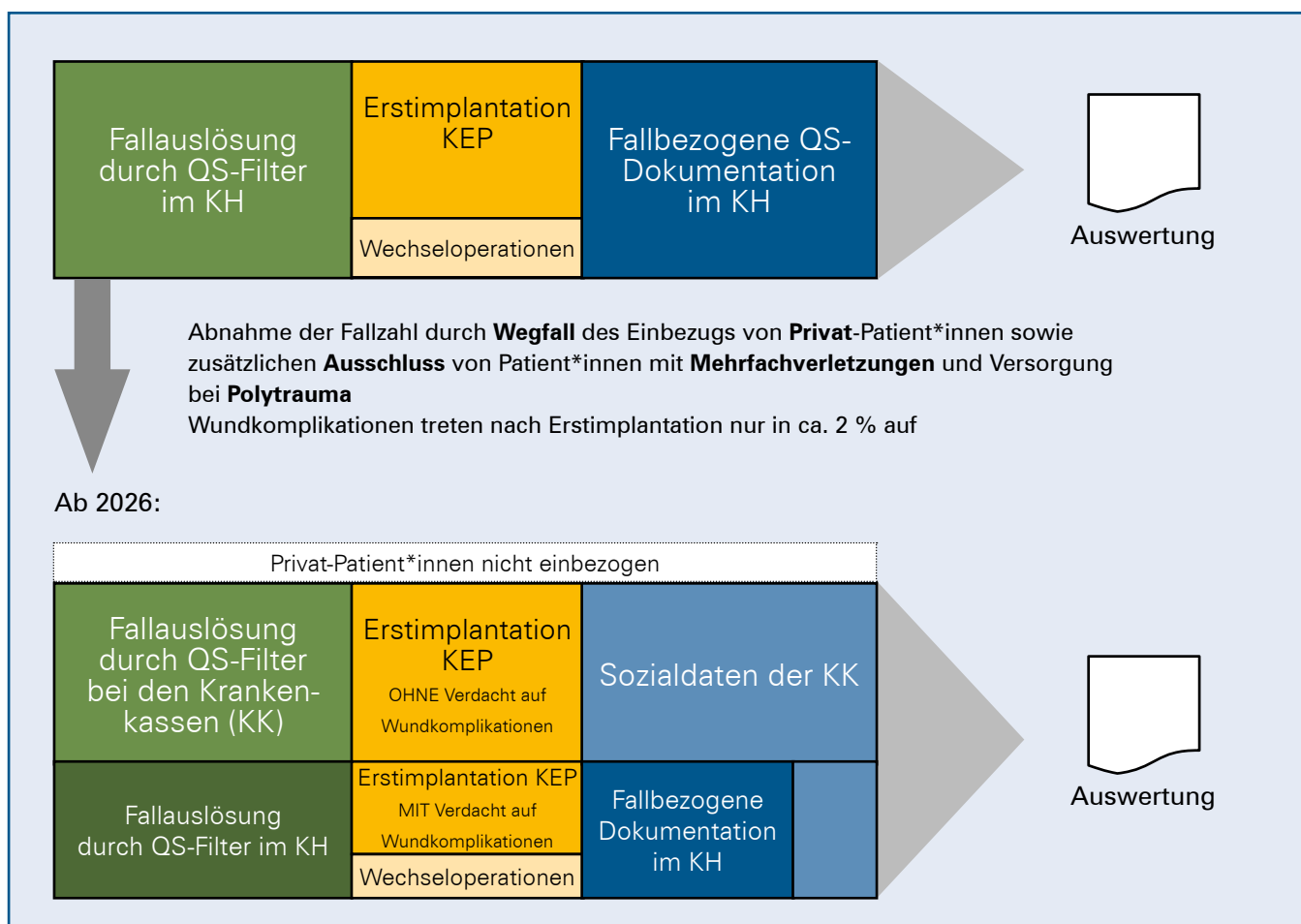


Abb. 3.13.1 Änderungen der Dokumentation im Vergleich der Erfassung bis 2024 zur Erfassung ab 2026 (Quelle: QiG BW)

ten Wechseleingriffen zusammengeführt und ausgewertet (siehe Abbildung 3.13.1).

In den Auswertungen sind Kennzahlen zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen geplant. Auch wird es Ergebnisse zur Sterblichkeit sowie zum frühzeitigen Wechsel (komplette Prothese bzw. Komponente) geben. Zum Auswertungsjahr 2027 sind hierfür vorerst Transparenzkennzahlen, d. h. Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich, vorgesehen (siehe hierzu auch https://iqtig.org/downloads/auswertung/ej2026/kep/DeQS-RL_KEP_EJ2026_QIDB-RR-P_V01_2025-03-20.pdf).

3.14 QS SEPSIS

Fachkommission (in Gründung)

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistent
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Hintergrund und Ziel

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung mit einer lebensbedrohlichen Organ-dysfunktion (Sepsis-3-Definition), die durch eine inad-äquate Wirtsantwort auf eine Infektionen ausgelöst wird. Aufgrund des raschen Fortschreitens der Sepsis und damit einhergehenden schwerwiegenden und langanhaltenden Folgen, ist eine schnelle Diagnose und zeitnahe Behandlung überlebenswichtig.

Die Inzidenz neu aufgetretener Sepsisfälle in Deutsch-land liegt bei ca. 230.000 pro Jahr, davon ca. 50.000 Fälle mit einem septischen Schock. Der Blick auf die Sterblichkeitsrate zeigt mit 30 % der Erkrankung und sogar 60 % der Fälle mit septischem Schock einen sehr hohen Wert. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass ein hoher Anteil der überlebenden Patient*innen

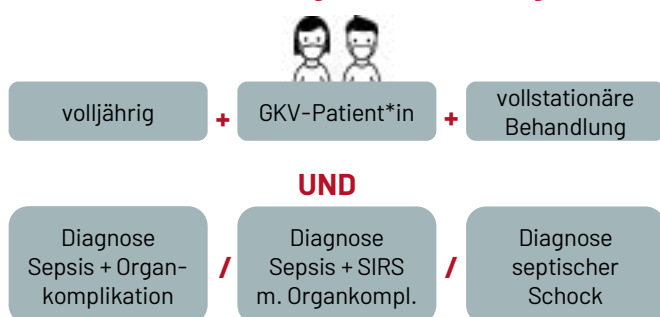
oft anhaltende körperliche, psychische und kogniti-ve Einschränkungen erfährt, die zu erheblichen Ein-schränkungen im alltäglichen Leben führen können.

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA das IQTIG mit der Entwicklung eines neuen Qualitätssicherungsver-fahrens beauftragt.

Das Verfahren soll Struktur-, Prozess- und Ergebnis-qualität der stationären Versorgung von Patient*innen mit Sepsis einrichtungsvergleichend abbilden. Ziele des Verfahrens sind die Reduzierung der Mortalität, neu aufgetretener Morbidität und Pflegebedürftigkeit, eine verbesserte Sepsis-Diagnose und antiinfektive Therapie sowie die Einführung und Vermittlung rele-vanter Prozesse in Zusammenhang mit Sepsis.

QS-Filter: Einbezug von Behandlungsfällen im QS-Verfahren

Kriterien zum Einbezug von Behandlungsfällen



Ausschlussbedingungen

- Ausschluss von Behandlungsfällen
 - mit Palliativbehandlung über OPS und Fachabteilungsschlüssel
 - mit Entlassungsgrund „11: Verlegung in ein Hospiz“
 - mit Entlassung aus bestimmten Fachabteilungen über Schlüssel 6 gemäß § 301 SGB V (z.B. Psychiatrie, Pädiatrie, Augenheilkunde)

Abb. 3.14.1 QS-Filter des Verfahrens (Quelle IQTIG)

QS-Instrumente und Datenerhebung

Dass Verfahren QS SEPSIS startet mit dem Erfassungsjahr 2026 und bezieht alle Patient*innen in der vollstationären Krankenhausbehandlung ab 18 Jahren ein. Auslösende Krankheitsbilder für die Dokumentationspflicht sind die Diagnosen:

- ✓ Sepsis mit Organdysfunktion oder
- ✓ die Diagnose Sepsis und die Diagnose eines systemischen inflammatorischen Response-Syndroms (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen oder
- ✓ septischer Schock

Für das Verfahren werden mit der fall- und einrichtungsbezogenen Datenerfassung sowie den Sozialdaten drei verschiedene Erfassungsinstrumente genutzt. Für alle ab dem 01.01.2026 kodierten Fälle ist die fallbezogene Dokumentation in den stationären Krankenhausstandorten sicherzustellen und die Daten quartalsweise an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln. Darüber hinaus erstellen die Einrichtungen retrospektiv die einrichtungsbezogene Dokumentation, wenn mindestens ein Sepsisfall mit den definierten Einschlusskriterien im relevanten Erfassungsjahr am Klinikstand-

ort aufgetreten ist. Von der Erhebung ausgeschlossen sind verschiedene Fachabteilungen und Schwerpunkte, in denen eine Behandlung der Sepsis erwachsener Patient*innen in der Regel nicht erfolgt. Dies sind z. B. die Pädiatrie, die Palliativmedizin oder die Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen (s. Abb. 3.14.1).

Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren wurde ein Qualitätsindikatorenset entwickelt, das Qualitätsmarker über den gesamten Behandlungszeitraum der betroffenen Patient*innen von Prävention über Diagnostik, Therapie und Outcome einbezieht. Es werden Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet.

In Abbildung 3.14.2 (Quelle: IQTIG) sind diese in einer Übersicht zusammengestellt, der sowohl die Zuordnung der Indikatoren zu den einzelnen Behandlungsphasen als auch zu den verschiedenen Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entnehmen ist. Darüber hinaus zeigt die Grafik, aus welcher

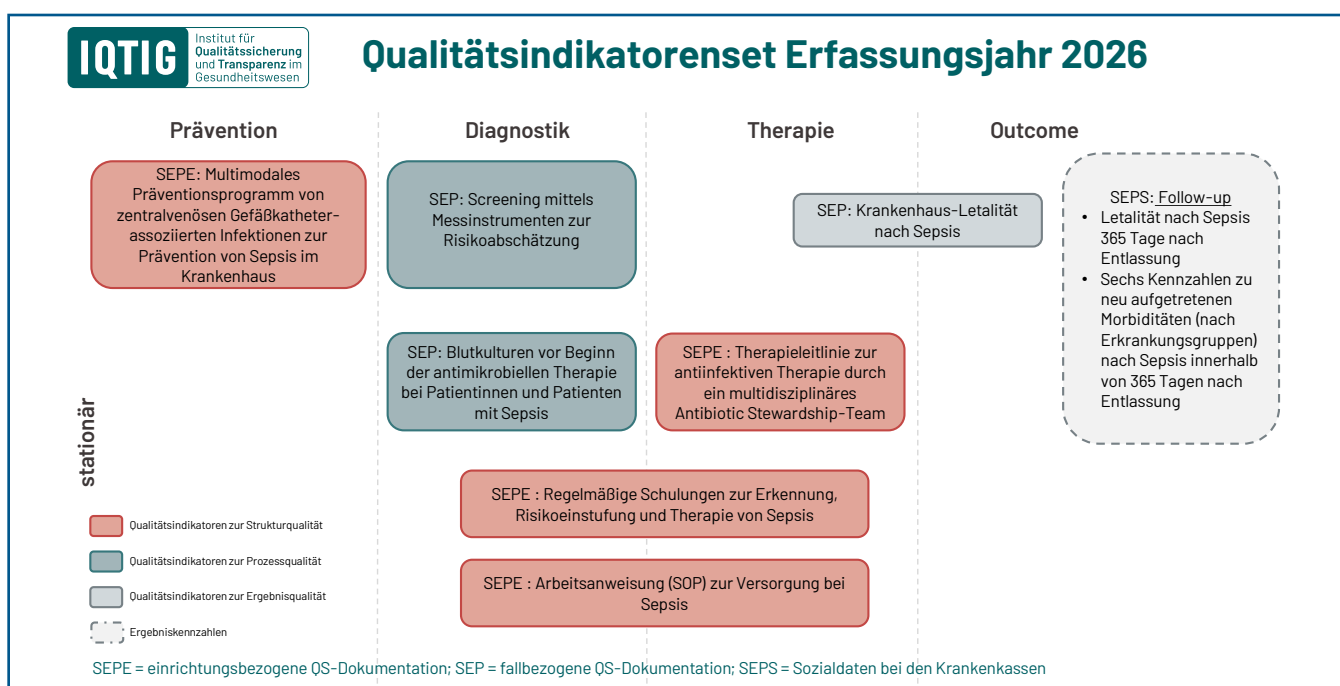


Abb. 3.14.2 Übersicht der Qualitätsindikatoren EJ 2026 (Quelle: IQTIG)

Das Indikatorenset im Verfahren QS Sepsis

Titel	Referenzbereich	Erhebungs-instrument	Q-Dimension
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	O/E $\leq 2,0$ *	Fall-Doku	Ergebnis
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	≥ 90 %	Fall-Doku	Prozess
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie	≥ 95 %	Fall-Doku	Prozess
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	Mindest-anforderung (MA)	Einrichtung-Doku	Struktur
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	MA: ≥ 80 %	Einrichtung-Doku	Struktur
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic Stewardship Team	MA: Leitlinien, ABS-Team, Visiten	Einrichtung-Doku	Struktur
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen	MA: Schulung ≥ 80 %, Audits	Einrichtung-Doku	Struktur

* risikoadjustiert, ab 2027

Abb. 3.14.3 Übersicht Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich, Erhebungsinstrument und Qualitätsdimension (Quelle IQTIG)

Follow-up Kennzahlen (nicht-bewertet) im Verfahren QS Sepsis

Titel	Erhebungs-instrument	Q-Dimension
Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Atmungssystem	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Niere	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Kardiovaskuläres System	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Zentrales Nervensystem	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Posttraumatische Belastungsstörung	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Kognitive Funktionseinschränkung	Sozialdaten	Ergebnis

Abb. 3.14.4 Übersicht Follow-up Kennzahlen (Quelle IQTIG)

drei erläuterten Datenquellen die Ergebnisse berechnet werden.

Eine Übersicht über Referenzbereiche, zugrunde liegendes Erhebungsinstrument und der Qualitätsdimension liefern die Abbildungen 3.14.3 und 3.14.4 (Quelle: IQTIG).

Der aktuell einzige Indikator zur Ergebnisqualität mit definiertem Referenzbereich ist die Krankenhaus-Letalität nach Sepsis. Alle anderen Ergebnisqualitätsaspekte werden als Follow-up in Form von Transparenzkennzahlen aus den Sozialdaten berechnet.

Die Krankenhaus-Letalität nach Sepsis wird als O/E-Indikator definiert. Da erst 2027, nach der ersten Jahresauswertung, eine zur Entwicklung der Risikoadjustierung aussagefähige Datenbasis zur Verfügung stehen wird, wurde zur Bewertung des ersten Erfassungsjahres 2026 der Referenzwert des Indikators auf ≤ 2 festgelegt.

Übergangsregelung

Um den teilnehmenden Leistungserbringer*innen ausreichend Spielraum zur Etablierung der geforderten Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen zu geben sowie die QS-Auslösung von Seiten des IQTIG weiter zu entwickeln, hat der G-BA eine dreijährige Übergangsregelung zum Verfahren festgelegt. Diese beinhaltet einen erweiterten Spielraum zum Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen, das in dieser Zeit auf Empfehlung der beratenden Fachkommission zwar durchgeführt werden kann, aber nicht in allen Fällen zwingend erfolgen muss. Des Weiteren sollen Maßnahmen der Stufe 2 in dieser Phase nicht zur Anwendung kommen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisdaten zur einrichtungsbezogenen Befragung des ersten Erfassungsjahres 2026 ist laut der Regelung ebenfalls nicht vorgesehen.



4. QFR-RL

QFR-Richtlinie und klärender Dialog

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) trat am 01.01.2006 in Kraft und wurde seitdem mehrfach überarbeitet und angepasst. Die zuletzt beschlossene Änderung erfolgte am 17.10.2024 und ist zum 01.01.2025 in Kraft getreten. Sie wurde unter anderem auf Grundlage der aktuellen Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ weiterentwickelt.

Damit wurden auch die Mindestanforderungen in Anlage 1 angepasst. Diese gelten nun großteils unabhängig vom Geburtsgewicht und damit gleichermaßen für Früh- und Reifgeborene, welche auf einer neonatologischen Intensivstation versorgt werden müssen.

Die neuen Mindestanforderungen (gemäß Anlage 1 Nummer I.2.2) zur pflegerischen Versorgung auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrum Level 1 unterscheiden drei Betreuungsschlüssel. Grundsätzlich ist ein Betreuungsschlüssel von 1:2 vorgesehen. Bei Vorliegen bestimmter Kriterien gilt hin-

gegen ein Betreuungsschlüssel von 1:1, bei anderen Kriterien hingegen nur ein Betreuungsschlüssel von 1:4 (Tab 4.1).

Gleichzeitig wurden in der angepassten QFR-RL Übergangsregelungen hinsichtlich der Erfüllungsquote der Mindestanforderungen neu festgelegt. 2025 galt eine Erfüllungsquote von $\geq 90\%$. Für das Jahr 2026 gilt eine Erfüllungsquote von $\geq 95\%$. Ab dem Jahr 2027 sind die geregelten Mindestanforderungen von den Perinatalzentren in 100 % der Schichten einzuhalten.

Ebenfalls ab 2027 soll bei Krankenhausstandorten, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen, eine anteilige Kürzung der Vergütung für die jeweils von der Nichterfüllung betroffenen Tage erfolgen. Bereits seit dem 01.01.2025 sind die Perinatalzentren aufgefordert, eine Nichterfüllung der Mindestanforderungen den Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (mittels Servicedokument) zu melden. Auch ist weiterhin das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes unverzüglich den Landesverbänden mitzuteilen (das entsprechende Formular ist auf der Homepage der LAGQH (<https://www.lagqh.de/qsverfahren/qfr-rl>) abrufbar). Diese Ausnahmetatbestände werden in der schichtbezogenen Dokumentation zur Berechnung der Erfüllungsquote berücksichtigt. Hierzu zählen kurzfristige und unvorhergesehene krankheits- sowie schwangerschafts-

Versorgungsschlüssel	Kriterien*
1:1	✓ bei einem Geburtsgewicht < 1.000 Gramm in den ersten 72 Lebensstunden ✓ bei kardiorespiratorisch instabilen Patient*innen ✓ am Tag einer größeren Operation ✓ bei Austauschtransfusion oder ECMO-Therapie ✓ bei Hypothermie-Behandlung in den ersten 24 Stunden ✓ bei Sterbebegleitung
1:2	✓ Falls die Kriterien für den Pflegepersonalschlüssel 1:1 und 1:4 nicht zutreffen gilt grundsätzlich für alle Patient*innen der neonatologischen Intensivstation der Schlüssel 1:2
1:4	✓ Kontinuierliches Monitoring von EKG, Atmung und/oder Sauerstoffsättigung ✓ Sauerstofftherapie ✓ Magen oder Jejunalsonde, Gastrostoma, Stomapflege ✓ Infusion ✓ Phototherapie

Quelle: QFR-RL; Anlage 1, I.2.2 Pflegerische Versorgung, Absatz 5-7
*gelten für die neonatologische Intensivstation von Perinatalzentren Level 1

Tab. 4.1 Pflegerischer Versorgungsschlüssel auf der NICU gemäß Kriterien der QFR-RL

Klärender Dialog gemäß QFR-RL

bedingte Personalausfälle und ein unvorhersehbarer Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g innerhalb einer Schicht.

Mit der letzten Anpassung der Richtlinie wurde zum wiederholten Mal der klärende Dialog verlängert, diesmal bis zum 31.12.2026. Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht erfüllen, melden dies dem G-BA und erhalten die Möglichkeit zur Teilnahme an einem klärenden Dialog mit der Fachgruppe der LAGQH. In den vergangenen Jahren konnten sich die meisten hessischen Kliniken zunehmend auf die Anforderungen einstellen und schrittweise Maßnahmen umsetzen, um die Strukt-

Klärender Dialog 2019 bis 2025

Klinik	2019		2020	2021	2022	2023	2024	2025	Erneute Meldung der Nicht-Erfüllung an den G-BA 2024	Klärender Dialog
	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote			
A	96,6 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	100,0% (1.HJ)	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet*
B	87,3 %	NEIN	97,9 %	97,2 %	91,0 %	93,6 5	95,6 %	94,5 %	NEIN	Teilnahme
C	64,0 %	NEIN	93,3 %	100,0 %	100,0 %	keine Aussage möglich	96,6 %	92,3 %	NEIN	Teilnahme
D	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	99,2 %	98,4 %	NEIN	Teilnahme
E	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	86,0 %	JA	Teilnahme
F	83,3 %	NEIN	92,2 %	93,3 %	97,0 %	99,6 %	90,1 %	93,1 %	NEIN	Teilnahme
H	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	87,0 %	90,0 %	90,1 %	98,9 %	NEIN	Teilnahme
I	96,0 %	NEIN	91,7 %	99,3 %	99,4 %	keine Aussage möglich	70,1 %	57,0 %	NEIN	Teilnahme
J	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	96,15 %	100,0 % (Jan-Okt)	99,0 %	NEIN	Beendet*
K	85,0 %	NEIN	99,5 %	92,1 %	99,2 %	Antrag ruht	96,3 %	99,6 %	NEIN	Teilnahme

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

Tab. 4.2 Verlauf der Erfüllungsquoten 2019-2025

ren und Prozesse in ihren Einrichtungen entsprechend anzupassen bzw. um Personal zu akquirieren. Dadurch konnten die Vorgaben der QFR-RL hinsichtlich der pflegerischen Versorgung sehr kleiner Frühgeborener bis 2023 weitgehend erfüllt werden.

Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über den Verlauf des klärenden Dialogs der zehn hessischen Perinatalzentren Level I im Hinblick auf die Erfüllungsquoten in den Jahren 2019 bis 2025. Im Jahr 2025 befanden sich acht Kliniken im klärenden Dialog. Eine Klinik davon stellte beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen neuen Antrag auf Wiederaufnahme in den klärenden Dialog. Mit allen Kliniken, die in den klärenden Dialog aufgenommen werden, wird eine Zielvereinbarung im Rahmen eines Klinikgesprächs geschlossen.

Alle getroffenen Zielvereinbarungen wurden mit einer Laufzeit bis zum 31.12.2026 vereinbart. Hintergrund hierfür ist die ab dem Jahr 2027 geltende verpflichtende Erfüllungsquote von 100 %. Demnach wurden auch im Rahmen der Prüfung der Jahresdaten 2025 keine Kliniken aus dem klärenden Dialog entlassen.

Zur Mitte des Jahres werden die Halbjahresdaten mithilfe der ausfüllbaren Dateien (Anlage 4 und Personaldatei) abgefragt. Die aktuell gültigen Dateien sind auf der Homepage der LAGQH verlinkt (<https://www.lagqh.de/qsverfahren/qfr-rl>).

Nach Abgabe der Dateien durch die Kliniken werden die Daten im Rahmen der Fachgremiumssitzung geprüft und über den Verbleib im klärenden Dialog der Perinatalzentren beraten.

5. Hessischer Krankenhausplan 2025

Am 12. Dezember 2025 hat das hessische Kabinett den Krankenhausplan 2025 verabschiedet. Er soll ab 2027 unter Berücksichtigung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) bzw. des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) die Krankenhausversorgung in Hessen regeln: „Er ist die Grundlage für künftige Planungen und er ist das Regelwerk für die zu treffenden Entscheidungen der Kliniken und des Landes Hessen innerhalb des anstehenden Transformationsprozesses.“ (aus dem Vorwort der Hessischen Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege).

Neben den bundesweit einheitlichen Kriterien werden hierbei auch landesspezifische Faktoren festgelegt. In dem 264 Seiten umfassenden Werk werden im allgemeinen Teil rechtliche Grundlagen, strategische und operative Versorgungsziele, Anforderungen an die stationäre Versorgung sowie die Methoden und Werkzeuge der Krankenhausplanung dargelegt. In den weiteren Kapiteln sind dann der Versorgungsbedarf,

Verfahrensregelungen, Planung in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie Anforderung an die Notfallversorgung, bauliche Anforderungen, Aus-, Fort- und Weiterbildung, stationäre Versorgung in Ausnahmesituationen und medizinische Fachkonzepte Thema. In der Tiefe des Regelwerkes unter den Verfahrensregelungen findet sich auch ein Unterkapitel zur Qualität der Versorgung (Abb. 5.1).

Hessen ist das erste und bisher auch einzige Bundesland, welches hier neben Strukturvorgaben auch Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität miteinbezieht. „Das Auswahlkriterium „Qualität der Versorgung“ folgt daraus, dass nach § 1 Abs. 1 HKHG eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung eines der Ziele des Hessischen Krankenhausgesetzes ist“ (Kapitel D 1.5.7). Hierfür sollen universelle Auswahlkriterien (Tabelle 5.1) aber auch spezifische Kriterien für ausgewählte Leistungsgruppen (Tabelle 5.2) miteinbezogen werden. Als Grundlage sollen Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung (gemäß DeQS-RL) aber auch

Hessischer Krankenhausplan 2025

A) Zusammenfassung	D1 Das Verfahren der Krankenhausplanung bei der erstmaligen Zuweisung der Leistungsgruppen	D1.1 Entscheidungsreihenfolge	D.1.5.1 Mitwirkung in der Notfallversorgung
B) Allgemeiner Teil		D1.2 Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) nach Bundesrecht	D.1.5.2 Personalausstattung der Krankenhäuser
C) Versorgungsbedarf in Hessen	D2 Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser	D1.3 Verfahren bei einer Auswahlentscheidung	D.1.5.3 Erfahrung in der Versorgung
D) Verfahrensregelungen	D3 Die Änderung der Zuteilung von Leistungsgruppen auf Antrag des Krankenhausträgers	D1.4 Qualitätskriterien (Auswahlkriterien) nach Bundesrecht	D.1.5.4 Herstellung der erforderlichen Kooperationen
E) Das Verfahren der späteren Zuweisung von Leistungsgruppen	D4 Das Vorgehen des HMFG bei Nichterfüllung der gesetzlichen Aufgaben	D1.5 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – universelle Auswahlkriterien	D.1.5.5 Mitwirkung in der Weiterbildung
F) Planung in der Psychiatrie / Psychosomatik	D5 Der Entzug des Versorgungsauftrags und einzelner Leistungsgruppen durch das HMFG	D1.6 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung	D.1.5.6 Bedeutung der Leistungsgruppe für Forschung und Lehre
G) Besondere Anforderungen an die Notfallversorgung und die Zusammenarbeit im Rettungsdienst	D6 Verfahrensdurchführung	D1.7 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung	D.1.5.7 Qualität der Versorgung
H) Weitere Anforderungen an Krankenhäuser		D1.8 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – Leistungsgruppenspezifische Auswahlkriterien	
I) Aus- Fort- und Weiterbildungskapazitäten		D1.9 Verfahren bei Unterschreitung des notwendigen Versorgungsbedarfes	
J) Die gesundheitliche stationäre Versorgung in Hessen in Ausnahmesituationen sichern			
K) Medizinische Fachkonzepte			



Abb. 5.1 Inhalt Hessischer Krankenhausplan

Ergebnisse der Landesverfahren (QS-Schlaganfall und QS-MultiResistenteErreger) berücksichtigt werden. Die verwendeten Qualitätsindikatoren wurden dem HMFG von der Geschäftsstelle der LAGQH mit entsprechender Rationale vorgeschlagen. Ein wesentlicher Punkt in der Regelung ist, dass „das HMFG bei der Prüfung der Qualitätsindikatoren überprüft, ob nach der Bewertung durch die LAGQH eine qualitative Auffälligkeit vorliegt“ (D.1.5.7). Damit wird auch nochmal klargestellt, dass ein rechnerisch auffälliges Ergebnis allein nicht als Kriterium verwendet werden soll, sondern nur mit entsprechender qualitativer Bewertung durch die LAGQH. Zur besseren Einordnung soll das HMFG auch die Bewertungen der letzten vier Jahre nutzen. Zusätzlich soll bei einer festgestellten qualitativen Auffälligkeit das betreffende Krankenhaus noch eine Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Die Ergebnisse inkl. Bewertungen zu den Qualitätsindikatoren aus den DeQS-Verfahren (exkl. QS-WI, welches nicht mehr weitergeführt wird, werden im

strukturierten Qualitätsbericht krankenhausbezogen veröffentlicht und sind somit auch frei verfügbar. Bei den Ergebnissen zu den Landesverfahren (QS MRE und QS SA) ist vor der Weitergabe der Ergebnisse ein Beschluss des Lenkungsremiums Voraussetzung.

Mit der Regelung, Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung als weiteres Auswahlkriterium bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zu berücksichtigen, erweitert die hessische Planungsbehörde den Fokus von der Strukturqualität der Krankenhäuser auf deren Prozess- und Ergebnisqualität und stärkt damit auch die Bedeutung der gesetzlichen Qualitätssicherung.

QS-Verfahren	Qualitätsindikatoren
QS MRE (Multiresistente Erreger)	nicht isolierte MRE-Fälle Inzidenz nosokomialer MRSA-Fälle
QS DEK (Dekubitusprophylaxe)	Stationär erworbener Dekubitus Stadium 4
QS WI (Wundinfektionen)*	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen (Nicht-Implantat-Operationen) nach 30 Tagen Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen (Implantat-Operationen) nach 90 Tagen

Tab. 5.1 Allgemeine Auswahlkriterien im Hessischen Krankenhausplan 2025 zur Qualität der Versorgung

Leistungsgruppe	Qualitätsindikatoren
11 - Interventionelle Kardiologie	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
12 - Kardiale Devices	Sondendislokation oder -dysfunktion - Herzschrittmacher Sondendislokation oder -dysfunktion - implantierbare Defibrillatoren
19 - Carotis operativ/interventionell	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
23 - Endoprothetik Hüfte	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
25 - Revision Hüftendoprothese	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
41 - Senologie	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
54 - Stroke Unit	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h) Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)

Tab. 5.2 Leistungsgruppenindividuelle Auswahlkriterien im Hessischen Krankenhausplan 2025 zur Qualität der Versorgung

* Verfahren wurde zum EJ 2026 eingestellt



6. Veranstaltungen

Informationsveranstaltung „Externe Qualitätssicherung 2025“

Datum: 28.01.2025

Uhrzeit: 9:00 - 16:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm:

Teil A - Grundlagen und Allgemeines zur externen Qualitätssicherung in Hessen

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

Teil B - Aktuelles zur externen Qualitätssicherung in Hessen

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1 | 13:00 – 13:30 Uhr | Begrüßung und Moderation
Dr. Björn Misselwitz |
| 2 | 13:30 – 14:15 Uhr | Aktueller Sachstand und Ergebnisse zu den Landesverfahren
Simone Puttins / Dr. Björn Misselwitz |
| 3 | 14:15 – 14:45 Uhr | Ergebnisse und Bewertungen zu den landesbezogenen Bundesverfahren
Dr. Friedemann Woernle |
| | 14:45 – 15:00 Uhr | PAUSE |
| 4 | 15:00 – 15:30 Uhr | Patientenbefragung im Rahmen der externen Qualitätssicherung
Dr. Konstanze Blatt (IQTIG) |
| 5 | 15:30 – 16:00 Uhr | Acht Jahre QS WI - Quo Vadis?
Claudia Herrler |

9. Hessisches Schlaganfallsymposium

26.11.2025

Frankfurt a. M.

PROGRAMM



LAGQH
Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen

 **Landesärztekammer Hessen**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Referierende

Claudia Ackermann

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Hessen, Frankfurt a. M.

Dr. med. Jens Allendörfer

Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen, Nidda

Jörg Blau

Main-Taunus-Kreis, Der Kreisausschuss, Amt für Brandschutz und Rettungswesen, Hofheim

PD Dr. med. habil. Ferdinand Bohmann

Universitätsklinikum Frankfurt a.M., Klinik für Neurologie

Dr. med. Christian Claudi

Universitätsklinikum Gießen, Klinik & Poliklinik für Neurologie

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger

Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., Eschborn

Prof. Dr. med. Christian Grefkes-Hermann

Universitätsklinikum Frankfurt a. M., Klinik für Neurologie

Petra Hummel

Allgemeinmedizinerin, Bad Homburg

Dr. med. Björn Misselwitz MPH

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR, Eschborn

Prof. Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin

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

Hans Dieter Niepötter

Schlaganfall Selbsthilfe Kreis Bergstraße, Bürstadt

Simone Puttins

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR, Eschborn

Prof. Dr. med. Gerhard-Michael von Reutern

Neurologe, Bad Nauheim

Dr. Ben Michael Risch

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, Wiesbaden
Referat IV 5 - Krankenhausplanung, Rettungsdienst und Telemedizin

Rainer Sand

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Hessen, Frankfurt a. M.

Dr. med. Christian Schwark

Landesärztekammer Hessen, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. Lars Timmermann

Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Neurologie

15:00 – 15:15 Uhr

Begrüßung

- **Dr. med. Christian Schwark**
(Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen)
- **Claudia Ackermann**
(Vorsitzende des Lenkungsgremiums der LAGQH)
- **Prof. Dr. med. Lars Timmermann**
(Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurologie)
- **Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin**
(Vorstandsmitglied der Deutschen Schlaganfallgesellschaft)

15:15 – 17:00 Uhr

Versorgung in Hessen im Kontext zum KHVVG

Moderation: Dr. med. Björn Misselwitz

- **Einführung**
Dr. med. Björn Misselwitz
Dr. Ben Michael Risch
- **Podium**
Prof. Dr. med. Steffen Gramminger
Petra Hummel
Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin
Hans Dieter Niepötter
Dr. Ben Michael Risch
Rainer Sand
Dr. med. Christian Schwark
- **Podiumsdiskussion**

17:00 - 17:30 Uhr

Kaffeepause

17:30 - 19:30 Uhr

Präklinische Versorgung

Moderation: Dr. med. Christian Schwark

- **Auswirkung der Krankenhausstruktur auf die rettungsdienstliche Versorgung von Schlaganfallpatienten**
Jörg Blau
- **Präklinisches Management akuter Schlaganfallpatienten in Hessen**
Dr. med. Christian Claudi
- **Netzwerkstrukturen in der Schlaganfallversorgung**
Dr. med. habil. Ferdinand Bohmann

Stationäre Rehabilitation

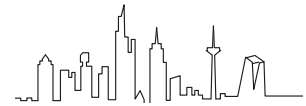
Moderation: Simone Puttins

- **Entwicklung der Strukturen für die Schlaganfallbehandlung in Folge der therapeutischen Möglichkeiten - Ein kurzer historischer Abriss**
Prof. Dr. med. G.-M. von Reutern
- **Aktuelle Versorgungsrealität – der richtige/beste Weg für den Patienten**
Dr. med. Jens Allendörfer
- **Kortikale Reorganisation und Funktionserholung nach Schlaganfall**
Prof. Dr. med. Christian Grefkes-Hermann

19:30 Uhr

Gemeinsamer Ausklang mit Imbiss

Hiermit sichern wir zu, dass für die Veranstaltung:
a. die Fortbildungsinhalte produkt- und dienstleistungsneutral und damit unabhängig von wirtschaftlichen Interessen gestaltet sind,
b. potentielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten in einer Selbstauskunft gegenüber den Teilnehmern offengelegt werden,
c. ein Sponsoring der Veranstaltung nicht besteht.



Gute Ausgangslage, große Herausforderungen

Bericht vom 9. Hessischen Schlaganfall-Symposium

„Der fachliche Austausch beim 9. Schlaganfallsymposium in Frankfurt unterstrich die Bedeutung von Kooperation und kontinuierlicher Fortbildung als Basis einer patientenzentrierten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg“, sagt Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH).

Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) und die LÄKH hatten Fachleute aus Medizin, Rettungsdienst, Rehabilitation, Krankenkassen, Ministerium sowie Selbsthilfeorganisationen in die Landesärztekammer nach Frankfurt eingeladen. Schon bei der Begrüßung betonten die Veranstalter, dass eine hochwertige Schlaganfallversorgung in Hessen auf einem stark vernetzten System von Rettungsdienst, Akutbehandlung, Rehabilitation und Nachsorge beruht – und dass diese Strukturen auch angesichts der aktuellen Krankenhausreform zukunftssicher weiterentwickelt werden müssen.

Im ersten thematischen Block ging es um die Frage, wie die Versorgung in Hessen im Kontext des neuen Krankenhausstrukturgesetzes (KHVG/KHAG) bewertet und eingeordnet werden kann. Dr. med. Björn Misselwitz (LAGQH) stellte zur Einführung aktuelle Daten zur stationären Schlaganfallversorgung in Hessen vor und zeigte die Entwicklungen der letzten 20 Jahre auf. Dr. Ben Michael Risch vom Hessischen Gesundheitsministerium ging auf das KHVG bzw. KHAG und die Auswirkungen auf die Schlaganfallversorgung in Hessen ein. Prof. Dr. med. Steffen Gramming (Hessische Krankenhausgesellschaft) erläuterte die strukturellen Rahmenbedingungen, bevor Prof. Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin die Herausforderungen aus Sicht der Deutschen Schlaganfallgesellschaft darstellte.

In einer Podiumsdiskussion mit Schwark und den oben genannten Referenten sowie Petra Hummel (Hausärztinnen- und Hausärzterverband Hessen), Rainer Sand (Verband der Ersatzkassen) und Hans Niepötter (Schlaganfall-Selbsthilfe Kreis Bergstraße) wurde deutlich, wie regionale



Foto: Katja Kölsch

Von links: Dr. Ben Michael Risch, Petra Hummel, Hans Niepötter, Dr. med. Björn Misselwitz, Dr. med. Christian Schwark, Claudia Ackermann, Prof. Dr. med. Steffen Gramming, Rainer Sand, Prof. Dr. med. Lars Timmermann und Prof. Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin

Netzwerke und interdisziplinäre Kooperationen die Versorgung stärken und an die Anforderungen der Reform anpassen können.

Ein Schwerpunktthema war die präklinische Versorgung. Jörg Blau (Main-Taunus-Kreis) zeigte auf, wie Krankenhausstrukturen die rettungsdienstliche Versorgung beeinflussen. Dr. med. Christian Claudi (Uniklinik Gießen) stellte das prähospitaler Schlaganfallkonzept für Hessen vor. PD Dr. med. Ferdinand Bohmann (Uniklinik Frankfurt) gab Einblicke in funktionierende Netzwerkstrukturen am Beispiel des Interdisziplinären Neurovaskulären Netzwerkes Rhein-Main (INVN).

Im letzten Symposiumsabschnitt rückte die stationäre Rehabilitation in den Fokus. Prof. Dr. med. Gerhard-Michael von Reutern (Bad Nauheim) gab einen historischen Überblick über die Entwicklung der Stroke-Units in Hessen im Kontext zu deren akuttherapeutischen und rehabilitativen Versorgungsansätzen, bevor Dr. med. Jens Allendörfer (Asklepioskliniken Bad Salzhausen) die aktuelle Versorgungsrealität im Bereich der stationären Rehabilitation nach Schlaganfall reflektierte und den „richtigen Weg“ für die Patientinnen und Patienten diskutierte. Er machte deutlich, dass trotz bemerkenswerter Fortschritte in der Akutversorgung ein Rückgang der

Reha-Nutzung nach Schlaganfall in Hessen zu beobachten ist. Den Abschluss bildete ein wissenschaftlicher Vortrag von Prof. Dr. med. Christian Grefkes-Hermann (Uniklinik Frankfurt) zur kortikalen Reorganisation und Funktionserholung nach Schlaganfall, der die neurologischen Mechanismen der Rehabilitation und neurobiologischen Erholungsprozesse anschaulich erläuterte.

Fazit der Veranstalter: Hessen verfügt über ein starkes, interprofessionell vernetztes Versorgungsnetz, das Akutmedizin, Rettungsdienst, Rehabilitation und Nachsorge eng verzahnt. Gleichzeitig steht die Gesundheitsversorgung vor strukturellen Herausforderungen, die es mit koordiniertem Engagement aus Politik, Gesundheitswesen und Praxis zu bewältigen gilt.

Dr. med. Björn Misselwitz
Lisa Heinrich
Peter Böhnel

Präsentationen des Symposiums
im Internet:
<https://kurzlinks.de/HSS2025-Praesentationen>



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

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

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

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

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

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren, für das EJ 2024, erfolgte bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen durch die jeweiligen Fachkommissionen in Hessen.

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

Die Angaben in den folgenden Tabellen sind ohne Gewähr.

Farblegende

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

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)				PCI				
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	56008	56014	56003	56004
					Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	Door-to-balloon*-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	Door*-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Nordhessen								
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	31	S99	S99	A71	S99
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	699	R10	R10	R10	R10
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	87	R10	N01	N01	N01
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	1.770	R10	R10	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	774	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	515	A99	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	997	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	896	R10	R10	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	201	S99	S99	S99	S99
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	658	S99	S99	S99	S99
Mittelhessen								
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	107	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	592	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	1.312	R10	R10	R10	R10
	Braunfels	Klinikum Falkeneck	771877	19	R10	N01	N01	N01
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	686	R10	R10	A71	A99
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	1.242	R10	R10	R10	R10
	Marburg	UKGM, Kinder und Jugendpsychotherapie	773136	≤3*	R10	N01	N01	N01
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	1.429	R10	R10	R10	R10
Osthessen								
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	715	R10	R10	A71	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	8	R10	N01	N01	N01
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	1.249	R10	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreis Krankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	≤3*	S99	N01	N01	N01
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	1.694	R10	R10	R10	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	15	R10	N01	N01	N01
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	278	A99	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	985	R10	R10	R10	R10
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877	9	R10	R10	N01	N01
Frankfurt a. M.								
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	478	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	265	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	86	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	60	R10	N01	N01	N01
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	304	R10	R10	A71	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	245	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	76	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	78	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	2.304	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	827	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	≤3*	S99	N01	N01	N01
Westhessen								
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	1.058	R10	R10	A71	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	783	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	2.182	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	803	R10	R10	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	860	A99	R10	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	≤3*	R10	N01	N01	N01
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	985	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	933	A99	R10	R10	R10
Südosthessen								
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	696	S99	S99	S99	S99
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	1.046	S99	S99	S99	S99
	Hanau	St. Vincenz-Krankenhaus Hanau	772141	34	S99	N01	N01	N01
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	926	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	1.035	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	41	R10	N01	N01	N01
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	1.188	R10	R10	R10	R10
Südthessen								
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	473	R10	A72	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	1.120	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	803	S99	S99	S99	S99
	Groß-Gerau	Kreislinik Groß-Gerau	772158	≤3*	R10	N01	N01	N01
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	167	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	1.092	R10	R10	R10	R10

Cholezystektomie				CHE							
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	Eingriffspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
Nordhessen											
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717	11	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	331	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	192	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339	≤3*	R10	R10				R10	
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	37	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	73	R10	R10	R10	A71	A71	R10	R10
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	23	R10	R10	R10	S99	R10	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	178	R10	U99	R10	R10	R10	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	135	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	67	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	184	R10	U99	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	220	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	75	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	187	R10	U99	R10	R10	R10	R10	R10
Mittelhessen											
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	110	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	186	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	229	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	57	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	278	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	184	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balseische Stiftung	772166	127	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	144	R10	R10	U62	A71	R10	R10	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	226	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	49	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	163	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	138	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Osthessen											
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	142	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	187	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	200	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	215	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	96	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	77	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	148	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	154	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	78	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Frankfurt											
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	161	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	117	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	94	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	≤3*	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	142	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	79	R10	U99	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	114	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	250	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	95	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	183	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	≤3*	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	St. Elisabeth-Krankenhaus	773559	101	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99

Cholezystektomie				CHE							
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 58005	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 58006	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 58004	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 58002	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 58003	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 58001	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 58000
Westhessen											
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	302	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	252	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	59	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	323	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749	22	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	196	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	98	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	265	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	81	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	188	R10	U99	R10	R10	R10	R10	R10
	Hofheim	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Hofheim	773346	≤3*			R10	R10	R10		R10
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	326	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	208	S99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen											
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	247	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	291	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757	114	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	215	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	219	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	296	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	145	R10	R10	R10	D80	R10	D80	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	284	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	42	R10	R10	R10	R10	S99	R10	R10
Südthessen											
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	155	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	199	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715	4	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	217	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	30	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	175	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreislinik Groß-Gerau	772158	103	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	185	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	164	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	172	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10

*Datenschutz

Karotis-Revaskularisation				KAROTIS				
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	161800	52240	11704	51873
					Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronärer Bypassoperation	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Nordhessen								
	Volkmarßen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarßen	771765	222	A71	N01	R10	N01
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	18	A71	N01	R10	N01
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	123	R10	U62	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	≤3*	A99	N01	R10	N01
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	63	R10	N01	R10	N01
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	12	R10	N01	R10	R10
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	14	R10	N01	R10	N01
Mittelhessen								
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	≤3*	R10	N01	R10	N01
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	52	R10	N01	R10	U63
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	20	R10	N01	R10	N01
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	16	A71	N01	R10	N01
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	187	R10	U62	R10	R10
	Marburg	UKGM, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	773133	≤3*	N01	N01	N01	N01
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	141	R10	N01	R10	R10
Osthessen								
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	64	R10	N01	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	87	A71	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	≤3*	R10	N01	R10	N01
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	7	R10	N01	R10	N01
	Alsfeld	Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	29	A71	R10	A71	N01
Frankfurt								
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	43	A71	N01	S99	S99
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	36	A71	N01	U62	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	30	R10	N01	N01	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	75	R10	N01	N01	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	148	R10	N01	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	64	R10	N01	R10	R10
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	≤3*	A99	N01	R10	N01
Westhessen								
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	37	A71	N01	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	54	R10	N01	R10	R10
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	168	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	83	R10	N01	R10	N01
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	138	R10	N01	R10	N01
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	45	R10	N01	R10	R10
Südosthessen								
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	18	R10	N01	R10	N01
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	94	R10	N01	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	107	R10	N01	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	47	R10	N01	R10	N01
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	76	R10	R10	R10	R10
Südthessen								
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	192	R10	N01	R10	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	41	R10	N01	R10	N01
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	7	R10	N01	N01	R10

Mammachirurgie				MC										
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsongrafie bei mammografischer Drahtmarkierung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsongrafie bei sonografischer Drahtmarkierung	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
				51370	211800	212400	212001	52330	52279	50719	51847	51846	212000	
Nordhessen														
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	396	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	≤3*	R10	A71	R10	N01	N01	N01	R10	R10	U63	N01
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	717	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
Mittelhessen														
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	6	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10	R10	N01
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	U62	N01
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	289	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	17	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	91	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	650	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	54	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
Osthessen														
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	148	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	≤3*	U62	R10	N01	N01	N01	N01	N01	U62	U62	N01
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	155	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
Frankfurt														
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	5	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	592	R10	R10	R10	U61	R10	R10	R10	R10	R10	U61
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	246	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	386	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
Westhessen														
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	149	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	525	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	268	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	224	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	83	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	200	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	120	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	125	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	123	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen														
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	231	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	179	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	≤3*	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	R10	R10	N01
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	212	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	170	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	246	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südthessen														
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	426	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	244	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	5	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01

Gynäkologische Operationen				GYN-OP								
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre							
					612	52283	12874	10211	60885	60886	51906	
						Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebeentfernung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (OE) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	
Nordhessen												
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717	≤3*	R10	U62	R10	N01	R10	N01	R10	
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	≤3*	U62	U62	U63	N01	R10	N01	R10	
	Volkmarßen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarßen	771765	28	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	770	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	≤3*	U62	R10	R10	R10	R10	N01	R10	
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	19	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	≤3*	N01	R10	U63	N01	N01	N01	R10	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	726	R10	R10	R10	U63	U62	R10	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	122	U63	R10	R10	R10	U62	R10	R10	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	≤3*	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	185	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	9	R10	R10	R10	U62	R10	U62	R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	≤3*	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	151	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	
Mittelhessen												
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	≤3*	N01	R10	N01	N01	N01	N01	N01	
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	6	R10	U62	R10	R10	R10	N01	R10	
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	299	R10	R10	U63	U63	R10	R10	R10	
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	357	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	207	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	203	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	≤3*	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	408	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	382	R10	U63	U63	R10	U62	R10	R10	
Osthessen												
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	130	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	290	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	44	R10	U63	U63	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	133	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	≤3*	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10	
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	11	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	7	U63	R10	R10	U62	N01	R10	R10	
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	143	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	
Frankfurt												
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	4	N01	R10	N01	N01	N01	N01	N01	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	246	R10	U63	U63	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	1.025	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	288	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	177	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	8	R10	R10	N01	N01	R10	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	≤3*	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	454	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	401	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	373	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabeth-Krankenhaus	773559	523	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	8	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	

Gynäkologische Operationen				GYN-OP							
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	612	52283	12874	10211	60685	60686	51906
					Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebeentfernung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Westhessen											
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	262	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	384	R10	R10	R10	S99	S99	S99	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	34	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	474	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749	4	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	243	U63	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	46	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	363	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	309	R10	R10	U63	U63	R10	R10	R10
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	287	U63	R10	R10	R10	U63	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	247	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen											
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	333	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	372	R10	R10	R10	U63	U63	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	237	R10	R10	U63	U63	R10	U63	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	156	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	344	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	≤3*	N01	R10	N01	N01	N01	N01	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	247	R10	U63	U63	R10	R10	U63	R10
Südthessen											
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	196	R10	R10	U63	R10	U62	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	91	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715	4	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	569	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	216	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreislinik Groß-Gerau	772158	≤3*	N01	R10	N01	N01	N01	N01	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	9	N01	R10	N01	N01	N01	N01	R10
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	181	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	191	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10

*Datenschutz

Dekubitusprophylaxe				DEK		
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Stationär erworbener Dekubitalulus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52009	Stationär erworbener Dekubitalulus Stadium/Kategorie 4 52010
Nordhessen						
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik Kassel	771064	10	R10	R10
	Kassel	Vitos Klinik für Psychosomatik Kassel	771272	≤3*	R10	R10
	Hofgeismar	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hofgeismar	771278	≤3*	R10	R10
	Bad Emstal	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Emstal	771279	4	R10	R10
	Kassel	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kassel	771283	≤3*	R10	R10
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717	269	R10	D80
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	76	R10	A71
	Volkmarßen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarßen	771765	≤3*	R10	R10
	Schwalmstadt	Hephata Klinik	771789	6	R10	R10
	Bad Zwesten	Hardtwaldklinik I	771911	35	R10	D80
	Kassel	Paracelsus-Elena-Klinik	771912	24	R10	R10
	Bad Wildungen	Neurologische Klinik Westend	772008	267	R10	U63
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	182	R10	R10
	Bad Wildungen	m&i-Parkland-Klinik	772225	≤3*	R10	R10
	Immenhausen	Fachklinik für Lungenerkrankungen	772280	51	R10	R10
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339	51	R10	R10
	Bad Arolsen	Schön Klinik Bad Arolsen	772485	≤3*	R10	R10
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	74	R10	A71
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	46	S99	D80
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	83	R10	R10
	Hofgeismar	Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen	772513	149	R10	D80
	Kassel	Ludwig-Noll Krankenhaus	772564	≤3*	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	650	R10	A71
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	205	R10	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	68	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	111	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	160	R10	D80
	Bad Wildungen	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik	773151	≤3*	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	204	R10	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Fachklinik Fürstenhof	773358	13	R10	R10
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	164	R10	R10
Mittelhessen						
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	170	R10	R10
	Weilburg	Kreis Krankenhaus Weilburg	771397	245	R10	D80
	Haina	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina	771592	8	S99	S99
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	351	R10	A71
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	62	R10	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	546	R10	R10
	Braunfels	Klinikum Falkeneck	771877	65	U99	R10
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	281	R10	R10
	Leun-Biskirchen	Gertrudis Klinik Parkinson-Zentrum	771919	6	R10	R10
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	≤3*	R10	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	206	R10	R10
	Gießen	Vitos Gießen-Marburg	772611	25	A71	U99
	Marburg	Vitos Gießen-Marburg	772612	18	D80	R10
	Herborn	Vitos Klinik Herborn	772634	≤3*	R10	R10
	Frankenberg	Kreis Krankenhaus Frankenberg	772704	74	R10	R10
	Weilmünster	Vitos Klinikum Weil-Lahn, Standort Weilmünster	772808	70	R10	D80
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	247	R10	D80
	Braunfels	BDH - Neurologische Klinik	772938	82	R10	D80
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	11	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	419	R10	D80
	Marburg	UKGM, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	773133	≤3*	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	435	R10	R10
	Bad Endbach	Hessische Bergland-Klinik Koller	773493	45	R10	R10
	Bad Endbach	Rheumazentrum Mittelhessen	773719	≤3*	R10	R10

Dekubitusprophylaxe				DEK		
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Stationär erworbener Dekubitalulus (ohne Dekubitalucera Stadium/Kategorie 1) 52009	Stationär erworbener Dekubitalulus Stadium/Kategorie 4 52010
Osthessen						
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	≤3*	R10	R10
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	262	R10	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	218	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	58	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreis Krankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	96	S99	S99
	Fulda	Klinikum Gersfeld, Außenstelle Klinikum Fulda	772144	≤3*	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	339	R10	R10
	Fulda	Neuro-Spine-Center, Dr. Al-Hami	772268	≤3*	R10	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	243	R10	U62
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	109	R10	R10
	Grebenhain	Helios Klinik Oberwald	772594	≤3*	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	145	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	157	R10	R10
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877	48	R10	R10
	Wahlsburg	Klinik und Rehasentrum Lippoldsberg	772962	121	R10	R10
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	≤3*	R10	R10
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	115	R10	D80
	Alsfeld	Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	177	R10	R10
	Bad Hersfeld	Klinik am Hainberg	773763	≤3*	R10	R10
Frankfurt						
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	377	R10	U62
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	185	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	188	R10	U62
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	86	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Clementine Kinderhospital	771983	≤3*	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	101	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	187	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	100	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	585	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	760	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	312	R10	U62
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	183	R10	U62
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	223	S99	S99
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	18	R10	R10
Westhessen						
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	402	R10	U62
	Königstein im Taunus	Asklepios Neurologische Klinik Falkenstein	771536	114	U62	R10
	Oberursel (Taunus)	Klinik Hohe Mark	771623	≤3*	R10	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	112	R10	D80
	Friedberg	Bürgerhospital Friedberg	771759	208	D80	D80
	Friedberg	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	771760	≤3*	R10	R10
	Bad Nauheim	GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim	771768	5	R10	R10
	Friedrichsdorf	Vitos Waldkrankenhaus Köppern	772103	≤3*	R10	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	56	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	249	R10	A71
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	165	R10	U62
	Hadamar	Vitos Klinikum Weil-Lahn	772640	≤3*	R10	R10
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749	≤3*	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	583	A71	R10
	Bad Soden am Taunus	SCIVIAS St. Valentinus-Krankenhaus, Standort Bad Soden	772959	≤3*	R10	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	178	R10	U62
	Wiesbaden	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg, Standort am St. Josefs-Hospital Wiesbaden	772964	54	A71	R10
	Bad Schwalbach	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg	772965	221	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	293	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	87	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	458	R10	A71
	Königstein im Taunus	Privatklinik Dr. Amelung	773061	≤3*	R10	R10
	Wiesbaden	HSK, Helios Wilhelm Fresenius Klinik	773141	≤3*	R10	R10
	Hofheim	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Hofheim	773346	70	S99	S99

Dekubitusprophylaxe				DEK			
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Stationär erworbener Dekubitus Grad/Kategorie 2-3 (O/E)		Stationär erworbener Dekubitalulus Grad/Kategorie 4
				52009		52010	
Westhessen							
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	158	R10		R10
	Königstein im Taunus	St. Josef Krankenhaus Königstein	773401	16	D80		R10
	Wiesbaden	Median Klinik NRZ	773494	66	R10		R10
	Königstein im Taunus	Klinik Dr. Steib	773495	≤3*	R10		R10
	Eltville	Vitos Rheingau - Klinik Eichberg	773687	4	R10		R10
	Bad Nauheim	Burghof-Klinik Bad Nauheim	773705	≤3*	R10		R10
	Königstein im Taunus	Hochtaunus-Kliniken, Standort Königstein	773723	38	D80		R10
	Bad Camberg	Medical Park	773741	77	S99		S99
	Bad Homburg v. d. Höhe	Vitos Klinik Bad Homburg	773794	≤3*	R10		R10
	Rüdesheim am Rhein	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg, Standort am St. Josefs-Hospital Rheingau	773830	49	R10		R10
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik Wiesbaden	773911	≤3*	R10		R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	434	R10		A71
Südosthessen							
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	387	R10		R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	516	R10		R10
	Schotten	Kreis Krankenhaus Schotten	771757	66	R10		R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	398	R10		R10
	Nidda	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen	772197	179	S99		A71
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	567	R10		R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	223	R10		A71
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	286	S99		S99
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	456	R10		R10
	Offenbach	Klinik Dr. Frühauf	772811	≤3*	R10		R10
	Bad Orb	MediClin Reha-Zentrum Bad Orb	772966	17	R10		R10
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	58	R10		R10
Südhessen							
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	41	R10		R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	144	R10		R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	672	R10		R10
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	20	R10		R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	207	R10		D80
	Groß-Gerau	Kreisklinik Groß-Gerau	772158	139	R10		R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	358	R10		D80
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	95	R10		R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	7	R10		R10
	Bad König	Asklepios Schloßberg Klinik	772486	162	R10		U62
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	140	R10		R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	46	R10		R10
	Breuberg	Median Klinik Odenwald	773112	≤3*	R10		R10
	Riedstadt	Vitos Philipps hospital Riedstadt	773529	12	R10		R10
	Heppenheim	Vitos Heppenheim	773561	11	R10		R10
	Lampertheim	St. Marien Krankenhaus Lampertheim	773637	128	R10		D80
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt, Standort Martinspfad	773793	≤3*	R10		R10

Herzschrittmacher				HSM-IMPL										HSM-REV			
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgebegriff innerhalb eines Jahres	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	Sondendislokation oder -dysfunktion	Sterblichkeit im Krankenhaus	Prozessurazitierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgebegriff innerhalb eines Jahres	Dosis-Flächen-Produkt	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	N	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Sterblichkeit im Krankenhaus
				2195	102001	52311	51191	2194	101800	52305	101801	54143		121800	52315	51404	
Nordhessen																	
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	7	R10	N02	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	141	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	15	N02	N02	R10
	Hofgeismar	Kreislinik Hofgeismar	772508	5	R10	N02	A71	R10	H99	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	6	R10	N02	R10	R10	R10	A71	R10	R10	A71				
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	218	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	37	N02	N02	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	46	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	80	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	18	N02	N02	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	71	R10	N02	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	10	N02	N02	H99
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	100	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	13	N02	N02	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	19	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	60	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	5	N02	N02	R10
Mittelhessen																	
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	≤3*	R10				R10								
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	40	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	14	R10	N02	A71	H99	H99	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	H99
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	123	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	7	N02	N02	R10
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	19	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	≤3*	N01				N01								
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	≤3*	R10				R10								
	Weilmünster	Vitos Klinikum Weil-Lahn, Standort Weilmünster	772808	≤3*	N01				N01								
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	45	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	S99	8	N02	N02	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	17	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	303	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	51	N02	N02	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	152	S99	N02	R10	R10	S99	R10	R10	R10	R10	22	N02	N02	R10
Osthessen																	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	69	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	116	R10	N02	R10	R10	R10	A71	A71	R10	R10	25	N02	N02	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	39	N01	N02	R10	R10	N01	A71	R10	R10	S99	≤3*	N02	N02	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	254	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	29	N02	N02	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	≤3*	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	28	H99	N02	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	5	N02	N02	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	93	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	9	N02	N02	R10
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	8	R10	N02	A71	R10	H99	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
Frankfurt																	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	56	R10	N02	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	4	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	≤3*	N01				N01								
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	93	R10	N02	R10	R10	R10	R10	S99	R10	R10	19	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	10	R10	N02	R10	U61	R10	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	St. Katharinen-Krankenhaus	772451	26	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	162	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	12	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	206	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	26	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	35	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	≤3*	N01	N02	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	11	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
Westhessen																	
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	67	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	201	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	27	N02	N02	R10
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	384	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	83	N02	N02	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	217	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	18	N02	N02	H99
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	4	R10	N02	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10				
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	103	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	S99	11	N02	N02	R10
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	130	S99	N02	R10	R10	S99	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	146	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	11	N02	N02	R10
Südosthessen																	
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	58	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	163	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757	≤3*	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	41	R10	N02	R10	R10	R10	A71	R10	R10	H99	4	N02	N02	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	78	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	113	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	11	N02	N02	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	16	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	116	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	≤3*	N01	N02	R10	S99	N01	R10	S99	R10	R10				
Südthessen																	
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	90	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	8	N02	N02	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	64	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	4	N02	N02	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	109	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	8	N02	N02	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	63	R10	N02	R10	R10	R10	A71	R10	H99	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Groß-Gerau	Kreislinik Groß-Gerau	772158	11	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	46	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	26	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	≤3*	N02	N02	R10
	Bad König	Asklepios Schloßberg Klinik	772486	≤3*	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10				
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	87	R10	N02	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	7	N02	N02	R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	≤3*	N01				N01								

*Datenschutz

Implantierbare Defibrillatoren				DEFI-IMPL										DEFI-REV			
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	132001	132002	132003	52316	131802	52325	51186	131801	Z	151800	52324	51196	
					Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Follegeingriff innerhalb eines Jahres	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Follegeingriff innerhalb eines Jahres	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Sonden-dislokation oder -dysfunktion	Sterblichkeit im Krankenhaus	Dosis-Flächen-Produkt		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Nordhessen																	
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	≤3*	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	16	H99	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	14	R10	N02	R10	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	≤3*	N01	N01		N01					≤3*	R10	N02	R10	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	83	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	35	H99	N02	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	8	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	24	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	18	R10	N02	R10	
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	16	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	11	R10	N02	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	23	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	4	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	22	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
Mittelhessen																	
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	4	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	≤3*	N01	N01											
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	52	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	9	R10	N02	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	16	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	≤3*	N01	N01	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	50	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	50	R10	N02	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	53	S99	S99	N02	R10	N02	R10	N02	R10	22	R10	N02	H99	
Osthessen																	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	15	R10	H99	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	29	H99	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	21	R10	N02	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	≤3*	N01	N01	N02	R10	N02	R10	N02	A71					
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	76	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	17	R10	N02	R10	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	5	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	A71					
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	23	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	8	R10	N02	R10	
Frankfurt																	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	15	A71	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	5	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	≤3*	N01	N01											
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	40	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	6	R10	N02	R10	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	≤3*	H99	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	10	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	40	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	10	R10	N02	R10	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	107	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	40	R10	N02	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	6	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	≤3*	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
Westhessen																	
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	24	H99	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	52	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	14	R10	N02	R10	
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	159	S99	S99	N02	R10	N02	R10	N02	R10	111	R10	N02	R10	
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	71	S99	S99	N02	R10	N02	R10	N02	R10	17	R10	N02	H99	
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	24	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	A71	5	R10	N02	R10	
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	28	S99	S99	N02	R10	N02	R10	N02	R10	8	R10	N02	R10	
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	49	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	12	R10	N02	R10	
Südosthessen																	
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	14	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	40	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	4	R10	N02	R10	
	Hanau	St. Vincenz-Krankenhaus Hanau	772141	≤3*	N01	N01		N01					≤3*	R10	N02	R10	
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	32	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	4	R10	N02	R10	
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	27	A71	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	≤3*	N01	N01	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	30	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
Südwesthessen																	
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	31	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	11	R10	N02	R10	
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	10	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	25	R10	H99	N02	R10	N02	H99	N02	R10	≤3*	R10	N02	R10	
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	9	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	A71					
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	≤3*	N01	N01	N02	R10	N02	R10	N02	R10					
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	≤3*	N01	N01											
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	19	R10	R10	N02	R10	N02	R10	N02	R10	4	R10	N02	R10	

Geburtshilfe				GEBH									
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	51803	182010	182011	182014	50045	52249	1068	51831	318
Nordhessen													
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	1.293	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	A71	N01
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	264	A72	N01	R10	R10	R10	A71	N01	R10	N01
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	2.459	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	271	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U63
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	666	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U62
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	414	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
Mittelhessen													
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	750	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U62
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	745	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	991	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	549	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	1.948	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	1.975	R10	N01	N01	N01	R10	R10	S99	R10	R10
Osthessen													
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	827	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	815	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	1.825	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	40	R10	N01	N01	R10	R10	H99	N01	N01	N01
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	345	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Bad Hersfeld	Klinik am Hainberg	773763	≤3*	R10	N01	R10	N01	R10	H99	R10	N01	N01
Frankfurt a. M.													
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	1.013	R10	N01	N01	R10	R10	A71	R10	R10	U63
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	300	R10	N01	N01	R10	R10	S99	R10	N01	N01
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	4.361	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	1.694	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	2.676	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	1.395	R10	N01	N01	R10	R10	A71	R10	R10	N01
Westhessen													
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	997	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10	A71	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	799	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	U62	U62
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	1.368	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	1.239	R10	N01	R10	N01	R10	H99	S99	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	1.285	R10	N01	N01	R10	R10	R10	S99	A72	N01
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	892	R10	N01	N01	R10	R10	A71	R10	R10	N01
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	862	S99	N01	N01	S99	S99	A71	S99	S99	S99
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	1.796	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen													
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	520	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	1.309	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	845	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	1.369	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	1.460	R10	U62	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	812	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
Südthessen													
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	1.263	R10	N01	R10	N01	R10	A71	R10	R10	N01
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	413	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	2.593	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	748	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	372	A71	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01

*Datenschutz

Neonatalogie				NEO							
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	50063 Durchführung eines Hörtests	50069 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	50074 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	222402 Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	51901 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	50060 Nosokomiale Infektion	50062 Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Nordhessen											
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	≤3*	N01	N01	N01	A71	N01	N01	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	438	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10
Mittelhessen											
	Marburg	Universitätsklinikum	773132	392	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum	773411	986	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Osthessen											
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	90	R10	R10	R10	R10	R10	H99	A71
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	423	R10	R10	R10	R10	S99	R10	R10
Frankfurt a. M.											
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	≤3*	N01	N01	N01	R10	N01	R10	N01
	Frankfurt a. M.	Clementine Kinderhospital	771983	233	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	472	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	445	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	548	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Westhessen											
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	272	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	≤3*	N01	N01	R10	N01	N01	N01	N01
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	153	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	7	S99	N01	S99	S99	N01	S99	N01
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	699	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen											
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	278	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	411	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	187	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südthessen											
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	≤3*	N01	N01	R10	R10	N01	N01	N01
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715	968	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	≤3*	N01	N01	R10	R10	N01	R10	N01

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung				HGV-OSFRAK					
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Präoperative Verweildauer	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
					54042				54030
Nordhessen									
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik Kassel	771064	≤ 3*	R10	R10	R10	R10	
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771717	≤ 3*	9	A99	N01	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	60	R10	R10	R10	R10	
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	31	R10	R10	R10	R10	
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	34	S99	S99	S99	S99	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	≤ 3*	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	83	R10	R10	R10	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	55	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	41	R10	R10	R10	R10	
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	58	R10	U63	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	70	R10	H99	R10	R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	24	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	33	R10	R10	R10	R10	
Mittelhessen									
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	68	R10	A71	D80	R10	
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	64	R10	R10	R10	R10	
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	63	R10	R10	R10	R10	
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	67	R10	R10	R10	R10	
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	117	R10	R10	R10	R10	
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	≤ 3*	U62	A99	N01	R10	
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	37	R10	R10	R10	R10	
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	36	S99	R10	S99	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	60	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	70	R10	A71	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	30	R10	R10	H99	U62	
Osthessen									
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	61	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	73	R10	R10	R10	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	50	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	55	R10	R10	R10	R10	
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	54	R10	R10	R10	R10	
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	46	R10	R10	R10	R10	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	53	R10	R10	R10	R10	
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	70	R10	R10	R10	R10	
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	36	R10	R10	R10	R10	
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	26	R10	R10	R10	R10	
Frankfurt									
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	64	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	30	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	8	S99	S99	N01	S99	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	39	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	37	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	52	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	72	R10	A71	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	76	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	123	R10	R10	H99	R10	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabeth-Krankenhaus	773559	40	R10	U63	R10	R10	
Westhessen									
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	60	R10	R10	R10	R10	
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	67	R10	R10	R10	R10	
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	45	R10	R10	R10	U62	
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	115	R10	R10	R10	R10	
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	148	R10	A71	R10	R10	
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	40	R10	R10	R10	R10	
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	85	R10	R10	R10	S99	
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	53	R10	U63	H99	R10	
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	90	R10	R10	R10	R10	
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	121	U61	R10	R10	R10	
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	78	R10	R10	R10	R10	

*Datenschutz

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung				HGV-OSFRAK						
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe(n) Femurfraktur		Präoperative Verweildauer		Gehunfähigkeit bei Entlassung	
				54042	54030	54033	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe(n) Femurfraktur		
Südosthessen										
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	80	R10	R10	R10	R10		
	Schotten	Kreis Krankenhaus Schotten	771757	36	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	77	R10	R10	U63	R10	R10	
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	74	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	131	R10	R10	R10	R10	R10	
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	75	R10	R10	R10	R10	R10	
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	127	R10	R10	R10	R10	R10	
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	≤3*	R10	N01	R10	R10	R10	
Südhesen										
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	98	R10	R10	R10	R10	R10	
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	123	R10	R10	R10	R10	R10	
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	84	R10	R10	R10	R10	R10	
	Groß-Gerau	Kreisklinik Groß-Gerau	772158	82	R10	R10	R10	R10	R10	
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	91	U61	R10	R10	R10	R10	
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	70	R10	R10	R10	R10	R10	
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	26	R10	R10	R10	R10	R10	
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	53	R10	R10	R10	R10	R10	
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	≤3*	R10	N01	R10	R10	R10	

Hüftendoprothesenversorgung				HEP												
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel											
					10271 Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	54012 Gehunfähigkeit bei Entlassung	54013 Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	54017 Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	54018 Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	54019 Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	54120 Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	54003 Präoperative Verweildauer	54015 Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	54016 Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation		
Nordhessen																
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik Kassel	771064	677	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	
	Volkmarsen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen	771765	58	R10	R10	R10	R10	N01	N01	U62	N01	N01	N01	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	298	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339	25	N01											
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	68	R10	H99	R10		R10	A71	R10	U63	R10	R10	U62	
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	74	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A99	R10	R10	R10	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	59	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	138	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	194	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	106	R10	H99	R10	R10	R10	S99	S99	R10	R10	R10	R10	
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	189	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	125	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	136	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	249	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Mittelhessen																
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	155	R10	D80	R10	R10	U62	R10	U62	R10	R10	R10	U63	
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	561	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	306	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	9	U62	R10	R10	R10	N01	N01	U62	N01	N01	N01	R10	
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	139	R10	R10	R10	U62	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	142	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	881	R10	R10	R10	R10	U62	N01	R10	R10	N01	N01	R10	
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	377	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	U62	R10	R10	R10	
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	192	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	155	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	96	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	258	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	284	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Osthessen																
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	384	R10	R10	R10	R10	S99	N01	S99	S99	N01	N01	S99	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	87	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	307	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	149	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	A99	R10	R10	R10	
	Fulda	Klinikum Gersfeld, Außenstelle Klinikum Fulda	772144	76	R10	R10	R10	U62	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10	
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	214	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	261	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	A99	R10	R10	R10	
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	55	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	165	R10	H99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	R10	R10	R10	
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	88	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877	≤3*	N01											
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	38	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	D80	
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	746	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	S99	
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	91	R10	R10	R10	R10	R10	U62	U62	A99	R10	R10	R10	
Frankfurt																
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	85	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	126	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	14	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	N01	
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	1.065	R10	R10	R10	R10	R10	N01	S99	R10	N01	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	98	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	49	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	≤3*	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	200	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	U63	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	217	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	266	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	495	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	404	S99	R10	R10	S99	R10	R10	S99	R10	R10	R10	S99	
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	315	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10	

*Datenschutz

Hüftendoprothesenversorgung				HEP										
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	10271	54012	54013	54017	54018	54019	54120	54003	54015	54016
Westhessen														
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	708	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	121	R10	R10	R10	U62	R10	R10	D80	R10	R10	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	122	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	1.199	R10	R10	R10	R10	S99	S99	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	246	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	341	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	157	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Usingen	772999	71	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	433	R10	R10	R10	S99	R10	S99	S99	R10	R10	S99
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	270	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik Wiesbaden	773911	146	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	230	R10	R10	R10	S99	S99	S99	S99	R10	R10	S99
Südosthessen														
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	229	R10	R10	R10	R10	S99	S99	S99	R10	R10	R10
	Schotten	Kreiskrankenhaus Schotten	771757	120	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	238	R10	R10	S99	S99	R10	R10	S99	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	375	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	772471	175	R10	R10	R10	U62	R10	U62	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	204	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	314	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	30	S99	R10	S99	R10	N01	R10	R10	N01	N01	R10
Südthessen														
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	245	R10	R10	S99	S99	R10	R10	D80	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	187	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	254	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	186	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreisklinik Groß-Gerau	772158	270	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	246	R10	R10	R10	U62	U62	R10	R10	R10	U63	R10
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	297	R10	R10	R10	U62	R10	R10	A99	R10	R10	R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	737	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	140	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	U63	R10	R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	373	R10	R10	R10	R10	N01	R10	U63	N01	N01	R10

Knieendoprothesenversorgung				KEP	
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Gehunfähigkeit bei Entlassung 54028
Nordhessen					
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik Kassel	771064	641	R10
	Volkmarßen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarßen	771765	88	R10
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	264	R10
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	58	R10
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	30	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	79	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	95	R10
	Kassel	Helios Kliniken Kassel	772805	8	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	157	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	255	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	103	R10
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	246	R10
Mittelhessen					
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	269	R10
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	436	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	362	R10
	Wetzlar	Klinikum Wetzlar	771876	100	R10
	Dillenburg	Dill-Kliniken	771878	194	R10
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	899	R10
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	772166	232	R10
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	122	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	139	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	219	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	137	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	150	R10
Osthessen					
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	555	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus	771197	140	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	118	R10
	Fulda	Klinikum Gersfeld, Außenstelle Klinikum Fulda	772144	205	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	118	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	379	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	37	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	217	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	71	R10
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	53	R10
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	752	R10
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	79	R10
Frankfurt					
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	56	R10
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	1182	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	63	H99
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	149	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	89	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	151	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	330	R10
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	306	R10
	Frankfurt a. M.	Klinik Maingau vom Roten Kreuz	773852	367	R10
Westhessen					
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	455	R10
	Bad Nauheim	Hochwaldkrankenhaus	771758	81	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	101	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	566	R10
	Wiesbaden	DKD Helios Klinik Wiesbaden	772749	6	H99
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	130	R10
	Rüdesheim am Rhein	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	215	R10
	Bad Homburg v. d. Höhe	Hochtaunus-Kliniken, Klinik Bad Homburg	772998	140	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	298	R10
	Hofheim	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Hofheim	773346	≤3*	R10
	Bad Soden am Taunus	Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Standort Bad Soden	773347	140	R10
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik Wiesbaden	773911	391	R10
	Wiesbaden	Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken	773912	177	R10

Knieendoprothesenversorgung				KEP	
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Südosthessen					
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	4	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	75	R10
	Schotten	Kreis Krankenhaus Schotten	771757	87	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	124	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	257	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	115	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	164	R10
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	14	H99
Südhesen					
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	153	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	5	R10
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	211	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	92	R10
	Groß-Gerau	Kreis Klinik Groß-Gerau	772158	133	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	154	R10
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	303	R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	583	R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreis Kliniken Darmstadt-Dieburg	772773	550	R10

8. Datenmanagement

Datenmanagement

Die Datenannahmestelle (DAS) bei der LAGQH ist für die Entgegennahme, Prüfung und ggf. Weiterleitung der QS-Daten aller Verfahren gemäß DeQS-RL sowie der Landesverfahren für hessische Krankenhäuser verantwortlich. Darüber hinaus unterstützt sie die Leistungserbringer*innen bei der Umsetzung der entsprechenden Anforderungen.

Zusätzlich übernimmt die DAS bei der LAGQH die Weiterleitung der Berichtspakete der Auswertungsstelle (IQTIG) sowie die Ausstellung von Bescheinigungen über die vollständig dokumentierten Datensätze (IST) des jeweils abgeschlossenen Kalenderjahres an die hessischen Krankenhausstandorte.

Die Erhebung und Übermittlung der QS-Daten im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren sind in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ geregelt. Für die QS-Daten der Landesverfahren gelten die entsprechenden „Landesvereinbarungen“. Die verbindlichen Vorgaben zur Datenerfassung sind jeweils in den zugehörigen Spezifikationen festgelegt.

Daten- und Berichtübermittlung

Bestandteile der Datenübermittlung sind zu Beginn die Dokumentation, anschließend die Datenverschlüsselung und -übermittlung und abschließend das Einlesen der Antwortdateien.

Wesentlicher Bestandteil für die Dokumentation ist das korrekte Hinterlegen der Spezifikationspakete im internen Krankenhausdokumentationssystem. Hierbei ist zu beachten, dass immer die aktuellste Version der Spezifikation zu nutzen ist. Die Spezifikationspakete bestehen grundsätzlich aus Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweisen, Erläuterungen zum Minimaldatensatz und QS-Filter (Anwenderinformation).

Bei Fragen zum Ausfüllen der Dokumentationsbögen sind entsprechende Informationen in der Regel in den Ausfüllhinweisen zu finden. Bei Fragen zum Auslösen der Dokumentationsbögen lohnt sich ein Blick in die Anwenderinformationen (QS-Filter).

Voraussetzung für die Datenübermittlung durch die stationären Einrichtungen ist die Registrierung eines Dokumentationssystems bei der Datenannahmestelle.

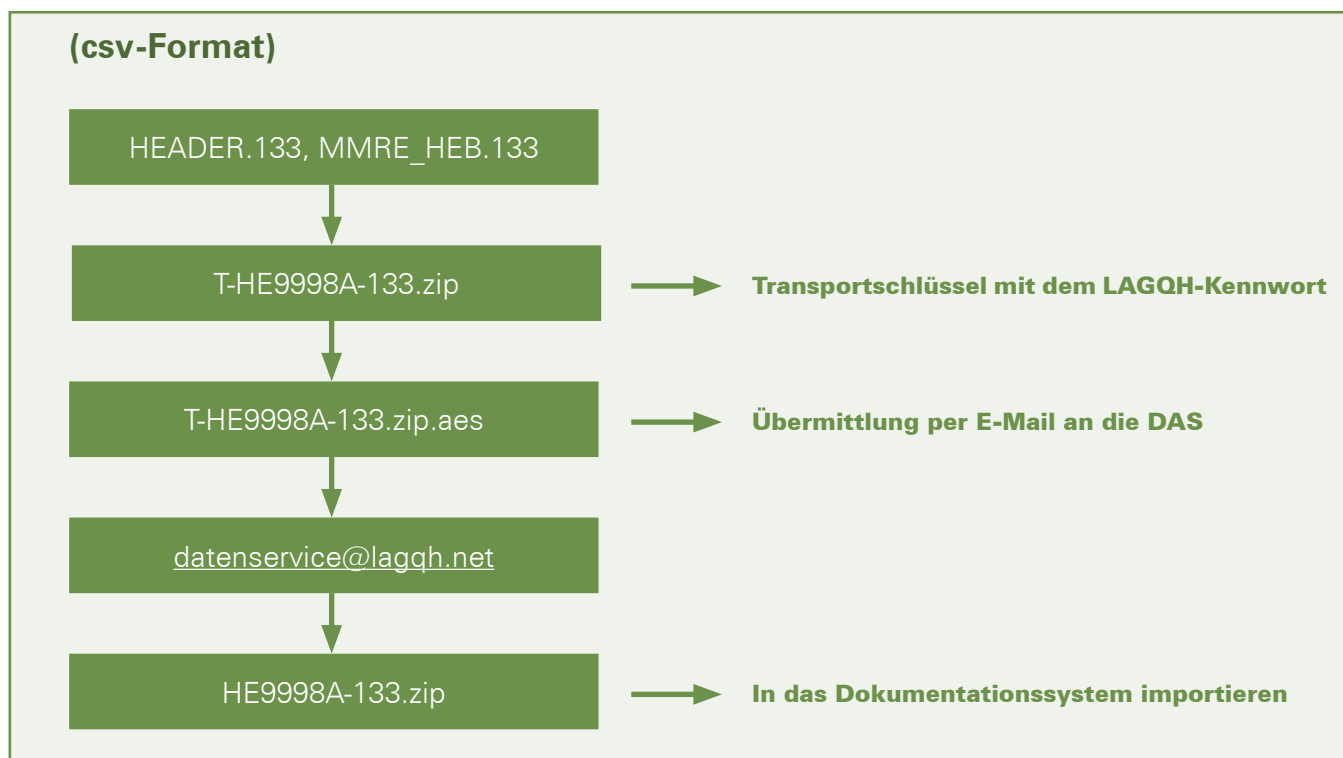


Abb. 8.1 Datenübermittlung Landesverfahren (CSV-Format)

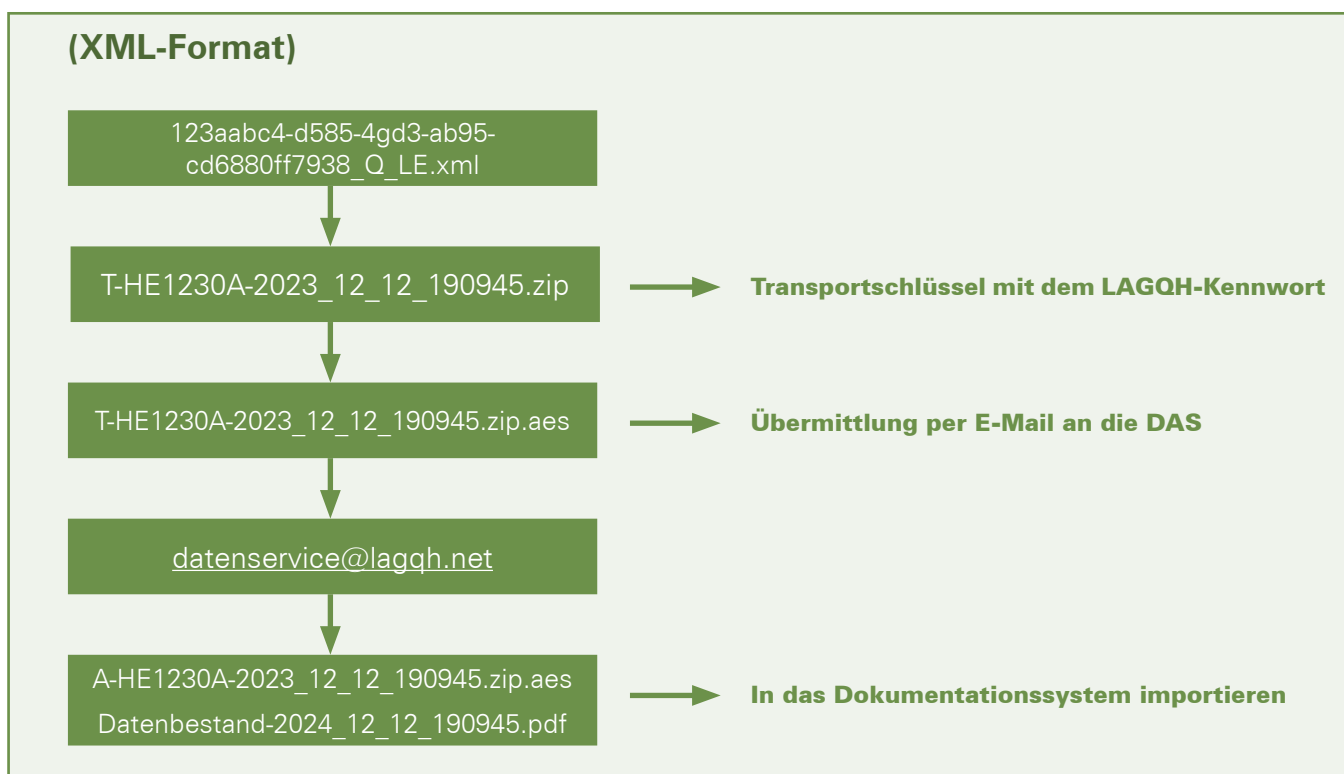


Abb. 8.2 Datenübermittlung DeQS-Verfahren (XML-Verfahren)

le sowie die Vergabe einer siebenstelligen Registrierungsnummer einschließlich der zugehörigen Passphrase. Die für den Datenversand erforderlichen öffentlichen Schlüssel stehen auf der Homepage der LAGQH unter www.lagqh.de/datenmanagement/verschluesselung zur Verfügung. Die übermittelten Daten dienen der Erstellung der Soll- und Risikostatistik.

Die aus dem klinikinternen Dokumentationssystem exportierten Dateien werden zunächst als ZIP-Dateien komprimiert und anschließend mithilfe der Transportphrase verschlüsselt.

Danach erfolgt die Übermittlung per E-Mail an die Datenannahmestelle (datenservice@lagqh.net). Die Daten der Landesverfahren werden dabei im CSV-Format, die Daten der DeQS-Verfahren hingegen im XML-Format übermittelt. Die einzelnen Schritte der Datenübermittlung sind in Abbildung 8.2 dargestellt.

Im Anschluss erhalten die Leistungserbringer*innen entsprechende Antwortdateien, die in das jeweilige Dokumentationssystem importiert werden können. Darüber hinaus wird zu jeder Datenlieferung ein aktu-

eller Datenstand bereitgestellt, sodass nachvollziehbar ist, wie viele Datensätze bis zu diesem Zeitpunkt übermittelt wurden. Implausible Fälle, die nicht verarbeitet werden konnten, werden am Ende des Dokuments zum Datenbestand unter Angabe der jeweiligen Vorgangsnummer aufgeführt. Diese Fälle werden nicht in den Datenbestand übernommen.

Wie in Abbildung 8.3 dargestellt, verbleiben die Daten der Landesverfahren innerhalb der LAGQH und werden dort ausgewertet, ohne an Dritte weitergeleitet zu werden. Die Daten der DeQS-Verfahren werden dagegen an die Bundesauswertungsstelle, die Vertrauensstelle oder die Versendestelle übermittelt. Die Bundesauswertungsstelle erstellt auf dieser Grundlage die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer*innen. Die fertigen Berichtspakete (sowohl für die Landes- als auch für die DeQS-Verfahren) werden den Leistungserbringer*innen anschließend durch die DAS über das QS-Portal der LAGQH bereitgestellt. Diese umfassen in der Regel eine Ergebnisliste, eine CSV-Datei mit auffälligen Vorgangsnummern (AV-Liste), einen Rückmeldebericht, eine Kurzfassung des Berichts sowie eine Leseanleitung.

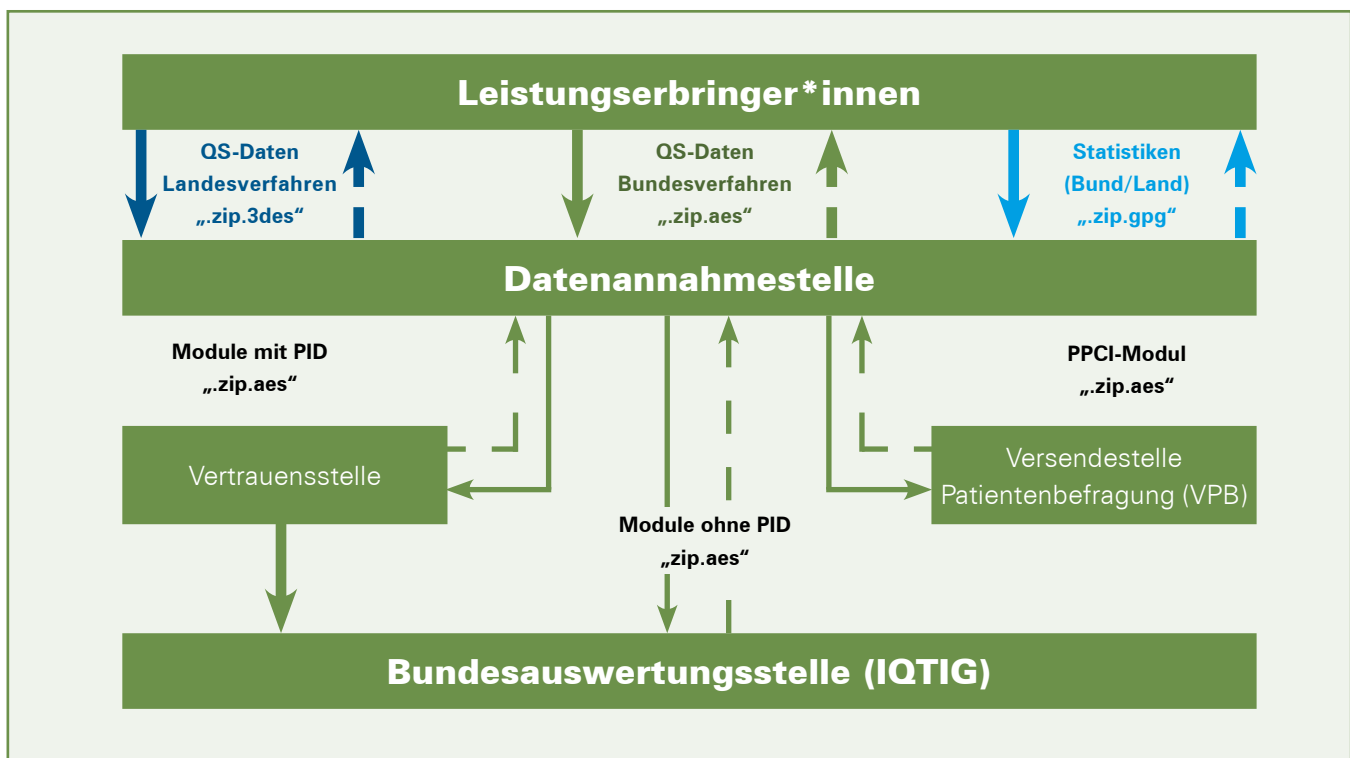


Abb. 8.3 Ablaufschema Datenfluss

Datenlieferfristen

Gemäß der DeQS-RL übermitteln die Leistungserbringer*innen die Daten der QS des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die Datenannahmestelle. Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Statistiken sowie die unterschriebenen Konformitätserklärungen sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.

Die Belegungstage für das MRE-Projekt Hessen müssen bis spätestens 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres per E-Mail an die Geschäftsstelle übermittelt werden. Die ausfüllbare Datei zur Abgabe der Belegungstage ist auf der Homepage der LAGQH unter <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen> verlinkt.

Eine Übersicht aller Abgabefristen pro Modul ist auf der Homepage der LAGQH unter: <https://www.lagqh.de/datenmanagement> hinterlegt.

Soll- und Risikostatistik

Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind gemäß DeQS-RL verpflichtet, jährlich eine Sollstatistik zu übermitteln. Die methodische Sollstatistik wird dabei jeweils für jeden entlassenden Standort eines Krankenhauses erstellt. Zusätzlich ist für jeden entlassenden Standort eine Risikostatistik anzufertigen, die ebenfalls in elektronischer Form an die Datenannahmestelle (DAS) übermittelt wird.

Nach erfolgreicher Übermittlung der Statistiken erhält das Krankenhaus eine entsprechende Antwortdatei. Zur Bestätigung der ordnungsgemäßen Übermittlung der Sollstatistik enthält die Rückmeldung das Formular „Meldung zur methodischen Sollstatistik“ (Konformitätserklärung) als E-Mail-Anhang. Die unterzeichnete

Abgabefristen

exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

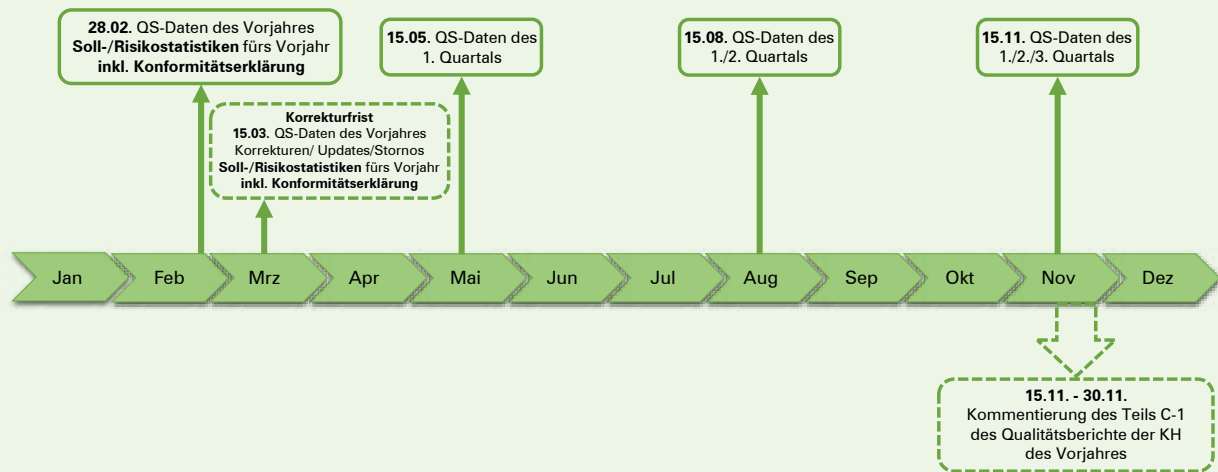


Abb. 8.4 Abgabefristen exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

Konformitätserklärung kann entweder mittels elektronischer Signatur per E-Mail oder im Original postalisch bis spätestens 15.03. an die Geschäftsstelle übermittelt werden.

Bei fristgerechter und erfolgreicher Übermittlung erhalten die Leistungserbringer*innen bis zum 30.04. Datenstandsbescheinigungen über die im vorangegangenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist-Fälle).

Seit 2025 und mit Beendigung des Verfahrens QS WI („nosokomiale Wundinfektion“) muss keine Sollstatistik EDOk gemäß DeQS-RL mehr abgegeben werden.

Gemäß § 4 Qb-R ist jedes Krankenhaus verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort einen Qualitätsbericht zu erstellen und diesen an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Hiervon ausgenommen ist Teil C des Qualitätsberichts. Dessen Erstellung und Übermittlung erfolgt durch die zuständige Datenannahmestelle auf Grundlage der im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten.

Die Datenannahmestelle führt die standortbezogenen Daten – einschließlich der Vollständigkeit der QS-Daten, der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowie der Bewertungen – zusammen und stellt diese den Krankenhäusern bis zum 15.11. zur Verfügung. Anschließend haben die Krankenhäuser bis zum 30.11. Gelegenheit, die Angaben zu prüfen und bei Bedarf zu kommentieren. Die finalen standortbezogenen Datensätze werden schließlich von der DAS bis zum 15.12. des jeweiligen Erstellungsjahres an die Qb-Annahmestelle übermittelt.



QS-Portal

Das LAGQH-QS-Portal (<https://portal-lagqh.net>) ist eine Kommunikationsplattform für datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren. Es ermöglicht Leistungserbringer*innen den Zugriff auf Dokumente und Ergebnisse, unterstützt die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens und dient der Erstellung des Qualitätssicherungsergebnisberichts.

Das QS-Portal bietet umfassende Funktionen zur Unterstützung der Qualitätssicherung. Leistungserbringer*innen können sich über eine sichere Zwei-Wege-Authentifizierung registrieren und anmelden.

QS-Datenübermittlung / Bereitstellung der Berichte

Zur Überwachung der Dokumentationsqualität steht eine Soll-Ist-Übersicht zur Verfügung, die eine Gegenüberstellung der zu dokumentierenden und tatsächlich dokumentierten Datensätze ermöglicht und zusätzlich kommentiert werden kann. Weiterhin können Leistungserbringer*innen Bescheinigungen über vollständig dokumentierte Datensätze gemäß § 15 Abs. 4 der DeQS-RL herunterladen (Abb. 9.1).

Ebenso stehen die vom IQTIG und der LAGQH erstellten Quartals- und Jahresberichte gemäß § 18 Abs. 1 der DeQS-RL zum Download bereit (Abb. 9.2). Es ermöglicht die übersichtliche Darstellung von Ergebnissen zu Qualitätsindikatoren, Auffälligkeitskriterien und weiteren relevanten Kennzahlen.

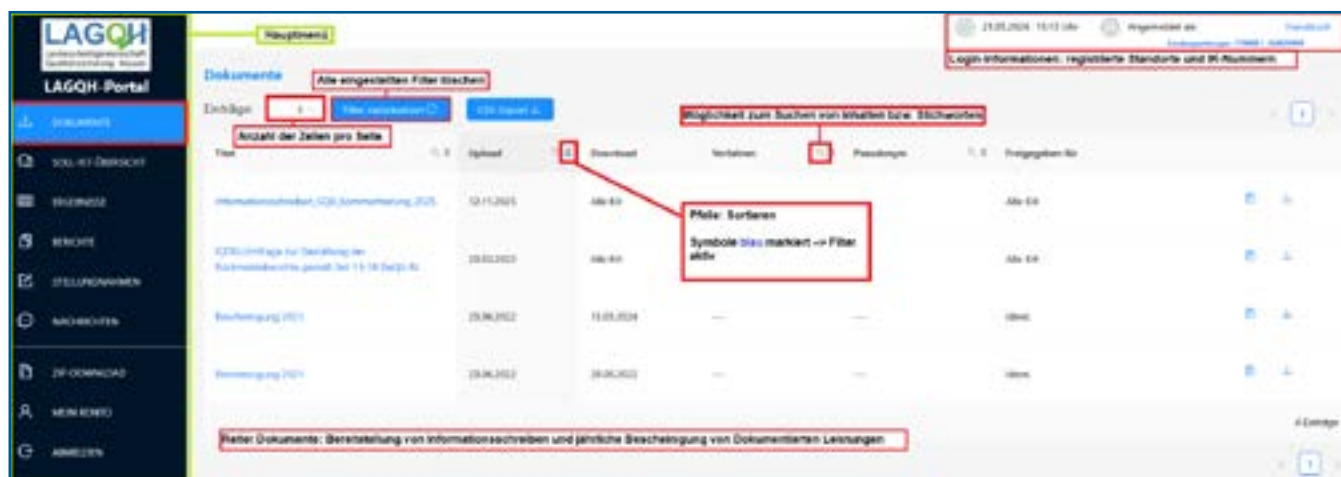


Abb. 9.1 Reiter Dokumente

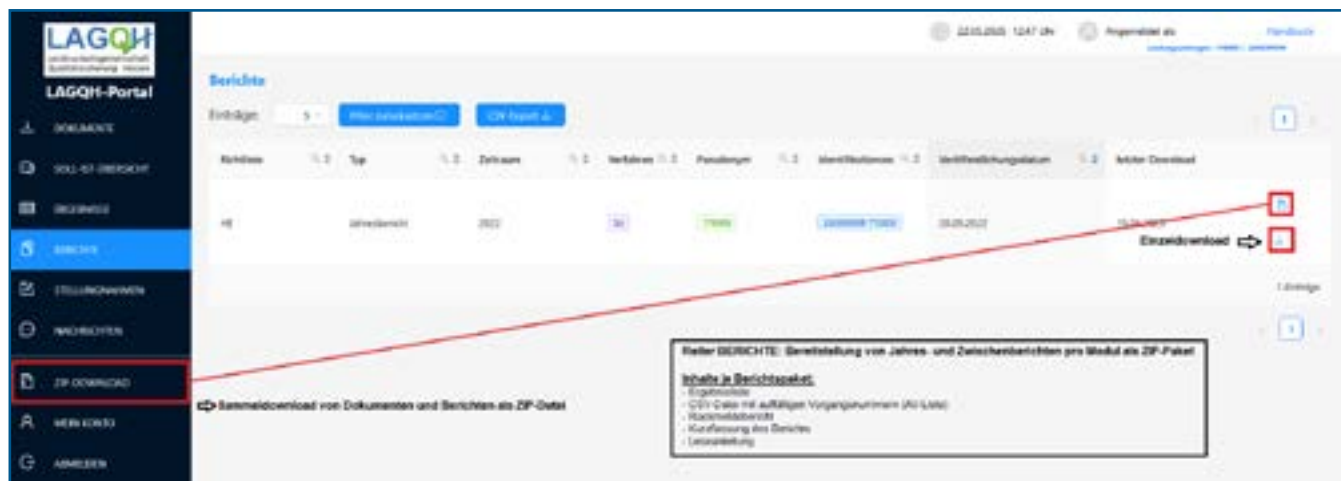


Abb. 9.2 Reiter Berichte

Stellungnahmeverfahren bzw. Strukturierter Dialog

Ein wesentlicher Nutzen des Portals besteht darin, dass dort sämtliche Rückmeldungen zu Qualitätsindikatoren bereitgestellt werden. Nutzer*innen können Ergebnisse, Berichte und statistische Auswertungen abrufen und prüfen, ob in bestimmten Bereichen Auffälligkeiten festgestellt wurden (Abb. 9.3 und 9.4). Werden rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien festgestellt, informiert das Portal die betroffenen Einrichtungen automatisch per Mail darüber, falls ein Stellungnahmeverfahren / Strukturierter Dialog eingeleitet wurde.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens / Strukturierten Dialogs können Anfragen und Antworten unter Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Pseudonymisierung bearbeitet werden. Das System führt dabei durch das Stellungnahmeverfahren / den Strukturierten Dialog und ermöglicht es, Antworten zu formulieren, zwischenzuspeichern und später weiterzubearbeiten. Nach Abschluss können die Stellungnahmen digital an die LAGQH übermittelt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, Bewertungen und Kommentare für den Qualitätsbericht zu erfassen und zu verwalten (Abb. 9.5 - 9.8).

Zusätzlich bietet das QS-Portal Funktionen zur Organisation und Verwaltung von Benutzerkonten. Die

QS-Ansprechpersonen der LAGQH (Rolle Krankenhaus-Admin) können verschiedene Benutzer*innen mit unterschiedlichen Rollen und Berechtigungen anlegen, beispielsweise für Qualitätsmanagement, ärztliche Leitung oder Verwaltung. Dadurch lässt sich steuern, wer Zugriff auf bestimmte Dokumente oder Verfahren erhält.

Auch die Kommunikation mit der LAGQH wird über das Portal unterstützt. Nutzer*innen erhalten dort wichtige Hinweise, Fristen und Mitteilungen zu laufenden Verfahren. Außerdem können relevante Dokumente heruntergeladen und eingereicht werden. Das Portal dient somit als zentrale Kommunikations- und Dokumentationsplattform für die Qualitätssicherung.

Insgesamt erleichtert das QS-Portal den Einrichtungen die Bearbeitung der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren, da alle wichtigen Informationen, Auswertungen und Arbeitsschritte digital gebündelt zur Verfügung stehen.

The screenshot shows the 'Ergebnis-Übersicht' (Results Overview) page of the LAGQH Portal. The page displays a table of examination results for the 'SA_UE' (Software Engineering) course. The table includes columns for 'Werte Interaktion', 'Identifikation', 'Modul', 'Termin', 'AJ', 'E2B', 'K.A.', 'P', 'Pw', 'Dg', 'Lg', 'Kd', and 'Zähler'. A red box highlights the 'Identifikation' column, which contains the 'Kursnummer und Standort-ID' (Course number and location ID). A tooltip explains that the 'Kursnummer' (Course number) is the 'Kursnummer und Standort-ID' (Course number and location ID) and the 'Standort-ID' (Location ID) is the 'Standort-ID' (Location ID). The table shows results for the 'SA_UE' course, with a total of 1000 points. The page also includes a sidebar with navigation links and a footer with the LAGQH logo and contact information.

Abb. 9.3 Reiter Ergebnisse

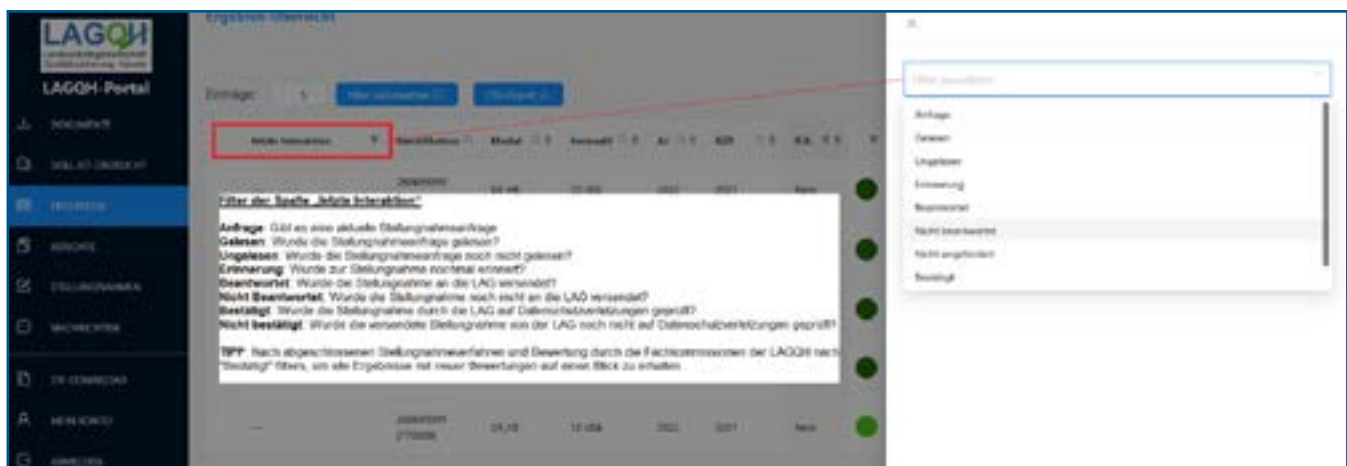


Abb. 9.4 Hinweise zum Filtern

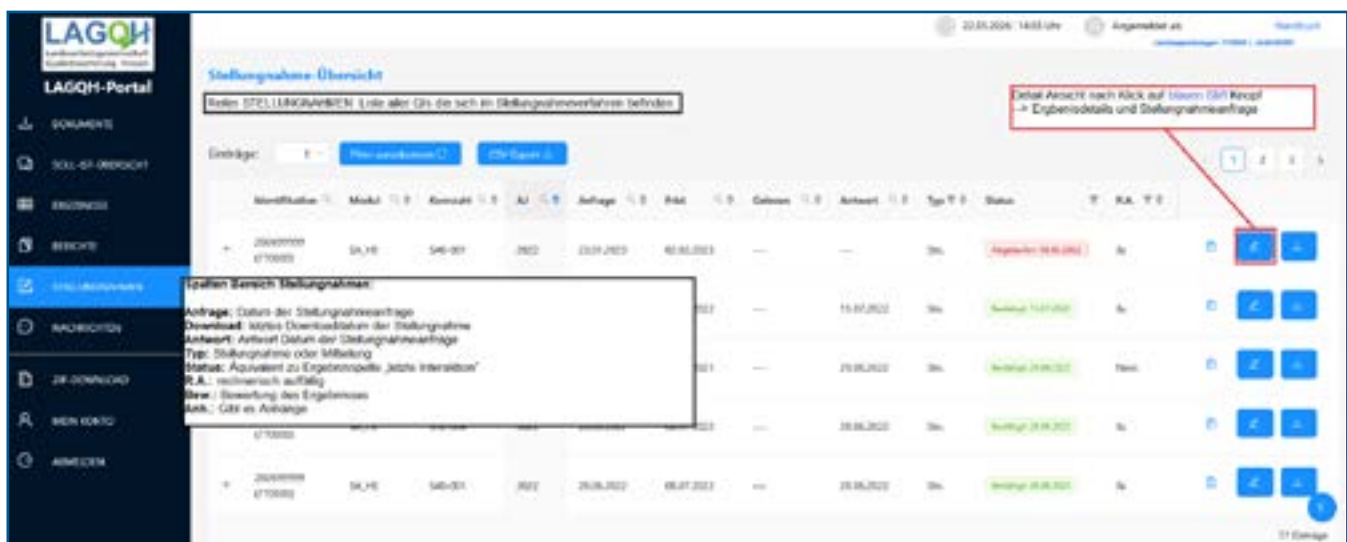


Abb. 9.5 Reiter Stellungnahme



LAGQH-Portal

- ↓ DOKUMENTE
- ERGEBNISSE
- STELLUNGNAHMEN**
- NACHRICHTEN
- ZIP-DOWNLOAD
- MEIN KONTO
- DEPSEUDONYMIERUNG
- SYSTEMEINSTELLUNGEN
- ABMELDEN

Ergebnis-Details **Stellungnahmeverfahren** → Zum Beantworten der Stellungnahme hier klicken

Kennzahl	MRE_HH-MRE-G: 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.
Pseudonym	
Beziehungs	Auswertungsjahr (AJ): 2026 - Spezifikationsjahr (SJ): 2025 - Berichtszeitraum (BZ): 2025/Q1 - 2025/Q4
Zähler / Nenner	1 / 3
Ergebnis (Vertrauensbereich)	33.33 % (6.15 % - 79.23 %)
Referenzbereich	<= 0.00 %
Rechnerische Auffälligkeit	Ja
Kommentar (Qualitätsbericht)	
Kommentar (QSDB)	
Hinweis an LE	
Kommentar (Gesundheitsrat)	
Auffällige Vorgänge	2025009650 → Aufstellung aller auffälligen Vorgangsnummern, die für das Stellungnahmeverfahren relevant sind

Abb. 9.6 Ergebnisdetails zur Anfrage

Ergebnis-Details **Stellungnahmeverfahren**

Stellungnahme-Anfrage (StdID: 2906)

Die Pneumonie ist eine der häufigsten Komplikationen nach einem Schlaganfall. Sie ist die Komplikation mit dem höchsten populationsbasierten attributablen Risiko für Tod im Krankenhaus. Es gibt Hinweise darauf, dass die Rate an Aspirationspneumonien durch Programme zur Entdeckung und Behandlung von Schluckstörungen gesenkt werden kann. Laut den bei uns eingegangenen Daten liegt Ihre Pneumonierate bei einem O/E-Wert (Observed/Expected) von 1 bei den Fällen mit SAB signifikant über dem Durchschnitt und auch deutlich höher als anhand des Risikokollektivs erwartet.

Bitte geben Sie hier ihre Antwort ein:

Hinweis

WICHTIG!

Bitte beachten Sie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Geben Sie **keine personenbezogenen Daten** an. Vermeiden Sie Hinweise, mit denen ein Rückschluss auf Ihre Einrichtung möglich wird.

Achten Sie darauf, dass Sie sich kurz halten. In das Textfeld können **nur rund 50.000 Zeichen** eingegeben werden. Bitte geben Sie die Daten deshalb direkt im untenstehenden Textfeld ein und kopieren Sie diese nicht aus Word-Dokumenten o.ä.

B I U S

A T

Bitte Text eingeben...

Über das Freitextfeld können Sie die oben stehende Anfrage beantworten

Abb. 9.7 Stellungnahmebearbeitung

Anhänge
(Maximal 20 Dateien)

Anhänge sind nur selten freigeschaltet. Sollte ein Anhang erlaubt sein, achten Sie auch hier bitte auf den Datenschutz!



Datei per Drag & Drop hier ablegen
oder auf diese Schaltfläche klicken, um Dateien auszuwählen

Unterstützte Dateiformate: *

Stellungnahme speichern

Option 1: Nach Eingabe der Antwort kann die Stellungnahme für eine spätere Bearbeitung im Stellungnahmepostfach gespeichert werden

Stellungnahme versenden

Option 2: Antwort direkt absenden. Achtung: Hier ist keine Nachbearbeitung mehr möglich

Zurück zur Übersicht

↓ Als RTF herunterladen

Die Anfrage (inklusive Antwort) kann jederzeit als RTF-Dokument heruntergeladen werden

Abb. 9.8 Optionen zum Stellungnahmeabschluss

Bessere Versorgung nach Schlaganfall: Die Rolle der Qualitätssicherung in Deutschland

Björn Misselwitz, Ingo Bruder, Christoph Burmeister,
Eva Faltner und Ralf Hohnhold

Mit dem Titel „Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen“ wurde die Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung veröffentlicht (Regierungskommission Krankenhaus 2023). Neben Krebserkrankungen und Endoprothetik behandelt sie auch die Versorgung von Schlaganfällen. Eine zentrale Rolle hinsichtlich der Berechnungen und Prognosen der Sterblichkeit nach Schlaganfall spielt in dieser Stellungnahme die QUASCH-Studie. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Studie mit einer anderen Fragestellung durchgeführt wurde. Ihr primäres Ziel war es, den Einfluss qualitätssichernder Maßnahmen auf die Sterblichkeit nach Schlaganfall zu untersuchen (Geraedts et al. 2021). Im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts QUASCH wurde die Assoziation externer Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Versorgungsergebnissen am Beispiel des Schlaganfalls untersucht. Diese Frage beschäftigt weniger die Wissenschaft als vielmehr die direkt oder indirekt beteiligten Einrichtungen und wurde bereits seit Einführung der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung verfolgt. Das Ergebnis zeigt in dieser Arbeit einen signifikant positiven Einfluss der datengestützten Qualitätssicherung, der bei Einsatz weiterer Maßnahmen wie dem „Strukturierten Dialog“ noch verstärkt wird.

11.1 Etablierung der QS-Schlaganfall in Deutschland

Das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Schlaganfall wurde erstmals in Deutschland 1995 im Rahmen einer Initiative Hamburger Neurologen eingeführt und zunächst lokal etabliert. Ihr Ziel ist seit damals, die Qualität der Krankenhausbehandlung bei Patientinnen und Patienten mit einem akuten Schlaganfallereignis einrichtungsübergreifend zu erfassen, zu vergleichen und zu sichern. Sie hat sich danach rasch in der Fläche ausgedehnt. 1999 wurde die Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) mit dem Ziel einer bundesweit standardisierten Datenerfassung gegründet. Frühzeitig wurde in der ADSR die Idee verfolgt, Qualitätsindikatoren für die Akutversorgung zu entwickeln und diese bundesweit

⁴ Quelle: Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg. C.-D. Heidecke; A. Dingelstedt; S. Klein): 213-217.

einheitlich einzusetzen. Der ADSR gehören zehn Register an (www.schlaganfallregister.org), wovon fünf (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg (bis 2023), Hessen und Rheinland-Pfalz) bei einer Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (LAG) angesiedelt sind (s. Box).

Die Landesarbeitsgemeinschaften tragen gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die Verantwortung für die Durchführung landesbezogener DeQS-Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Teil 1 § 5 Abs. 1: *Auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend bilden die jeweilige KV, KZV, LKG und die Landesverbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen im Land eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG).* Beteiligt werden auch der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Landesärztekammern, Landeszahnärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern, die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.). Die 16 Landesarbeitsgemeinschaften nehmen eine entscheidende Rolle bei der datengestützten Qualitätssicherung in Deutschland ein. Sie sind nicht nur für die Umsetzung der DeQS-RL für die landesbezogenen Verfahren zuständig, sondern fungieren auch als direkte Ansprechpartner für Leistungserbringer vor Ort. Als Organisatoren, Fachexperten und Multiplikatoren tragen sie maßgeblich dazu bei, die Akzeptanz der Verfahren zu erhöhen, die Leistungserbringer bei der Qualitätsverbesserung zu unterstützen und damit die Qualität der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik zu sichern.

Die Landesarbeitsgemeinschaften können Synergieeffekte nutzen, um landesspezifische QS-Verfahren wie im Bereich Schlaganfall effizient umzusetzen. Die sukzessive Etablierung von Stroke-Units in Deutschland sowie neuer Behandlungsmethoden des Schlaganfalls (systemische Thrombolyse, mechanische Thrombektomie) führte zur Zunahme der Bedeutung der QS-Maßnahme Schlaganfall im Laufe der Jahre. Sie wird von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) als notwendiges QS-Verfahren im Rahmen der von ihr geforderten Zertifizierungskriterien anerkannt. In diesem Zusammenhang besteht eine enge Kooperation zwischen der ADSR und der DSG hinsichtlich der Weiterentwicklung des Erfassungsinstrumentes und der Qualitätsindikatoren.

11.2 Qualitätsindikatoren

Die eingesetzten Qualitätsindikatoren und definierten Ziele basieren in der Regel auf den aktuellen Leitlinien zur Schlaganfallbehandlung bzw. zur Akuttherapie des Schlaganfalls. Sie können den Bereichen Diagnostik, Akuttherapie, Sekundärprophylaxe sowie Rehabilitation zugeordnet werden. Besonders relevant sind hierbei Indikatoren, die zeitkritische Prozesse wie z.B. Zeit von der Aufnahme bis zur Bildgebung bzw. zur Thrombolyse abbilden – „time is brain“! Die Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Referenzbereiche werden jährlich in Abstimmung mit der DSG eva-

⁴ Quelle: Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg. C.-D. Heidecke; A. Dingelstedt; S. Klein): 213-217.

luiert, konsentiert und prospektiv veröffentlicht (<https://www.schlaganfallregister.org/qualitätsindikatoren/>). Eine bundesweite Studie auf Basis der gepoolten ADSR-Daten zeigte einen Zusammenhang zwischen den Qualitätsindikatoren mit der 7-Tages-Sterblichkeit nach Schlaganfall (Haas et al. 2020). Dabei korrelierte eine höhere Erfüllungsrate der Indikatoren mit einer geringeren Sterblichkeit. Die Zusammenführung aller Indikatorergebnisse der Register des Jahres 2018 zeigte insgesamt ein sehr hohes Niveau der akutstationären Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Deutschland (Misselwitz et al. 2020).

11.3 Datenerhebung

Das QS-Verfahren Schlaganfall basiert primär auf Daten, die speziell für diesen Zweck von Krankenhäusern elektronisch an die Register übermittelt werden. Neben einigen administrativen Daten, die standardmäßig aus den Krankenhausinformationssystemen übernommen werden können, werden Informationen zur Diagnostik, Akuttherapie und weiterführenden Therapie bzw. Sekundärprophylaxe exportiert. Zur Stratifizierung bzw. Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren werden wissenschaftlich etablierte Score-Systeme (NIHSS) und Skalen (modified Rankin Scale), aber auch Items aus Assessmentinstrumenten (Barthel-Index) genutzt. Die Erfassungsinstrumente werden durch die Mitglieder der ADSR in enger Orientierung an den Spezifikationen des IQTIG entwickelt und jährlich in aktualisierter Form veröffentlicht. Der ADSR-Datensatz (inkl. Plausibilitätsregeln und Ausfüllhinweisen) kann im Sinne einer bundesweit konsentierten Basisspezifikation verstanden werden. Sie hat empfehlenden Charakter und wird von den verschiedenen Registern zum Teil noch erweitert. Zur Anzeige einer Dokumentationsverpflichtung der Fälle in den Krankenhäusern wird die in den Verfahren nach DeQS-RL etablierte QS-Filter-Methodik genutzt. Über eine durch die QS-Filter-Software generierte Sollstatistik ist eine Überprüfung der Vollständigkeit der Datenübermittlung möglich.

11.4 Auswertungen und QS-Maßnahmen

Die erhobenen Daten werden in den jeweiligen Registern verarbeitet und ausgewertet. Die teilnehmenden Krankenhäuser erhalten individualisierte Berichte ihrer Indikatorenergebnisse und Kennzahlen mit Vergleichswerten zu allen anderen anonymisierten Teilnehmern. Weiterhin werden die Daten zu wissenschaftlichen Fragestellungen sowie zur Darstellung der regionalen Versorgungsqualität genutzt. Die bei den Landesarbeitsgemeinschaften angesiedelten Register setzen weitergehende QS-Maßnahmen um. Auf Empfehlung der Expertengremien wird bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen der Qualitätsindikatoren ein sog. Strukturierter Dialog durchgeführt (s. Abb. 1). Dieser findet primär in Form eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens statt. Die angeschriebenen Einrichtungen werden hierbei aufgefordert, abweichende Ergebnisse zu erklären. Das Expertengremium bewertet die Stellungnahme ohne Kenntnis der Identität des jeweiligen Leistungserbringers, wobei die Krankenhäuser eine entsprechende Rückmeldung, ggf. mit Handlungsempfehlungen, erhalten. Falls erforderlich können weitere Maßnahmen initiiert werden. Am Ende der Eskalationsstufen steht die Entanonymisierung vor dem zuständigen Expertengremium oder, noch weitreichender, im Lenkungsgremium zur Durchset-

⁴ Quelle: Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg. C.-D. Heidecke; A. Dingelstedt; S. Klein): 213-217.

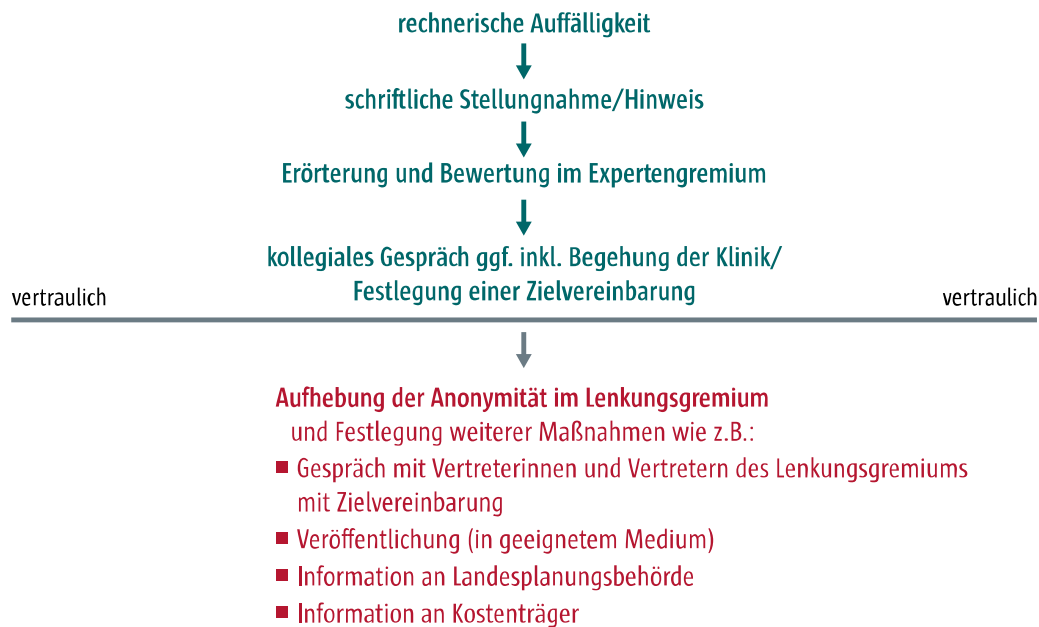


Abb. 1 Strukturierter Dialog (vereinfachte Darstellung)

zung von verpflichtenden Verbesserungsmaßnahmen (s. Abb. 1). Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Bewertung unterliegen keiner Veröffentlichungspflicht im strukturierten Qualitätsbericht.

11.5 Ausblick

Da es sich beim Schlaganfall in der Regel um ein akutes Ereignis handelt, spielt die prästationäre Versorgung, hier im Besonderen der Rettungsdienst, eine zentrale Rolle. Die regionalen Gegebenheiten werden von den Expertengremien im Dialog mit den Einrichtungen berücksichtigt und Gespräche auch über die Sektorengrenze Rettungsdienst-Krankenhaus hinweg geführt. Es gibt erste regionale Ansätze einer entsprechenden präklinischen Qualitätssicherung, die sich unabhängig vom Krankheitsbild Schlaganfall etabliert hat (s. auch Kap. III.6). Etablierte neurovaskuläre Netzwerke können ebenfalls über die Analyse von Daten der zusammengeschlossenen Einrichtungen unterstützt werden. Dies erfolgt mit der Zielsetzung, die Prozesse im Interesse der Patientensicherheit zu optimieren. Von großer Bedeutung sind auch nachgeordnete Sektoren wie die Rehabilitation und Nachsorge von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im vertragsärztlichen Bereich. Für die Frührehabilitation existieren bereits regionale QS-Maßnahmen (<https://www.eqs.de/neurologisch-neurochirurgische-fruehrehabilitation-231.html>, <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/schlaganfall-fruehrehabilitation>). Für die Nachsorge sind im Bereich Schlaganfall in Deutschland bisher keine datengestützten QS-Verfahren etabliert. In diesem Zusammenhang wäre eine Nutzung von Sozialdaten wünschenswert. Hierdurch könnten ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand wertvolle Informationen zum Outcome der Patientinnen und Patienten nach einem definierten Zeitraum, aber auch zu Medikamentenverschreibungen oder Therapieverordnungen sichtbar gemacht und ggf. als Qualitätsindikatoren operationalisiert werden. Nach

⁴ Quelle: Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg. C.-D. Heidecke; A. Dingelstedt; S. Klein): 213-217.

den ersten positiven Erfahrungen aus dem DeQS-Verfahren QS PCI könnten auch Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) auf Grundlage von Patientenbefragungen ein zukünftiges Thema für die Qualitätssicherung Schlaganfall sein (s. auch Kap.II.2).

Literatur

- Geraedts, M; Ebbeler, D; Timmesfeld, N; Kaps, M; Berger, K; Misselwitz, B; et al. (2021): Qualitätssichernde Maßnahmen und Sterblichkeit nach Schlaganfall. Deutsches Ärzteblatt International 118(50): 857-863. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0339.
- Haas, K; Rücker, V; Hermanek, P; Misselwitz, B; Berger, K; Seidel, G; et al. (2020): Association Between Adherence to Quality Indicators and 7-Day In-Hospital Mortality After Acute Ischemic Stroke. Stroke 51(12): 3664-3672. DOI: 10.1161/strokeaha.120.029968.
- Misselwitz, B; Grau, A; Berger, K; Bruder, I; Burmeister, C; Hermanek, P; et al. (2020): Versorgungsqualität des akuten ischämischen Schlaganfalls in Deutschland 2018. Der Nervenarzt 91(6): 484-492. DOI: 10.1007/s00115-020-00908-x.
- Regierungskommission Krankenhaus [Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung] (2023): Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. [Stand:] 22.06.2023. Berlin: BMG [Bundesministerium für Gesundheit]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5te_Stellungnahme_der_Reg-komm_Potenzialanalyse.pdf (abgerufen am: 05.02.2025).

⁴ Quelle: Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Hrsg. C.-D. Heidecke; A. Dingelstedt; S. Klein): 213-217.

Publikationsliste 2018 – 2025

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Juni 2026

2025

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

Martinez Oeckel A, Misselwitz B, Foerch C.

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

2024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2023

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

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

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

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

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

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

Quality Assurance in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

Berkefeld J, Misselwitz B, Stein M.

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

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

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

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

2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Predicting Poststroke Pneumonia in Patients With Anterior Large Vessel Occlusion: A Prospective, Population-Based Stroke Registry Analysis.

Schaller-Paule MA, Foerch C, Bohmann FO, Lapa S, Misselwitz B, Kohlhase K, Rosenow F, Strzelczyk A, Willems LM. *Front Neurol.* 2022 Feb 17;13:824450. doi: 10.3389/fneur.2022.824450. eCollection 2022. PMID: 35250827

2021

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

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

Gesundheitswesen. 2021 Dec 23. doi: 10.1055/a-1690-6786.

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

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

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

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

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

Dtsch Arztebl Int. 2021 Dec 17;(Forthcoming):arztebl.m2021.0339. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0339. Free article.

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

Boss EG, Bohmann FO, Misselwitz B, Kaps M, Neumann-Haefelin T, Pfeilschifter W, Kurka N.

Neurol Res Pract. 2021 Aug 2;3(1):38. doi: 10.1186/s42466-021-00136-x. Free PMC article.

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

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

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

2020

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

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

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

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

Haas K, Rücker V, Hermanek P, Misselwitz B, Berger K, Seidel G, Janssen A, Rode S, Burmeister C, Matthis C,

Koennecke HC, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study.
Seijmonsbergen-Schermers AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, Frith L, Gross MM, Misselwitz B, Hálfðánsdóttir B, Daly D, Corcoran P, Calleja-Agius J, Calleja N, Gatt M, Vika Nilsen AB, Declercq E, Gissler M, Heino A, Lindgren H, de Jonge A
PLoS Med. 202 May 22.

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

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

2019

Eignung von Qualitätsindikatorensets in der Gesundheitsversorgung für verschiedene Einsatzgebiete – Forschungs- und Handlungsbedarf.
Döbler K, Schrappe M, Kuske S, Schmitt J, Sens B, Boywitt D, Misselwitz B, Nothacker M, Geraedts M.
Gesundheitswesen. 2019 Oct;81(10):781-787. doi: 10.1055/a-1007-0811. Epub 2019 Oct 1.

Characteristics, management and outcomes of very preterm triplets in 19 European regions.
Dudenhausen JW, Misselwitz B, Piedvache A, Maier RF, Weber T, Zeitlin J, Schmidt S; EPICE Research Group.
Int J Gynaecol Obstet. 2019 Dec;147(3):397-403. doi: 10.1002/ijgo.12939. Epub 2019 Sep 15.

Mode of delivery and mortality and morbidity for very preterm singleton infants in a breech position: A European cohort study.
Schmidt S, Norman M, Misselwitz B, Piedvache A, Huusom LD, Varendi H, Barros H, Cammu H, Blondel B, Dudenhausen J, Zeitlin J, Weber T; EPICE Research Group.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Mar;234:96-102. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.01.003. Epub 2019 Jan 11.

2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Datenschutzvermerk

In den dargestellten Auswertungen zu Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien des vorliegenden Berichts werden bei sehr kleinen Fallzahlen (≤ 3) Fallzahlmaskierungen in den entsprechenden Tabellen vorgenommen. Bei konkreten Zahlenwerten findet sich die Angabe „ ≤ 3 “ sowie bei Prozentwerten die Angabe „x %“. Diese sind jeweils mit dem Hinweis „*Datenschutz“ gekennzeichnet. Dies geschieht, um folgend beschriebenem Szenario vorzubeugen: Theoretisch bestünde die Gefahr, bei Ausweisung der realen Zahlen in Einzelfällen bei Vorliegen erheblichen Zusatzwissens rein theoretisch Rückschlüsse auf konkrete Leistungserbringer*innen und/oder Patient*innen zu ziehen.

Hinweis zur Nutzung von KI-Systemen

Bei der Erstellung dieses Jahresberichts wurde künstliche Intelligenz unterstützend eingesetzt; die inhaltliche Prüfung und Freigabe erfolgte durch die verantwortlichen Mitarbeitenden.

Begrifflichkeiten der Zeiträume

In dem vorliegenden Bericht werden verschiedene Begrifflichkeiten zu den Zeiträumen über die jeweils berichtet wird verwendet. Alle Passagen, die sich auf Zeiträume der Datenlieferungen beziehen und Themen der Vollständigkeit, Vollständigkeit sowie Anzahl gelieferter Datensätze darstellen, werden pro betreffendem Erfassungsjahr dargestellt. Alle Abschnitte, die über Ergebnisse und deren Auswirkungen berichten werden pro Auswertungsjahr beschrieben.

Die genaue Definition der beiden Begriffe wird im Glossar erläutert.

Erläuterung zum Kapitelaufbau

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

- ✓ Zusammensetzung der Fachkommission
- ✓ Sitzungstermine
- ✓ Ansprechpartner der LAGQH
- ✓ Einleitungstext mit allgemeine Informationen zum Verfahren und Darstellung der Datengrundlage zum EJ 2025/24
- ✓ Qualitätsindikatoren: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2026/25 und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2025 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- ✓ Auffälligkeitskriterien: Hessen-/Bundesergebnisse zum AJ 2026/25 und Stellungnahmeverfahren zum AJ 2025 (inkl. eingeleiteter Maßnahmen)
- ✓ Ggfs. gesonderte Ergebnisse und Darstellungen
- ✓ Ausblick

Ergebnistabellen der Qualitätsindikatoren sowie der Auffälligkeitskriterien der Bundesverfahren

Die vom IQTIG berechneten Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsindikatoren (blaue Tabellen, Bsp. Abb. 11.1) bzw. Auffälligkeitskriterien sind in entsprechenden „Ergebnistabellen“ dargestellt.

Hier werden neben den IDs auch die Bezeichnungen der QIs/AKs abgebildet sowie der Bundesreferenzbereich und das Bundes- sowie das hessische Ergebnis. Ist das hessische Ergebnis signifikant besser, so sind die betreffenden Felder bei den Qualitätsindikatoren grün hinterlegt (s. Abb. 11.1). Sollte das hessische Ergebnis im Vergleich zum Bundesergebnis signifikant schlechter ausfallen, so sind die Ergebnisse bei den QIs grau hinterlegt.

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

Abb. 11.1 Muster-Ergebnistabelle der Qualitätsindikatoren

Farbliche Bewertung der Ergebnisse der Landesverfahren

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse

- 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
- Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollständigkeit
- keine Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollständigkeit

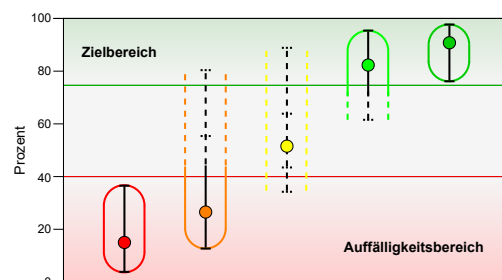


Abb. 11.2 Einfärbungen der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren - Landesverfahren

Ärztliches Peer Review

Das Peer-Review-Verfahren ist ein kollegiales Instrument der medizinischen Qualitätssicherung. Dabei analysieren erfahrene Ärztinnen und Ärzte aus demselben Fachgebiet – sogenannte Peers – gemeinsam mit den verantwortlichen Mitarbeitenden einer Klinik die Strukturen und Prozesse eines ausgewählten Leistungsbereichs. Im Mittelpunkt stehen der fachliche Austausch auf Augenhöhe, gegenseitige Wertschätzung und das gemeinsame Lernen. Ziel ist es, bestehende Stärken sichtbar zu machen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität abzuleiten. Auf diese Weise leistet das Peer Review einen nachhaltigen Beitrag zur Optimierung medizinischer Abläufe und zur Stärkung der Qualität und Patientensicherheit in der Klinik.

Auffälligkeit, rechnerisch

Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht wird. Im Rahmen der Umstellung der statistischen Methodik für die Ermittlung rechnerischer Auffälligkeiten (https://iqtig.org/downloads/berichte/2026/IQTIG_QIDB_Begleitdokument_Umstellung_Methodik_rechnerische_Auffaelligkeit_2026-03-23.pdf) entspricht die rechnerische Auffälligkeit einer statistischen Auffälligkeit (siehe Auffälligkeit, statistisch). Rechnerische Auffälligkeiten ziehen üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Strukturierter Dialog/Stellungnahmeverfahren). Dabei wird geklärt, ob sich hinter einer rechnerischen Auffälligkeit ein Qualitätsproblem verbirgt.

Auffälligkeit, qualitativ

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

Auffälligkeit, statistisch

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

Auffälligkeitskriterium

Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft.

Auswertungsjahr

Das Auswertungsjahr (AJ) bezeichnet das Jahr als definierten Zeitraum, in dem die Daten ausgewertet und das Stellungnahmeverfahren / der Strukturierte Dialog durchgeführt werden. Es folgt i.d.R. dem (Erfassungs-) Jahr, in dem die Daten erhoben werden.

Bundesdatenpool

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

Datenannahmestelle (DAS)

Zu den Aufgaben der Datenannahmestellen gehören die Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der QS-Daten. Für die Datenannahme ist auf Landesebene die jeweilige DAS (Hessen: LAGQH für Krankenhäuser, KVH für Praxen) zuständig.

Datenübermittlung

Es besteht eine quartalsweise Lieferpflicht. Es bleibt für die Leistungserbringer die Möglichkeit, geänderte, korrigierte oder neue Datensätze bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres nachzuliefern oder Datensätze zu stornieren.

Datenvalidierung

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

- **Statistische Basisprüfung**

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

- **Stichprobenverfahren**

Anhand einer Stichprobe werden erfasste QS-Daten mit den Patientenakten abgeglichen.

- **Vollzähligkeit**

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

- **Minimaldatensatz**

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

Erfassungsinstrument/ Erhebungsinstrument

Spezifizierung der Art und Weise der Erfassung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiel: Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation).

Erfassungsjahr

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

Follow-Up

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

Logistische Regression

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

O/E (observed/expected)

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

Plausibilitätsprüfung

Prüfung der Daten auf Korrektheit und Vollständigkeit.

Pseudonymisierung

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

QS-Verfahren

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

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

Sind Verfahren nach DeQS-RL, bei denen auf Grund der Eigenart der Themas oder auf Grund der Fallzahlen der Patient*innen oder der Leistungserbringenden Personen oder Einrichtungen hinsichtlich eines Themas eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt ist. Betroffen sind primär seltene hochspezialisierte Eingriffe wie Organtransplantationen oder herzchirurgische Eingriffe. Die Verantwortung bezüglich der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (gemäß § 17 der DeQS-RL) liegt für die bundesbezogenen QS-Verfahren bei der Bundesstelle (G-BA Unterausschuss Qualitätssicherung), dabei übernimmt das Institut nach § 137 a SGB V (IQTIG) die Aufgaben einer unabhängigen neutralen Geschäftsstelle.

- **Länderbezogene QS-Verfahren**
(früher indirekte Verfahren)

Sind Verfahren nach DeQS-RL bei denen die Verantwortung bezüglich der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (gemäß § 17

der DeQS-RL) bei den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) liegt. Sie sind im Gegensatz zu den bundesbezogenen Verfahren die Regel.

- **Landesverfahren**

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

Qualitätsindikatoren

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

Referenzbereich

Dieser zeigt an, ob das Ergebnis eines Qualitätsindikators rechnerisch auffällig oder rechnerisch unauffällig ist. Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden (z. B. perzentilbasiert). Für die Landesverfahren gibt es zwei Referenzbereiche:

Zielbereich:

Anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

Auffälligkeitsbereich:

Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

Risikoadjustierung

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z. B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Kranken-

häusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (IQTIG) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z. B. Tod) eintritt. Risikoadjustierte Ergebnisse werden immer als O/E-Ratio angegeben.

Risikostatistik

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

Sentinel Event

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

Spezifikation

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

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

Strukturierter Dialog/ Stellungnahmeverfahren

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

Transparenzkennzahl

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

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

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

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung	EF	Ejektionsfraktion
ABS	Antibiotic-Stewardship	EJ	Erfassungsjahr
ACI	Arteria carotis interna	EKG	Echokardiogramm
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register	EMA	European Medicines Agency
AJ	Auswertungsjahr	e. V.	eingetragener Verein
AK	Auffälligkeitskriterium	FD-HEF	Versorgungsgebiet Fulda - Bad Hersfeld
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums	F-OF	Versorgungsgebiet Frankfurt am Main - Offenbach
ALT	Alteplase	FRBI	Frührehabilitations-Barthel-Index
amb.	ambulant	FU	Follow-up
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ASA	American Society of Anesthesiologists (Schema zur Klassifikation von Patient*innen nach Risikogruppen)	GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
ASH	Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen	GI-MR	Versorgungsgebiet Gießen - Marburg
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	GEBH	Geburtshilfe
BI	Barthel-Index (Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag)	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
BJ	Berichtsjahr	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
BKK	Betriebskrankenkasse	GZ	Gesundheitszentrum
CA	Karzinom	h	Stunden
CAP	Community-Acquired Pneumonia (Ambulant erworbene Pneumonie)	HCH	Herzchirurgie
CHE	Cholezystektomie	HE	Hessen
CI	Konfidenzintervall	HEP	Hüftendoprothesenversorgung
CRT	kardiale Resynchronisationstherapie	HER2	human epidermal growth factor receptor 2 (epidermaler Wachstumsfaktor)
CT	Computertomografie	HGV	Hüftgelenkversorgung
DA	Versorgungsgebiet Darmstadt	HGV-OSFRAK ..	Hüftgelenkversorgung - osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen
DaDi	Darmstadt/Dieburg	HHygVo	Hessische Hygieneverordnung
DAS	Datenannahmestelle	HI	Hirnfarkt
DCIS	duktales Carcinoma in situ	HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
DEF / DEFI	implantierbare Defibrillatoren	HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz
DEK	Dekubitusprophylaxe	HMFG	Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	HSM	Herzschrittmacher
DIAL	Dialyse	HSMDEF	Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren
DRG	Diagnosis Related Groups	i. V. m.	in Verbindung mit
DS/DSA	Digitale Subtraktionsangiografie	IAT	Intraarterielle Therapie
DSG	Deutsche Schlaganfallgesellschaft	ICB	Intrazerebrale Blutung
EB	Einrichtungsbefragung	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung	ID	Identifikationskennzahl
E-E-Zeit	Zeit vom Entschluss zur Notsectio bis zur Entbindung	IKK	Innungskrankenkasse
		IMPL	Implantation

IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	NTX	Nierentransplantation
INR	Internatioal Normalized Ratio (Gerinnungsfähigkeit des Blutes)	n. b.	nicht berechnet
i. V. m.	in Verbindung mit	n. d.	nicht definiert
KAROTIS	Halsschlagader	O/E	Verhältnis der beobachteten (o bserved) zur erwarteten (e xpected) Rate
KEP	Knieendoprothesenversorgung	O-E-N	beobachtet, erwartet, Gesamtfallzahl
KG.....	Kollegiale Fachgespräche	OP	Operation
KH	Krankenhaus	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
KHAG	Krankenhausanpassungsgesetz	PatV	Patientenvertretung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	PB	Patientenbefragung
KK	Krankenkassen	PCI	Perkutane Koronarintervention
klin.	klinisch	PD	Privatdozent
Kompl.	Komplikation	PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
KS	Versorgungsgebiet Kassel	PD	Peritonealdialyse
LÄKH	Landesärztekammer Hessen	PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft	PM	Perinatalmedizin
LAGQH	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen	PNEU	Pneumonie
LE	Leistungserbringer	PNTX	Pankreas- Nieren-Transplantation
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	PPCI	Patientenbefragung PCI
M&M	Morbidität und Mortalität	Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
MA	Mitarbeiter	Qesü-RL	Richtlinie über einrichtungs- und sektorübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
MACCE	major adverse cardial and cerebrovascular events (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen)	QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
MBA	Master of Buisness Administration)	QI	Qualitätsindikator
MC	Mammachirurgie	QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
MDS	Minimaldatensatz	QS	Qualitätssicherung
MF-DB	Mandantenfähige Datenbank	QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
MDH	Master of Public Health	RM	Referenzbereich
MR	Magnetresonanz	REV	Revision
MRE	Multiresistente Erreger	RL	Richtlinie
MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger	rtPA	Rekombinanter Gewebe-Plasminogen-Aktivator (Alteplase)
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus	SA	Schlaganfall
MRT	Magnetresonanztomografie	SAB	Subarachnoidalblutung
MS	Maßnahmen	SAFR	Schlaganfall Frührehabilitation
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	SEP	Fallbezogene QS-Dokumentation Sepsis
N	Anzahl	SEPE	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation Sepsis
N. N.	nomen nominandum	SEPS	Sozialdaten der Krankenkassen Sepsis
NEO	Neonatalogie	SGB	Sozialgesetzbuch
NET	Nierenersatztherapie	SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
NGS	Nasogastrale Sonde		
NIHSS	National Institut of Health Stroke Scale		

SO	Standort
SOD	Sozialdaten
SOP	standard operating procedure (standardisierter Arbeitsablauf)
stat.	stationär
STNV	Stellungnahmeverfahren
SU	Stroke Unit
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treats (strategisches Planungsinstrument für Standortbestimmung)
Tab.	Tabelle
TIA	Transitorisch Ischämische Attacke
TICI	Thrombolysis in Cerebral Infarction
TNK	Tenecteplase
Tsd.	Tausend
TX	Transplantation
u. a.	unter anderem
VÄ	Vertragsärzt*innen
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VHF	Vorhofflimmern
Vit	Vitamin
VNr.	Nummer des Verfahrens
VPB	Versendestelle Patientenbefragung
vs.	versus
VZÄ	Vertragszahnärzt*innen
WO	Wohnort
WI-LM	Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg
WI	Wundinfektion
WI-HI	Hygiene- und Infektionsmanagement
WI-NI	Vermeidung nosokomialer Infektionen
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - ambulantes Operieren
WI-NI-D	Vermeidung nosokomialer Infektionen - Auffälligkeitskriterien zur Über-/Unterdokumentation
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - stationäres Operieren
WI-A	Wundinfektion ambulant
WI-S	Wundinfektion stationär

Impressum:

Herausgeber: LAGQH GbR, Eschborn

Layout und Satz: LAGQH GbR, Eschborn

Druck und Bindung: WIRmachenDruck GmbH, Backnang

Quellennachweis Fotografie: Titel 496577121 stock.adobe.com, S. 4 www.bestechend.de, S. 5 LAGQH
S. 15 20134003, 105281083 stock.adobe.com, S. 51 453777968, 78342757, 495311484, 59313102, 249671625,
54940412, 25111424, 461245673, 165767373, 78800433, 146007422, 135759782, 276366812, 25914354,
94675912, 32005702, 2254867811 stock.adobe.com

© LAGQH GbR 2026



**Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen GbR**

Frankfurter Straße 80-82
65760 Eschborn

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