

Bericht

zur externen
Qualitätssicherung
in Hessen

2022

Erfassungsjahr 2021



LAGQH

Hinweis:

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

An der Erstellung dieses Berichts haben mitgewirkt:

Melissa Kohlenberg

Alicia Meister

Dr. med. Björn Misselwitz

Monika Pfannmüller

Simone Puttins

Anke Reihls

Blanka Rosenberger

Leonie Schultheiß

Vanessa Weck

Dr. med. Friedemann Woernle

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	3
1. Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH)	7
2. Landesverfahren	11
Einleitung	12
Berichte zu den Landesverfahren - Übersicht	15
2.1 MRE-Projekt Hessen	16
2.2 Schlaganfallprojekt	21
2.2.1 Akutbehandlung	22
2.2.2 Frührehabilitation (Phase B)	29
3. Verfahren nach DeQS-RL	33
Verfahren und Abläufe	34
Berichte zu den Bundesverfahren - Übersicht	41
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	42
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	47
3.3 Cholezystektomie (QS CHE)	52
3.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen - Dialyse (QS NET - DIAL)	57
3.5 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	60
3.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	65
3.7 Mammachirurgie (QS MC)	69
3.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	74
3.9 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	79
3.10 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	84
3.10.1 Herzschrittmacher (HSM)	85
3.10.2 Implantierbare Defibrillatoren (DEF)	90
3.11 Perinatalmedizin (QS PM)	95
3.11.1 Geburtshilfe (GEBH)	96
3.11.2 Neonatologie (NEO)	100
3.12 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	104
3.12.1 Osteosynthetische Versorgung (OSFRAK)	105
3.12.2 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	109
3.13 Knieendoprothetik (QS KEP)	114
4. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)	121
5. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	125
6. Veranstaltungen	129
7. Klinikbewertungen berichtspflichtiger Qualitätsindikatoren	135
8. Publikationen	149
9. Anhang	157
Leseanleitung zu den Abbildungen	159
Glossar	160
Abkürzungsverzeichnis	164



Prof. Dr. Steffen Gramminger
Vorsitzender des Lenkungsgremiums

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.
Geschäftsführender Direktor

Ein ganzes Geschäftsjahr ist jetzt schon wieder vorüber – das erste Jahr der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH), in welchem nicht nur wie seit Jahren gewohnt die einrichtungsübergreifende und datengestützte Qualitätssicherung umgesetzt wurde, sondern auch die externe stationäre Qualitätssicherung nun vollständig in die LAGQH übergegangen war. Das erste Jahr mit nur noch einer „gemeinsamen Qualitätsstelle“ in Hessen. Aufgrund der Erfahrung und der sorgfältigen Vorbereitung aller Beteiligten, war es nicht verwunderlich, dass bereits das erste Jahr routiniert, zuverlässig und mit dem seit Jahren bekannt hohen Qualitätsniveau die Arbeit auch in dieser neuen Konstellation hervorragend bewerkstelligt wurde. An dieser Stelle möchte ich mich für die seit Jahren vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit unter den Selbstverwaltungspartnern und im besonderen Maße für das außerordentliche Engagement der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der LAGQH ganz herzlich bedanken.

Auch in diesem Jahr informiert die Geschäftsstelle wieder in einem Bericht über die Qualitätssicherungsverfahren des Vorjahres und trägt damit zu einem großen Teil der Qualitätstransparenz in Hessen bei. Man hat es geschafft, neben den stationären auch die einrichtungsübergreifenden Ergebnisse der Qualitätssicherung sowie die hessischen Landesverfahren MRE-Projekt und Schlaganfall alle in einem Jahresbericht darzustellen. Der Bericht ist mal wieder ein Zeugnis dafür, wie in Hessen Qualitätssicherung gedacht und umgesetzt wird:

„Offen, transparent und kommunikativ“

mit dem Ziel für unsere Patienten in Hessen die Versorgung kontinuierlich zu verbessern bzw. die hohe Qualität beizubehalten.

Wir dürfen extrem darauf gespannt sein, welche Bedeutung den Qualitätssicherungsverfahren in der zu erwartenden Krankenhausvergütungsreform ab dem Jahr 2024 zukommen wird. In den bisherigen Konzepten wird mit dem Qualitätsbegriff wahrlich nicht gespart. Während es zu Beginn bei der Krankenhausplanung eher um messbare Strukturqualitäten gehen wird, sollte es im Rahmen der Weiterentwicklung doch eher um Ergebnisqualität gehen. Um dabei Ergebnisqualität nicht nur kurzfristig zu betrachten, werden hierbei insbesondere sektorenübergreifende Qualitätsmessungen über einen längeren Zeitraum eine besondere Bedeutung bekommen. Außerdem bleibt zu hoffen, dass endlich patientenorientierte Qualitätsmessungen wie Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) mehr Beachtung finden. Lassen Sie uns Qualität dort messen, wo sie ankommen soll...nämlich bei den Patienten.

Viel Spaß beim Lesen der informativen und interessanten Lektüre wünscht Ihnen

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger



Dr. Björn Misselwitz

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Leiter der Geschäftsstelle

Eineinhalb Jahre ist es mittlerweile her, dass die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen komplett in die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen übergegangen ist. Und auch wenn sich von außen bis auf das neue Logo und die neue Internetpräsenz scheinbar gar nicht so viel geändert hat, war dies ein Meilenstein in der externen - oder wie es jetzt heißt – der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen. Die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) bildet auf Landesebene, nach dem Muster des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Überbau für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung. Die Aufgaben der LAG sind klar in den entsprechenden Richtlinien des G-BA definiert, und eine unabhängige neutrale Geschäftsstelle übernimmt das organisatorische und operative Geschäft. Damit bietet sich die große Chance, die Qualitätssicherung auf Landesebene als Herausforderung auch jenseits der DeQS-Verfahren zu sehen. In Hessen konnte das bereits in den alten Strukturen mit der Etablierung der (auch weiterhin bestehenden) Landesverfahren gezeigt werden. Mit den neuen Strukturen ergeben sich auch Möglichkeiten, sektorenübergreifende Ansätze zu verfolgen oder weitere vorhandene Datenquellen für die Qualitätssicherung zu nutzen. Die Erfahrungen in Hessen zeigen, dass bisher auch immer eine große Offenheit der Träger der (LA)GQH für neue Ansätze und Wege bestand.

Im April 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss das sogenannte Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung verabschiedet. In dem Beschluss werden unter anderem (abgekürzt) folgende Punkte gefordert:

- ✓ Kurzfristige Maßnahmen zur Reduktion des Aufwands
- ✓ Identifikation und Fokussierung auf relevante Verbesserungspotentiale der Versorgungsqualität
- ✓ Erhöhung der Effektivität und Effizienz der datengestützten Qualitätssicherung

Dieser Beschluss hat sich in den letzten Jahren angebahnt und war tatsächlich auch überfällig. Der Wechsel der Bundesinstitute vom BQS-Institut über das AQUA-Institut zum IQTIG hat nicht zu einer wesentlichen Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätssicherungsverfahren geführt. Es wurden zwar neue, sinnvolle QS-Ansätze entwickelt (wie die Patientenbefragung oder die Follow-up-Indikatoren anhand von Sozialdaten), jedoch ist versäumt worden, die bestehenden datengestützten Verfahren inkl. ihrer Instrumente und Methoden in den vergangenen Jahren weiterzuentwickeln. Zu den ersten drei hierfür konkret ausgewählten QS-Verfahren (PCI, KEP und HSMDEF) liegt dem G-BA seit Mai 2023 ein Zwischenbericht vom IQTIG vor. Wir können gespannt sein, ob hier der von vielen erhoffte Radikalschlag erfolgt, oder ob das Ganze in einem „Reförmchen“ endet bzw. im schlimmsten Fall sogar noch empfohlen wird, die letzten sinnvollen Qualitätsindikatoren auszusetzen.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei den QS-Verantwortlichen in den hessischen Krankenhäusern sowie bei den betroffenen Kolleginnen und Kollegen in den Praxen für das Engagement aber auch die zum Teil sehr strapazierte Geduld bedanken. Wir als Geschäftsstelle können Ihnen versichern, dass wir, sofern die Möglichkeit besteht, immer den Blick auf das Wesentliche, nämlich eine bessere Patientenversorgung haben. Dies soll immer auch mit vertretbarem Aufwand, zum einen bei der Dokumentation zum anderen aber auch bei den (teilweise wenig zielführenden) Stellungnahmeverfahren, geschehen.

Dr. med. Björn Misselwitz

1. Die LAGQH

Lenkungsgremium der LAGQH (Stand: 31.12.2022)

Stimmberechtigtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Herr Dr. Dr. J. Schardt	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
Herr D. Rascop	Herr Dr. W. LangHeinrich	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Herr Prof. Dr. S. Gramminger	Frau C. Grün	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr Prof. Dr. N. Rilinger	Herr Prof. Dr. N. Khaladj	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr J. Henkel	Frau S. Schaefer	AOK Hessen
Frau Y. Kothe	Herr R. Skypzak	AOK Hessen
Frau S. Strodt	Frau R. Dellweg	BKK Landesverband Süd
Herr F. Kimpel-Stephan	Herr H. Barfknecht Frau B. Stein Herr D. Oesterwinter	IKK classic KNAPPSCHAFT SVLFG
Frau C. Ackermann	Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Herr R. Sand	Herr C. Nyhuis	vdek-Landesverband Hessen
Beteiligtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Frau Dr. S. Johna	Frau N. Walter	Landesärztekammer Hessen
Herr F. Stricker-Wolff	Frau K. Freund-Gutmann	Landespflegerat Hessen
Frau A. Scherer	Herr M. Vomweg	Verband der Privaten Krankenversicherung
Frau U. Häuser	N. N.	LAG Selbsthilfe Hessen

Sitzungstermine

Sitzung Nr.	Datum
10	03.03.2022
11	27.06.2022
12	14.11.2022

Die LAGQH - Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR - ist eine Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Verbände der Krankenkassen in Hessen. Am 23.10.2018 wurde hierfür ein Vertrag geschlossen, der die Grundlage für die Planung und Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen schafft. Die Ziele umfassen insbesondere:

- ✓ die Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung,
- ✓ einen validen und vergleichbaren Erkenntnisgewinn über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer*innen und
- ✓ dadurch die Stärkung der Selbstbestimmung der Patient*innen.

Hierfür werden neben den Verfahren der DeQS-RL auch landesspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen eingesetzt. Die LAGQH hat

- ✓ eine Gesellschafterversammlung als Entscheidungsgremium für alle administrativen, organisatorischen und fiskalischen Entscheidungen,
- ✓ ein Lenkungsgremium als Entscheidungsgremium für die Aufgaben gemäß §§ 5, 6 und 8a der DeQS-RL sowie den Aufgaben gemäß den Vereinbarungen zu den Landesverfahren (siehe Kapitel 2)
- ✓ eine unabhängige, neutrale Geschäftsstelle für die administrative Betreuung und technisch-organisatorische Durchführung.

Die Aufgaben der LAGQH gemäß § 6 der DeQS-RL (Fassung vom 15.12.2022) sind:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der länderbezogenen Verfahren, für die Aufgaben nach Nummer 2 bis 7 und 9
2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend den Regelungen in § 17 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9
3. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19

4. Information und Beratung der Leistungserbringer*innen gemäß § 25
5. Durchführung der Datenvalidierung
6. Förderung des Austausches über qualitätsverbessernde Maßnahmen der Leistungserbringer*innen untereinander
7. laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von dem Institut nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze
8. Datenannahme durch die unabhängige und neutrale Geschäftsstelle der LAG nach § 5 Absatz 4 bei Vorliegen einer Erklärung nach § 9 Absatz 1 Satz 5
9. Umsetzung von Aufgaben, die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V ergeben und die zur Veröffentlichung geeigneter Qualitätsergebnisse im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser notwendig sind.

Ergänzend hierzu hat sie folgende weitere Aufgaben im Rahmen der Landesverfahren:

1. Spezifikationserstellung und Instrumentenentwicklung zur Erfassung von QS-Daten
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien (Rechenregeln, Referenzbereiche)
3. Auswertungsstelle (Berichterstellung für Leistungserbringer*innen)
4. Einrichtung von Fachausschüssen und Expertengremien
5. Sekundärdatenanalysen

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



2. Landesverfahren

Einleitung

Die im folgenden Kapitel dargestellten Landesverfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in dieser Form ausschließlich im Bundesland Hessen durchgeführt werden. Hierzu sind entsprechende Vereinbarungen auf Grundlage des § 112 Absatz 1 i. V. m. Absatz 2 Nr. 3 SGB V geschlossen worden.

Konkret werden aktuell die beiden Landesverfahren „MRE-Projekt Hessen“ und „Schlaganfallversorgung Hessen“, untergliedert in die zwei Module „Schlaganfall akut“ und „Schlaganfall neurologische Frührehabilitation“, im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung in Hessen durchgeführt.

Als Vertragspartner treten die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft e. V. auf. Im MRE-Projekt Hessen wird die Trägerschaft um das Hessische Ministerium für Soziales und Integration als zusätzlicher Vertragspartner ergänzt. Inhaltlich legen die Vereinbarungen das konkrete Vorgehen zum Datenmanagement und zur Auswertungserstellung, der Berichterstattung und

der Umsetzung besonderer Maßnahmen sowie die Aufgaben und Besetzung der eingerichteten Fachausschüsse fest. Darüber hinaus werden Regelungen zur Finanzierung getroffen und Grundsätze des Datenschutzes, entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, abgebildet.

Die Durchführungsverantwortung für die Landesverfahren lag bis zum Jahr 2021 bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH). Beide Verfahren wurden ab 2022 nach Beschluss der Gesellschafterversammlung der LAGQH in gewohnter Form weitergeführt. Hierzu gingen die ehemals durch die GQH übernommenen Aufgaben in die Verantwortung der Geschäftsstelle der LAGQH über. Beide zugrundeliegenden Vereinbarungen sind auf der Internetseite der LAGQH veröffentlicht, um für alle Beteiligten jederzeit eine größtmögliche Transparenz herzustellen. (<https://www.lagqh.de/about/vertraege>).

Alle teilnehmenden Kliniken erhalten als unterstützendes Instrument des klinikinternen Qualitätsmanagements Basisauswertungen und Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren bzw. -kennzahlen. Für das

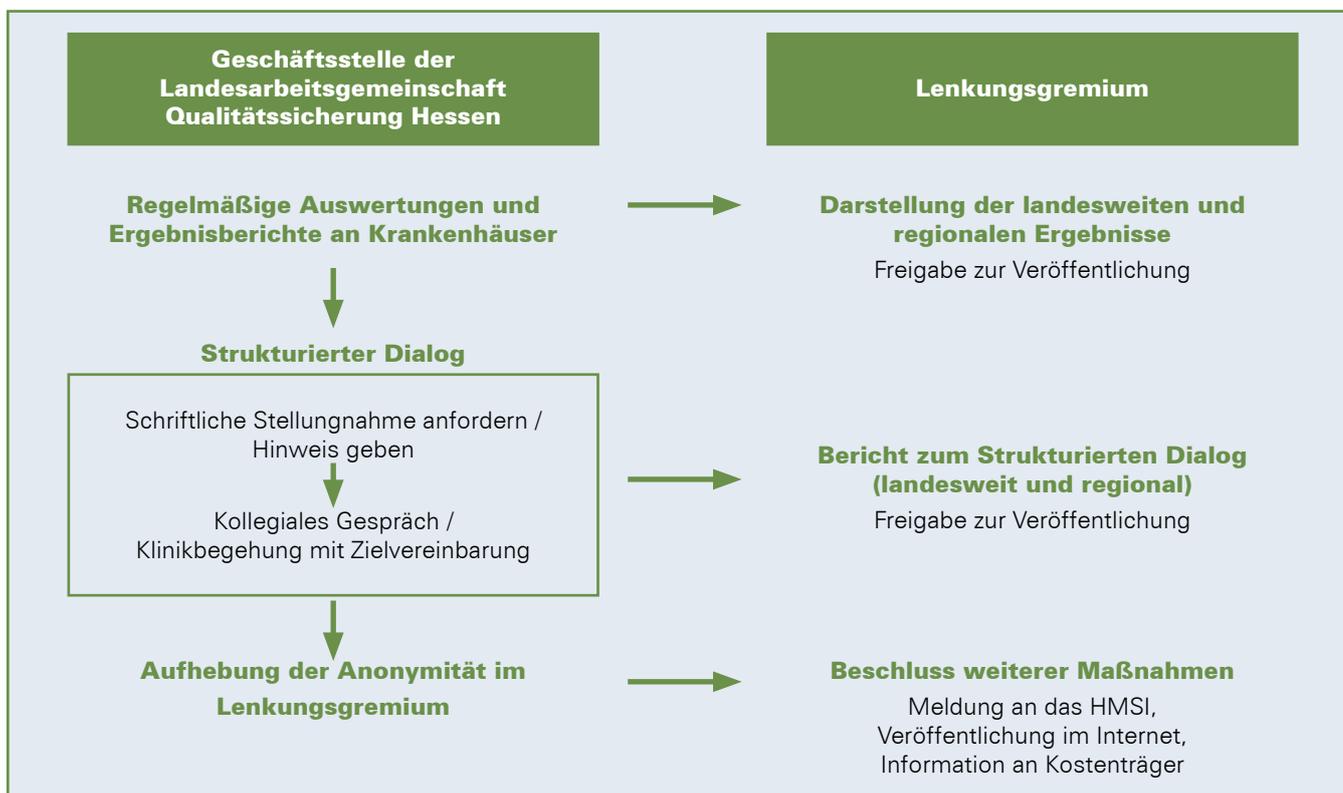


Abb. 2.1 Verfahrensplan - Strukturierter Dialog

Modul „Schlaganfall akut“ wurden diese bisher halbjährlich, für das Modul „Schlaganfall neurologische Frührehabilitation“ jährlich zur Verfügung gestellt. Mit dem Auswertungsjahr 2022 wurden für alle Landesverfahren - angepasst an das im Verfahren „MRE-Projekt Hessen“ bereits etablierte Vorgehen - quartalsweise Auswertungen erstellt. Durch dieses zeitnahe und engmaschige Vorgehen soll die Informationsqualität für die Leistungserbringer weiter verbessert werden.

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

Dieses Instrument kommt in allen Landesverfahren zum Einsatz. Sollten Auswertungsergebnisse von teilnehmenden Kliniken rechnerische Auffälligkeiten zeigen, da sie von den festgelegten Referenzwerten abweichen, wird hierzu in Abstimmung mit dem zu-

ständigen Fachausschuss ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Auf der Darstellung der Klinik basierend führt der Fachausschuss eine Bewertung der zugrundeliegenden Zusammenhänge durch und gibt den Leistungserbringern hierzu eine Rückmeldung mit entsprechenden Empfehlungen. Einen schematischen Überblick über den Strukturierten Dialog bietet die Abbildung 2.1.

Um die Datenerhebung zu überprüfen, führt die LAGQH in allen Landesverfahren eine Datenvalidierung durch. Diese stellt sicher, dass die Erhebungsbögen die benötigten Daten vollständig, vollzählig und valide darstellen und die Dokumentation in den Erhebungsbögen die Aktenlage in den Kliniken korrekt wiedergibt. Die Datenvalidierung setzt sich aus den beiden Verfahren der statistischen Basisprüfung und des Stichprobenverfahrens zusammen. Eine detaillierte Darstellung der Abläufe ist der Abbildung 2.2 zu entnehmen.

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



Abb. 2.2 Verfahrensplan - Datenvalidierung



Berichte zu den Landesverfahren - Übersicht

Verfahren/Bezeichnung	Anzahl Standorte mit dokumen- tierten Fällen (IST)	Gesamtzahl Fälle	Fall-Range	Details auf Seite
MRE_HE MRE-Projekt Hessen	100	4.389	1 - 197	16
SA_HE Schlaganfall - Akutbehandlung	92	24.200	1 - 1.734	22
SA_FRUEHREHA_HE Schlaganfall - Frühreha (Phase B)	15	2.540	1 - 343	29

2.1 MRE-Projekt

Fachausschuss (Stand: 31.12.2022)

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

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

Expert*innengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution
Herr Dr. B. Bornhofen	Stadtgesundheitsamt Stadt Offenbach am Main
Herr Prof. Dr. S. Gramminger	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
Herr J. Kran	Stadtgesundheitsamt Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg
Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Frau S. Schaefer	AOK Hessen
Frau S. Strodt	BKK Landesverband Süd
Frau Dr. C. Winten	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
22	03.02.2022
23	28.04.2022
24	30.06.2022
25	02.11.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Termin Sitzung des Expertengremiums

Sitzung Nr.	Datum
9	02.11.2022

Einleitung

Mit dem Übergang der GQH in die LAGQH wurde auch das seit 2016 bestehende MRE-Projekt Hessen vertraglich an die neuen Zuständigkeiten angepasst. Aufgrund der guten Resonanz aller Beteiligten zum bisherigen Projektverlauf konnte das Landesverfahren in der Trägerschaft des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, den Verbänden der Krankenkassen in Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft strukturell und inhaltlich in der bisherigen Form weitergeführt werden.

Die Dynamik und Relevanz der Thematik der multiresistenten Erreger als „schleichende Pandemie“ sind weiterhin für alle Akteure des Gesundheitssystems ein herausforderndes Thema im klinischen Alltag. Das MRE-Projekt will hierzu ein unterstützendes Instrument liefern.

Zum einen beleuchtet das Verfahren den *Staphylococcus aureus* mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin (MRSA), zum anderen zwei ausgewählte Keime der gramnegativen Erreger mit Multiresistenz 4MRGN.

Die Dokumentation der Fälle mit codiertem Erreger:

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

ist von allen hessischen Kliniken inklusive psychiatrischer und psychosomatischer Fachkliniken verpflichtend durchzuführen.

Ergebnisse

Alle teilnehmenden Kliniken erhalten eine quartalsweise Auswertung zu den Prozessindikatoren, die Ergebnisse zu den Themen Isolierung, Dekolonisierung und die Informationsweitergabe an die weiterbehandelnden Ärzt*innen beinhalten. Darüber hinaus werden jährlich auf Basis der von den Kliniken gelieferten Behandlungstage Inzidenzindikatoren berechnet.

Eine Übersicht der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 ist der Abbildung 2.1.1 zu entnehmen.

In allen Qualitätsindikatoren konnten Ergebnisse auf einem gleichbleibend hohen Niveau wie im Vorjahr erreicht werden.

Bereits im Vorjahr hatte das Expertengremium auf Empfehlung des Fachausschusses den Qualitätsindikator 3a „Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle, mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden“ als Sentinel Event ausgewiesen, da die durchgeführte Isolierung betroffener Patient*innen als wesentlicher Faktor zur Risikominimierung unerlässlich ist. In diesem Indikator haben sich die Ergebnisse im Erfassungsjahr 2021 noch weiter verbessert. Analog zu diesem Vorgehen wird nun auch der Qualitätsindikator 3b „Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden“ als Sentinel Event bewertet. Auch hier sind die Ergebnisse in Hessen auf einem sehr guten Niveau.

Ergänzend zu den dargestellten Ergebnissen hat die LAGQH erneut eine Sonderauswertung der Inzidenzindikatoren nach Versorgungsgebieten erstellt. Diese zeigt die Verteilung nach Krankenhausstandort in Hessen. Die Ergebnisse sind der Tabelle 2.1.1 sowie den Abbildungen 2.1.2 und 2.1.3 zu entnehmen.

Zur Abgrenzung der Nosokomialität der 4MRGN-Keime wurde ein neuer Indikator zu den bestehenden Inzidenzindikatoren ergänzt. In diesem wird der Zusammenhang zwischen einer im Verlauf des stationären Aufenthaltes erworbenen Kolonisation/Infektion mit einer im Vorfeld stattgefundenen Vorantibiose beleuchtet, um mögliche Selektionsphänomene heraus-

Ergebnisübersicht 2021

QI-ID	Indikatoren zu Ergebnissen	Referenzwerte	Q1/2021-Q4/2021
Prozessorientierte Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 70,00 % in Hessen: 93,75 %	93,75 % [92,51 ; 94,8] 1.621 / 1.729 Fällen
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: ≤ 3 Fälle*	≤ 3 Fälle*
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 32 Fälle	32 Fälle
4	Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % in Hessen: 96,19 %	96,19 % [95,55 ; 96,74] 3.813 / 3.964 Fällen
Inzidenz-Indikatoren zu MRSA			
1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,13 Ø in Hessen: 0,06	0,06 [0,05 ; 0,06] 420 Fälle / 7.213.533 Tage
1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,05 Ø in Hessen: 0,02	0,02 [0,01 ; 0,02] 119 Fälle / 7.213.533 Tage
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,02 Ø in Hessen: 0,01	0,01 [0,01 ; 0,01] 69 Fälle / 7.213.533 Tage
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,03 Ø in Hessen: 0,01	0,01 [0,01 ; 0,01] 70 Fälle / 7.213.533 Tage
Inzidenz-Indikatoren zu 4MRGN			
5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,01	0,01 [0 ; 0,01] 44 Fälle / 7.213.533 Tage
5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	0,00 [0 ; 0] 20 Fälle / 7.213.533 Tage
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	0,00 [0 ; 0] 10 Fälle / 7.213.533 Tage
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	0,00 [0 ; 0] 4 Fälle / 7.213.533 Tage
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.	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 13 Fälle	13 Fälle

* Datenschutz

Abb. 2.1.1 Übersichtstabelle Hessen gesamt

filtern zu können. Der neue Indikator 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 stattgefunden hat“ wird ebenfalls als Sentinel Event ausgewertet. Im ersten Erhebungsjahr betraf das 13 der insgesamt 44 im Behandlungsverlauf festgestellten Keimbefunde.

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet

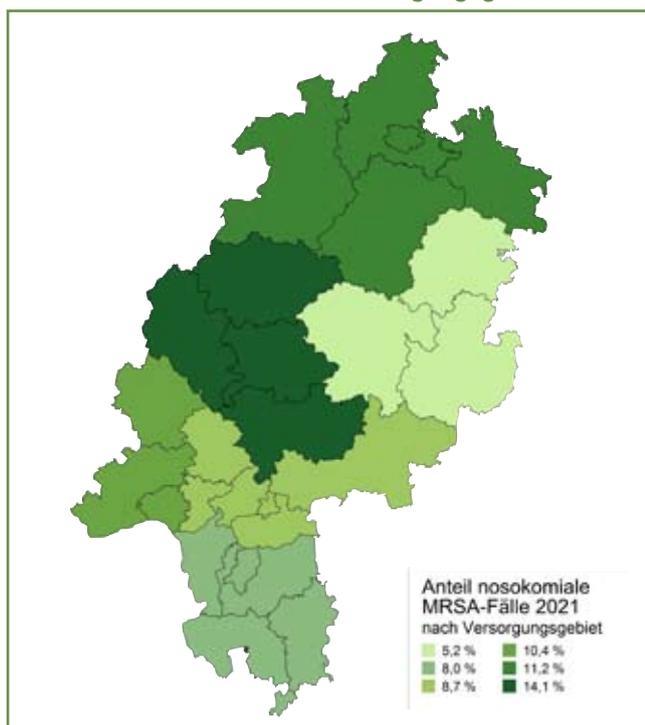


Abb. 2.1.2

Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen¹ nach Versorgungsgebiet

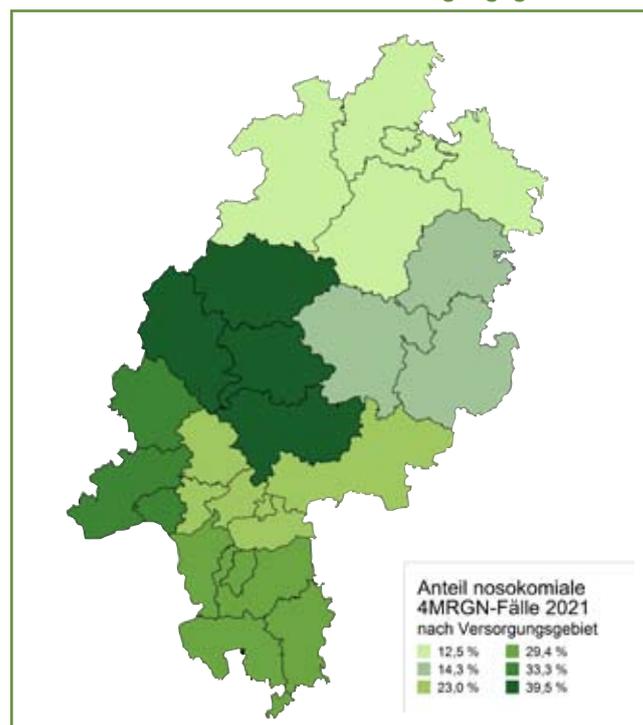


Abb. 2.1.3

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

QI	Jahr	WI-LM	DA	FFM-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
2: Dekolonisierung	2021 (%)	89,0	97,1	95,4	87,8	92,1	97,5	93,8
	2020 (%)	92,0	94,7	97,1	89,9	91,3	96,8	94,5
	2019 (%)	96,9	97,6	97,3	93,8	93,0	98,0	96,4
	2018 (%)	96,4	93,0	95,9	92,3	92,5	97,4	95,1
3a: Isolierung (bei Aufnahme bekannt)	2021 (N) ²	0	0	0	≤ 3 ³	0	0	≤ 3 ³
	2020 (N) ²	0	0	0	5	≤ 3 ³	0	7
	2019 (%)	98,9	98,9	98,1	98,7	99,2	99,4	98,7
	2018 (%)	99,2	97,9	98,0	98,1	97,6	98,6	98,2
3b: Isolierung (im Screening)	2021 (N) ²	0	≤ 3 ³	5	8	5	11	32
	2020 (%)	99,0	99,5	98,4	98,8	98,3	97,9	98,5
	2019 (%)	98,9	98,6	97,6	98,0	96,1	98,1	97,8
	2018 (%)	98,7	98,6	97,6	96,3	94,8	98,4	97,4
4: Weiterbehandelnde Ärzt*innen informiert	2021 (%)	96,7	96,4	96,6	96,4	94,8	95,7	96,2
	2020 (%)	95,7	96,3	96,5	96,7	95,5	95,8	96,2
	2019 (%)	96,6	96,6	97,6	95,9	91,8	97,8	96,5
	2018 (%)	96,0	97,5	96,7	95,1	95,2	97,4	96,4

Tab. 2.1.1 Prozessindikatoren

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

² Änderung in Sentinel-Event-Indikator

³ Datenschutz

Strukturierter Dialog

Einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und der Entwicklung der letzten Jahre bietet die Abbildung 2.1.4.

Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurden im Jahr 2022 zwei Kollegiale Gespräche geführt. Beide Kliniken waren im Indikator 1 „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“ erneut signifikant auffällig. Die Überprüfung der Umsetzung der gemeinsamen Zielvereinbarungen konnte

einen Erfüllungsgrad von fast 100 % zeigen und auch die aktuellen Ergebnisse in den entsprechenden Qualitätsindikatoren konnten von diesen Kliniken durchgängig verbessert werden.

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	2016	1. Q 2017	2. Q 2017	3. Q 2017	4. Q 2017 EJ 2017	1. Q 2018	2. Q 2018	3. Q 2018	4. Q 2018 EJ 2018	1. Q 2019	2. Q 2019	3. Q 2019	4. Q 2019 EJ 2019	1.+2. Q 2020 EJ 2020	3.+4. Q 2020 EJ 2020	1.+2. Q 2021 EJ 2021	3.+4. Q 2021 EJ 2021	1.+2. Q 2022
QI 1	-	-	-	-	3 1	-	-	-	8 6	-	-	-	8 4	-	5+2KG 4	-	5+2KG 1	-
					KG 2				KG 1				2 KG 3					
QI 1a	-	-	-	-	1 1	-	-	-	10 10	-	-	-	4 4	-	5 3	-	2 2	-
QI 1b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 3	-	-	-
QI 1c	-	-	-	-	4 1	-	-	-	7 6	-	-	-	5 4	-	7 4	-	5 1	-
					3 3				KG 1									
QI 1d	-	-	-	-	6 3	Indikator entfallen												
QI 2	-	-	8 7	9 3	9 1	9 2	4 1	5 2	3 1	1 1	1 1	1 1	1 1	4 4	6 2	3 1	-	2 1
			1 1	2 2	3 5	2 2	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	2 2	1 1	1 1
QI 3a	-	-	1 1	1 1	6 5	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	3 2	4 3	2 1	2 1	2 2
QI 3b	-	-	1 1	2 1	2 1	7 4	5 2	3 3	3 1	1 1	1 1	1 1	2 2	2 2	3 2	-	11** 1	15 10
QI 4	8 5	12 8	4 2	1 KG	3* 3	10 5	10 6	5 1	2 2	1 1	3 2	4 2	4 4	6 4	6+1KG 3	4 1	1 1	9 7
	3 3	1 3	1 1	1 1	3 3	3 3	1 1	2 2	2 2	1 1	2 2	2 2	2 2	2 2	1 1	3 3	1 1	1 1
QI 5	-	-	-	-	-	-	-	-	30 30	-	-	-	-	-	22 Fragebögen	-	-	-
QI 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1 6 3	-

■ Qualitätsproblem
■ Dokumentationsfehler
■ Unauffällig
■ Hinweis

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

QI 1 Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage
 QI 1a Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage
 QI 1b Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage
 QI 1c Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 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 (≥4 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, bei denen eine Isolierung durchgeführt wurde
 QI 4 Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert
 QI 5 Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 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

2.2 Schlaganfallprojekt

Fachausschuss (Stand: 31.12.2022)

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, Main-Kinzig-Klinik Gelnhausen	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

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

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
86	22.03.2022
87	29.06.2022
88	15.12.2022

Arbeitsgruppe Frührehabilitation (Stand: 31.12.2022)

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

Termine Arbeitsgruppen-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	15.02.2022
6	10.05.2022
7	25.08.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projekt	Projektleitung	Projektassistenz
Akutbehandlung	Herr Dr. B. Misselwitz	Frau V. Weck
Frührehabilitation	Frau S. Puttins	Frau M. Kohlenberg

2.2.1 Akutbehandlung

Fallzahlverteilung 2021

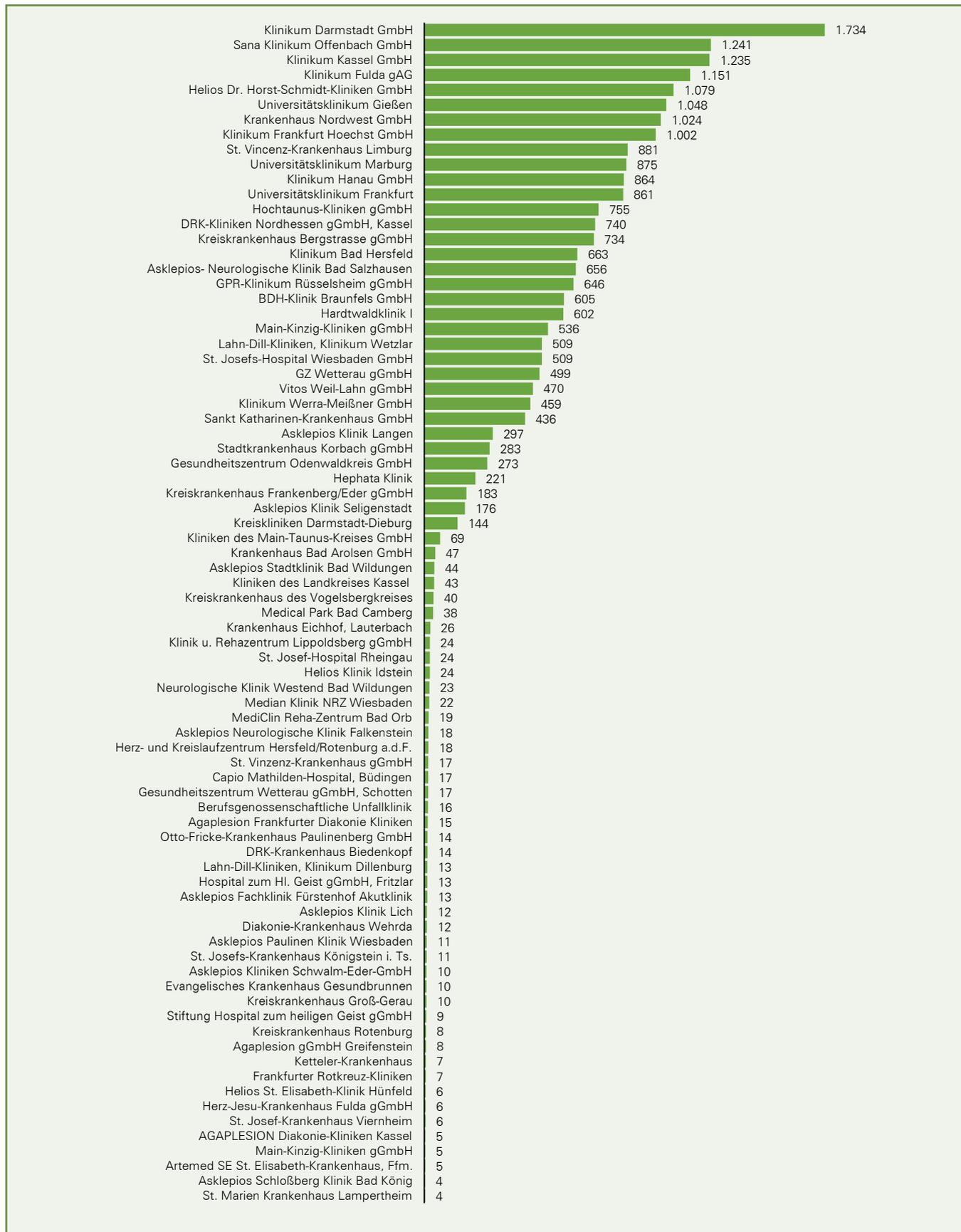


Abb. 2.2.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Einleitung

Im Jahr 2021 wurden in den hessischen Kliniken 24.200 Datensätze für die Qualitätssicherung Schlaganfall akut erfasst, 22.500 davon sind in die Auswertungen eingeflossen. Bei den nicht einbezogenen Patient*innen handelt es sich zum Großteil um Fälle, bei denen das Ereignis länger als sieben Tage zurücklag. Die Fälle verteilen sich auf Hirninfarkte (65,3 %), transitorisch ischämische Attacken (24,7 %), Intrazerebrale- (7,6 %) und Subarachnoidalblutungen (2,2 %). Gegenüber dem Vorjahr ist die Gesamtfallzahl quasi

gleichgeblieben (-1,1 %). 92 Krankenhausstandorte waren in 2021 an der Schlaganfallbehandlung in Hessen beteiligt (Abb. 2.2.1.1), 95 % der Patient*innen wurden in den 32 Stroke-Units (Abrechnungsfähigkeit der Komplexpauschale) versorgt. Elf Stroke Units in Hessen verfügen als überregionale Stroke Unit über eine interventionelle Neuroradiologie als Voraussetzung für mechanische Thrombektomien der Hirnarterien (Abb. 2.2.1.2).

Stroke Units in Hessen

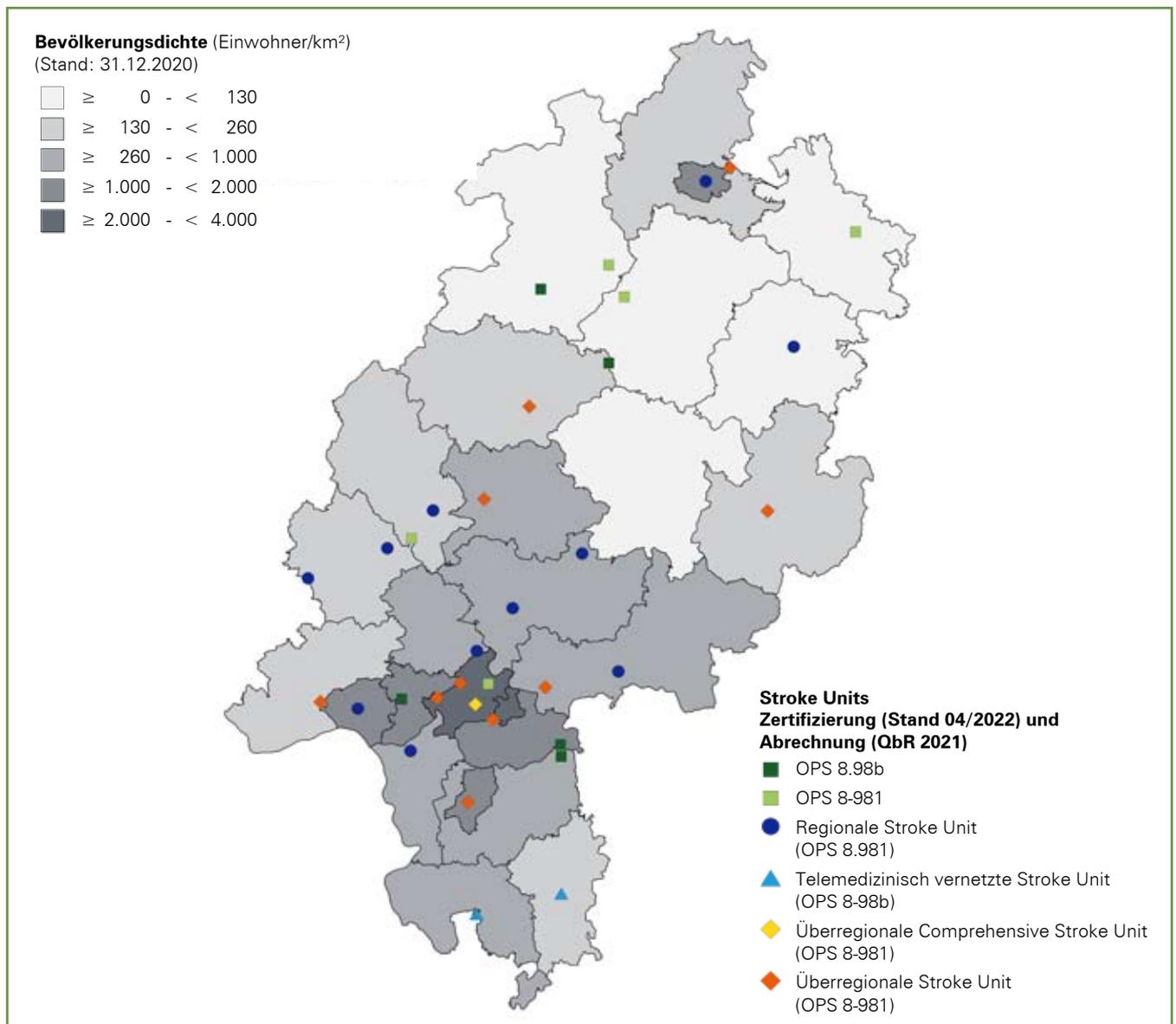


Abb. 2.2.1.2

Ergebnisübersicht 2021 - Hirninfarkt

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 20.419			Ergebnis 2021		Ergebnis 2020	
QI-ID	Referenzwerte		Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik (HI oder TIA)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 95,05 %	95,05 % [94,70 ; 95,38]	14.872 / 15.646 Fällen	96,42 % [96,11 ; 96,70]	15.122 / 15.684 Fällen
13a-006	Frühzeitige erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 83,60\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 77,33 %	77,33 % [76,31 ; 78,31]	5.212 / 6.740 Fällen	75,70 % [74,67 ; 76,70]	5.172 / 6.832 Fällen
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIH-SS ≥ 4 , Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Ø in Hessen: 87,64 %	87,64 % [86,43 ; 88,75]	2.701 / 3.082 Fällen	82,67 % [81,34 ; 83,93]	2.696 / 3.261 Fällen
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 94,09 %	94,09 % [93,75 ; 94,42]	17.667 / 18.776 Fällen	93,30 % [92,94 ; 93,65]	17.764 / 19.039 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,58 %	96,58 % [96,26 ; 96,87]	13.409 / 13.884 Fällen	96,62 % [96,30 ; 96,91]	13.184 / 13.645 Fällen
15-003	Behandlung auf Stroke Unit (nur KH mit Stroke-Unit gemäß Komplex-OPS)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 85,00\%$ Ø in Hessen: 95,36 %	95,36 % [95,00 ; 95,68]	14.086 / 14.772 Fällen	95,56 % [95,22 ; 95,88]	14.518 / 15.192 Fällen
14a-001	Thrombolyse (Alter < 80 , NIH-SS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 81,77 %	81,77 % [79,54 ; 83,82]	1.023 / 1.251 Fällen	81,86 % [79,70 ; 83,83]	1.092 / 1.334 Fällen
14d-001	Thrombolyse nach Protokoll (NIH-SS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 83,00\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 78,06 %	78,06 % [76,20 ; 79,81]	1.576 / 2.019 Fällen	76,80 % [74,98 ; 78,52]	1.678 / 2.185 Fällen
23a-001	Intraarterielle Therapie (Carotis-T, M1, M2 oder BA-Verschluß und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 83,20\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Hessen: 1,07% 74,92 %	74,92 % [72,39 ; 77,29]	899 / 1.200 Fällen	72,90 % [70,26 ; 75,38]	842 / 1.155 Fällen
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 55,71 %	55,71 % [49,09 ; 62,13]	122 / 219 Fällen	58,94 % [52,70 ; 64,91]	145 / 246 Fällen
16a-002	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80 , NIH-SS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 91,17 %	91,17 % [89,29 ; 92,75]	950 / 1.042 Fällen	90,41 % [88,56 ; 91,99]	1.028 / 1.137 Fällen
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min nach Protokoll (NIH-SS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 90,00\%$ Auffälligkeit: $< 72,80\%$ Ø in Hessen: 90,05 %	90,05 % [88,51 ; 91,41]	1.476 / 1.639 Fällen	90,42 % [88,96 ; 91,71]	1.595 / 1.764 Fällen
16b-002	Door-to-needle-time ≤ 30 min nach Protokoll (NIH-SS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 51,25 %	51,25 % [48,83 ; 53,66]	840 / 1.639 Fällen	50,40 % [48,07 ; 52,73]	889 / 1.764 Fällen
25a-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	Ziel: $\geq 62,00\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Ø in Hessen: 60,84 %	60,84 % [58,01 ; 63,60]	710 / 1.167 Fällen	60,14 % [57,23 ; 62,99]	667 / 1.109 Fällen
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: $\geq 90,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 86,63 %	86,63 % [84,56 ; 88,47]	1.011 / 1.167 Fällen	85,03 % [82,81 ; 87,01]	943 / 1.109 Fällen
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (Stenosegrad 70 - $< 100\%$, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 83,08 %	83,08 % [79,39 ; 86,23]	383 / 461 Fällen	85,02 % [81,45 ; 88,01]	386 / 454 Fällen
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 97,97 %	97,97 % [97,61 ; 98,27]	6.852 / 6.994 Fällen	97,36 % [96,95 ; 97,71]	6.736 / 6.919 Fällen
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,35 %	96,35 % [95,90 ; 96,75]	7.276 / 7.552 Fällen	96,04 % [95,57 ; 96,46]	7.148 / 7.443 Fällen
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 95,63 %	95,63 % [94,81 ; 96,32]	2.691 / 2.814 Fällen	94,58 % [93,70 ; 95,34]	2.774 / 2.933 Fällen
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe bei Hirninfarkt	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 94,90 %	94,90 % [94,57 ; 95,20]	17.887 / 18.849 Fällen	93,81 % [93,46 ; 94,14]	17.856 / 19.034 Fällen
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrel. Behinderungen (Rankin 2-5 bei Entlassung)	Ziel: $\geq 83,60\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 77,98 %	77,98 % [76,94 ; 78,99]	4.888 / 6.268 Fällen	79,33 % [78,33 ; 80,29]	5.172 / 6.520 Fällen
11-004	Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: $> 1,60$ Hessen: 6,01% O/E = 1,06	1,06 [1,00 ; 1,13]	864 / 14.368 Fällen (6,01 %)	1,00 [0,93 ; 1,06]	812 / 14.191 Fällen (5,72 %)
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 10,46% O/E = 1,07	1,07 [0,97 ; 1,18]	352 / 3.366 Fällen (10,46 %)	1,08 [0,97 ; 1,19]	345 / 3.247 Fällen (10,63 %)
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolyse	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 7,97% O/E = 1,14	1,14 [1,00 ; 1,29]	216 / 2.709 Fällen (7,97 %)	1,10 [0,97 ; 1,25]	221 / 2.657 Fällen (8,32 %)
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 19,69% O/E = 0,99	0,99 [0,88 ; 1,11]	238 / 1.209 Fällen (19,69 %)	0,95 [0,84 ; 1,08]	209 / 1.141 Fällen (18,32 %)
10a-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 4,16% O/E = 1,04	1,04 [0,96 ; 1,13]	533 / 12.812 Fällen (4,16 %)	1,05 [0,97 ; 1,14]	543 / 12.606 Fällen (4,31 %)
10b-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 0,73% O/E = 0,97	0,97 [0,79 ; 1,20]	87 / 11.852 Fällen (0,73 %)	0,87 [0,70 ; 1,08]	80 / 11.656 Fällen (0,69 %)

Abb. 2.2.1.3 Übersichtstabelle Hessen gesamt

Ergebnisübersicht 2021 - Intrazerebrale Blutung

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 1.633			Ergebnis 2021		Ergebnis 2019 - 2021	
QI-ID		Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
I13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: ≥ 87,40 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 78,47 %	78,47 %	[75,46 ; 81,20] 616 / 785 Fällen	77,97 %	[76,25 ; 79,60] 1.830 / 2.347 Fällen
I12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,23 %	96,23 %	[94,70 ; 97,33] 791 / 822 Fällen	93,29 %	[92,21 ; 94,22] 2.237 / 2.398 Fällen
I15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 85,00 % Ø in Hessen: 94,67 %	94,67 %	[93,22 ; 95,82] 1.101 / 1.163 Fällen	91,80 %	[90,84 ; 92,67] 3.191 / 3.476 Fällen
I02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 95,68 %	95,68 %	[93,79 ; 97,01] 598 / 625 Fällen	93,92 %	[92,74 ; 94,91] 1.760 / 1.874 Fällen
I03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 89,52 %	89,52 %	[86,51 ; 91,92] 444 / 496 Fällen	90,31 %	[88,66 ; 91,74] 1.286 / 1.424 Fällen
I19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 87,21 %	87,21 %	[83,91 ; 89,91] 416 / 477 Fällen	89,13 %	[87,45 ; 90,61] 1.328 / 1.490 Fällen
I11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,40 Hessen: 17,56% O/E = 1,05	1,05	[0,94 ; 1,17] 271 / 1.543 Fällen (17,56 %)	0,95	[0,89 ; 1,01] 756 / 4.690 Fällen (16,12 %)
I10a-004	Todesfälle (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 21,73% O/E = 1,00	1,00	[0,91 ; 1,11] 307 / 1.413 Fällen (21,73 %)	0,99	[0,93 ; 1,04] 937 / 4.174 Fällen (22,45 %)
I10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 2,84% O/E = 0,52	0,52	[0,36 ; 0,75] 28 / 987 Fällen (2,84 %)	0,73	[0,61 ; 0,86] 128 / 2.973 Fällen (4,31 %)
I30-001	Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vitamin-K-Antagonisten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 75,00 %	75,00	[56,64 ; 87,32] 21 / 28 Fällen	59,02	[50,14 ; 67,34] 72 / 122 Fällen
I31-001	Antagonisierung von DOAK bei Vorbehandlung mit DOAK	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 44,83 %	44,83	[32,75 ; 57,55] 26 / 58 Fällen	28,57	[21,74 ; 36,55] 40 / 140 Fällen

Abb. 2.2.1.4 Übersichtstabelle Hessen gesamt

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Insgesamt 27 Kennzahlen umfasst die Indikatorenauswertung, welche auf den Rechenregeln der Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) (www.schlaganfallregister.org) basiert (Abb. 2.2.1.3).

Für 17 Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen einer bundesweiten Konsensfindung der ADSR und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft bundesweit gültige Referenzbereiche (für Auffälligkeit) definiert. Mit deren Hilfe sollen die Krankenhäuser mögliche Qualitätsdefizite erkennen.

Neben den ADSR-Indikatoren wurden in Hessen auch speziell für die Intrazerebralen Blutungen (ICB) und die Subarachnoidalblutungen (SAB) Qualitätsindikatoren

ausgewertet und den Kliniken zurückgespiegelt. Grob orientieren sich hierbei die Kennzahlen an den ADSR-Indikatoren, jedoch werden nur ICBs bzw. SABs bei der Berechnung berücksichtigt. Somit können ggf. spezifische Defizite in der Versorgung dieser beiden Schlaganfalltypen identifiziert werden (Abb. 2.2.1.4 und 2.2.1.5). Die Referenzbereiche orientieren sich an den Referenzbereichen der ADSR-Indikatoren.

Ergebnisübersicht 2021 - Subarachnoidalblutung

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 1.313				Ergebnis 2021	Ergebnis 2019 - 2021
QI-ID	Referenzwerte			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h) Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 95,48 %			95,48 % [91,63 ; 97,60] 190 / 199 Fällen	95,54 % [93,50 ; 96,96] 536 / 561 Fällen
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 50,00 % Ø in Hessen: 83,84 %			83,84 % [78,08 ; 88,31] 166 / 198 Fällen	81,87 % [78,45 ; 84,85] 456 / 557 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 85,26 %			85,26 % [80,34 ; 89,11] 214 / 251 Fällen	77,86 % [74,55 ; 80,85] 517 / 664 Fällen
15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 85,00 % Ø in Hessen: 98,23 %			98,23 % [95,93 ; 99,24] 278 / 283 Fällen	90,82 % [88,61 ; 92,63] 722 / 795 Fällen
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 100,00 %			100,00 % [89,28 ; 100,00] 32 / 32 Fällen	87,00 % [79,02 ; 92,24] 87 / 100 Fällen
03-004	Rehabilitation - Logopädie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 71,79 %			71,79 % [56,22 ; 83,46] 28 / 39 Fällen	63,96 % [54,70 ; 72,29] 71 / 111 Fällen
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 95,06 %			95,06 % [87,98 ; 98,06] 77 / 81 Fällen	92,83 % [88,95 ; 95,42] 233 / 251 Fällen
11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,40 Hessen: 21,00% O/E=1,12			1,12 [0,93 ; 1,33] 91 / 395 Fällen (23,04 %)	1,08 [0,96 ; 1,20] 253 / 1205 Fällen (21,00 %)
10a-004	Todesfälle (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 13,08% O/E=0,97			0,97 [0,75 ; 1,24] 51 / 383 Fällen (13,32 %)	0,92 [0,79 ; 1,07] 143 / 1093 Fällen (13,08 %)
10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 4,53% O/E=0,35			0,35 [0,20 ; 0,59] 12 / 322 Fällen (3,73 %)	0,39 [0,29 ; 0,52] 42 / 927 Fällen (4,53 %)
40-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 75,40 % Ø in Hessen: 83,33 %			83,33 % [77,52 ; 87,88] 165 / 198 Fällen	87,22 % [84,28 ; 89,68] 512 / 587 Fällen

Abb. 2.2.1.5 Übersichtstabelle Hessen gesamt

Strukturierter Dialog

Auf Empfehlung des Fachausschusses wurde mit diversen rechnerisch auffälligen Krankenhäusern auch ein Strukturierter Dialog durchgeführt (Tab. 2.2.1.1). Schwerpunkte waren hierbei die Prozessindikatoren zur frühen ersten Bildgebung, zum Screening für Schluckstörungen sowie zur frühzeitigen logopädischen Rehabilitation.

Bei der Entwicklung der QI-Ergebnisse zwischen 2018 und 2021 zeigen sich in nahezu allen Kennzahlen leichte bis deutliche Verbesserungen, und dies trotz der Pandemiesituation in 2020 und 2021 (Abb. 2.2.1.6 - 2.2.1.8). Auffällig hierbei ist im Besonderen die deutliche Steigerung des Qualitätsindikators zur frühzeitigen CT-/MR-/DS-Angiographie (QI-ID 13c-001), die auch für die zunehmende Bedeutung der mechanischen Thrombektomien steht. Diesbezüg-

lich sind auch zwei weitere Parameter von Interesse. Das Ergebnis des Qualitätsindikators zur (Indikation) der „Intraarteriellen Therapie“ (QI-ID 23a-001) ist trotz der Ausweitung auf Fälle mit Verschluss weiter verzweigter Hirnarterien (M2) auf einem ähnlich hohen Niveau geblieben. Bei der Kennzahl zur frühzeitigen Verlegung zur Intraarteriellen Therapie (QI-ID 26-001) suggeriert das Ergebnis insgesamt eine schlechte Versorgung, da hiernach nur 55 % der Patient*innen innerhalb von 75 Minuten nach Gefäßdiagnostik in ein Thrombektomiezentrum verlegt werden. Bei der Berechnung fließen jedoch die Patient*innen, die nur ambulant bzw. vorstationär behandelt werden nicht mit ein. Somit ist das Ergebnis verzerrt und nicht aussagekräftig. Aus diesem Grund wurde für 2021 der Referenzbereich ausgesetzt.

Strukturierter Dialog

Qualitätsindikator	HI/TIA	ICB	SAB
02-003 Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	0	2	0
03-004 Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	2	4	4
06-002 Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	1	-	-
09-004 Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	3	-	-
11-004 Pneumonie als Komplikation (O/E)	1	1	0
12-004 Screening für Schluckstörungen	4	1	3
13a-006 Frühzeitige erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	6	2	0
13c-001 CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	1	-	1
14d-001 Thrombolysenach Protokoll (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	1	-	-
15-003 Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	0	1	0
16d-001 Door-to-needle-time ≤ 60 min nach Protokoll (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	2	-	-
17-003 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	2	-	-
19-002 Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen (Rankin 2-5 bei Entlassung)	3	1	0
22-002 VHF-Diagnostik (HI oder TIA)	3	-	-
23a-001 Intraarterielle Therapie (Carotis-T, M1, M2 oder BA-Verschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	1	-	-
27-001 Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	1	-	-
40-001 Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	-	-	1
Summe : 52	31	12	9

Tab. 2.2.1.1 Auffälligkeiten je Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren zur Diagnostik

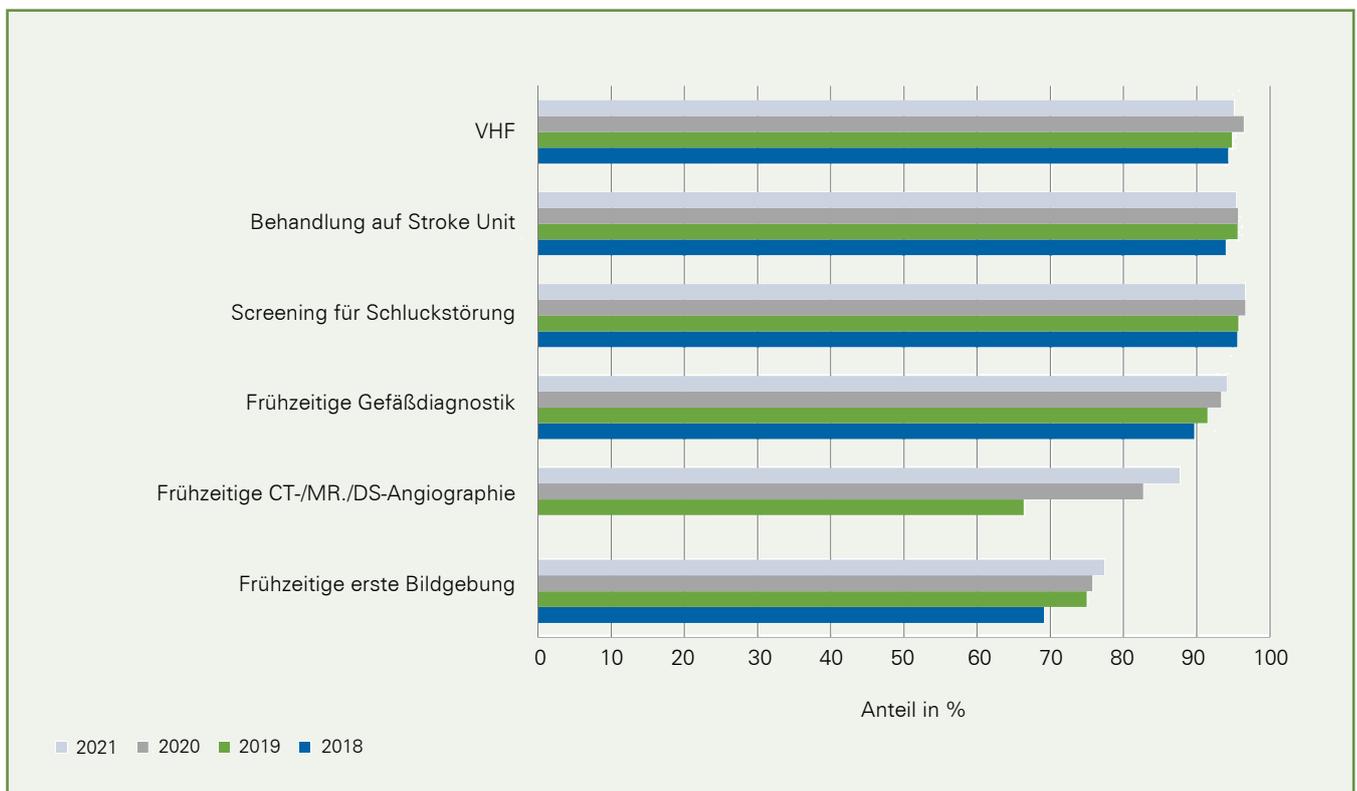


Abb. 2.2.1.6 Ergebnisse 2018 - 2021

Qualitätsindikatoren zur Akuttherapie

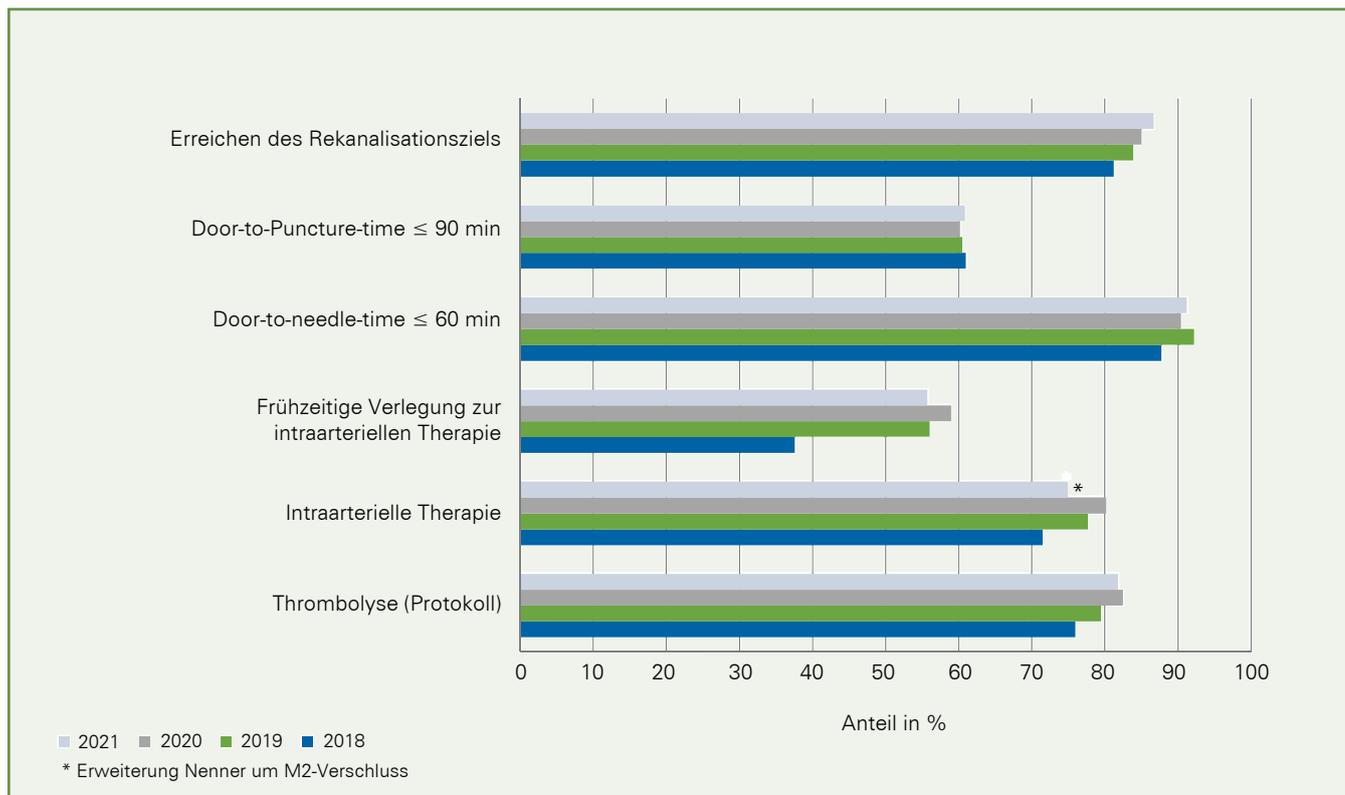


Abb. 2.2.1.7 Ergebnisse 2018 - 2021

Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe und Rehabilitation

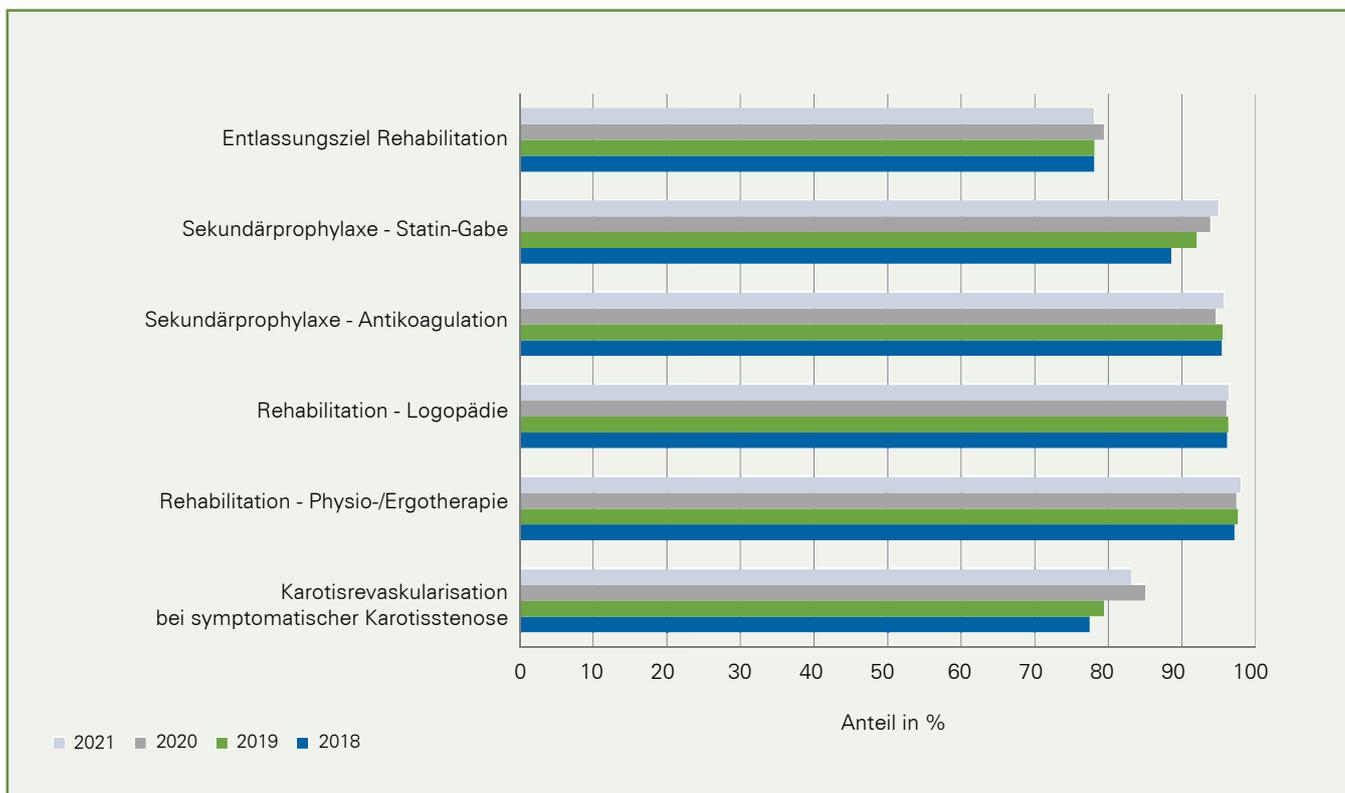


Abb. 2.2.1.8 Ergebnisse 2018 - 2021

2.2.2 Frührehabilitation

Fallzahlverteilung 2021

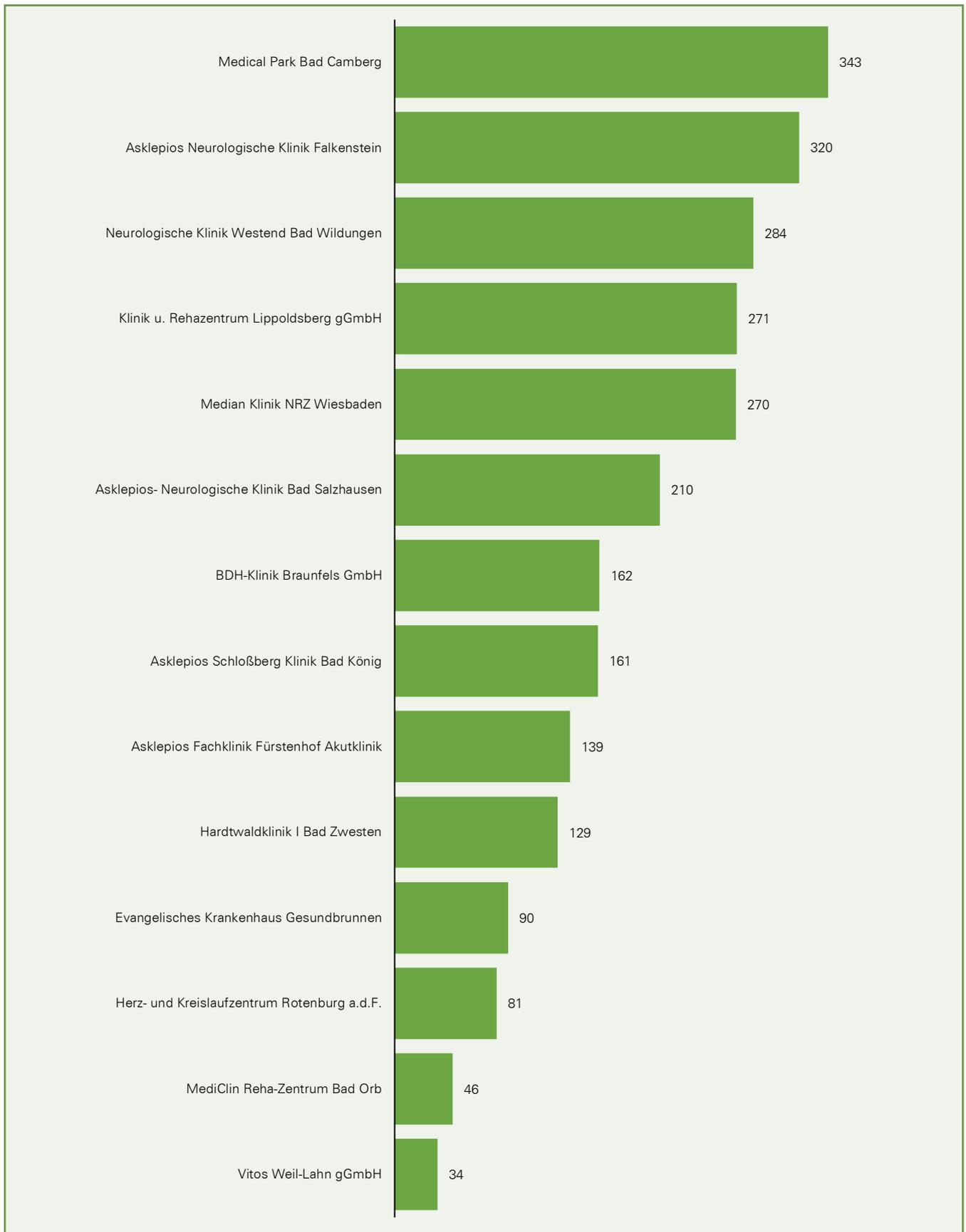


Abb. 2.2.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Einleitung

Für das Erfassungsjahr 2021 wurden von 14 teilnehmenden Klinikstandorten insgesamt 2.540 Datensätze zur Auswertung an die LAGQH übermittelt. Die Fallrange liegt hierbei zwischen einem und 343 Fällen (Abb. 2.2.2.1). Mit einer Vollzähligkeit von nahezu 100 % steht wie in den Vorjahren eine sehr gute Datengrundlage zur Abbildung der Gesamtversorgung in der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall in Hessen zur Verfügung.

Ergebnisse

Ähnlich wie in den Vorjahren stellt mit 72 % der ICD-Code I63 (Hirnfarkt) die größte Gruppe der vorliegenden Hauptdiagnosen dar. Die weiteren Fälle verteilen sich hauptsächlich auf die Einweisungsdiagnosen I61 (intrazerebrale Blutung) mit 21 % und I60 (Subarachnoidalblutung) mit 6 % der Fälle (Abb. 2.2.2.2). Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde diagnoseübergreifend in 17 % der Fälle eine Beatmungspflichtigkeit angegeben (Abb. 2.2.2.3).

Als Auswertungsgrundlage steht demnach ein gut mit den Vorjahren vergleichbares Patientenkollektiv zur Verfügung.

Neben einer Basisauswertung erhielten die teilnehmenden Kliniken eine Auswertung zu insgesamt zehn Qualitätskennzahlen. Ergänzend zu der bereits im Vorjahr bereitgestellten Jahresauswertung konnten hierzu auch Quartalsauswertungen zur Verfügung gestellt werden. In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall wurden für alle Kennzahlen nun erstmals definierte perzentilbasierte Referenzwerte festgelegt. Mit dieser weiteren Schärfung der Auswertungsgrundlage steht den Kliniken ein gutes Instrument zur Verortung der eigenen Leistung im Vergleich mit den anderen hessischen Leistungserbringer*innen zur Verfügung. Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse zeigt die Abbildung 2.2.2.4.

Diagnoseverteilung

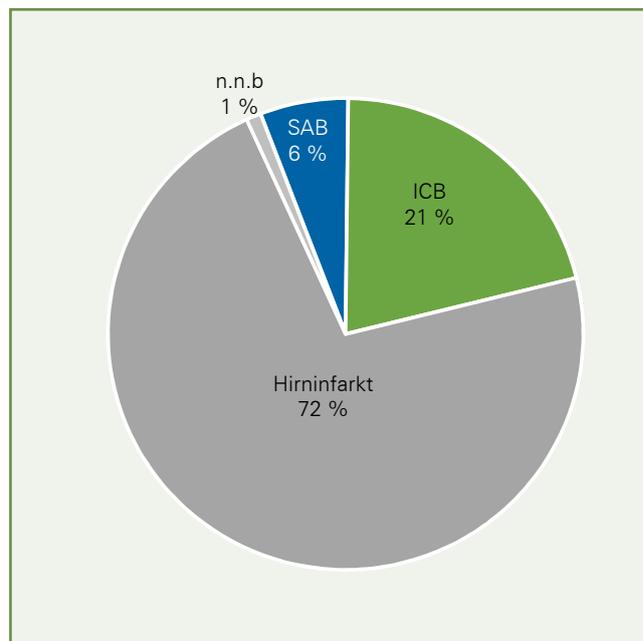


Abb. 2.2.2.2 Phase B Erfassungsjahr 2021

Beatmung bei Aufnahme

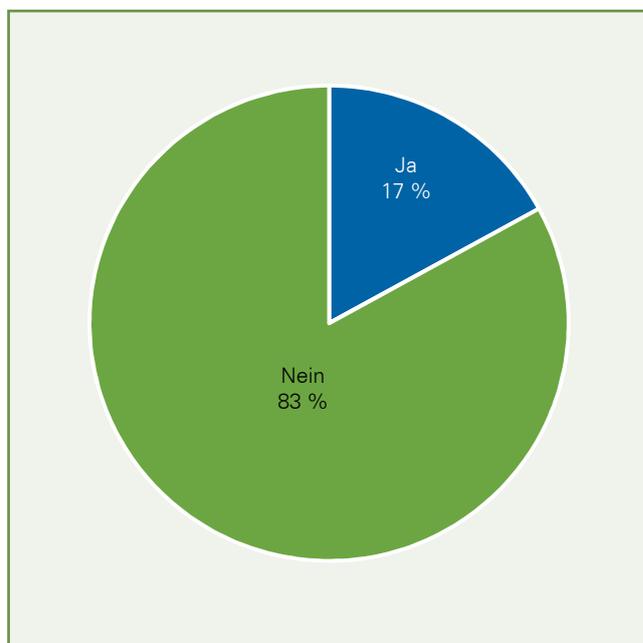


Abb. 2.2.2.3 Phase B Erfassungsjahr 2021

Ergebnisübersicht 2021

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 2.540		Ergebnis 2021		Ergebnis 2020	
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen Ziel: $\geq 46,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,00\%$ Ø in Hessen: 31,50 %	31,50 % [29,48 ; 33,59] 617 / 1.959 Fällen	33,83 % [31,76 ; 35,97] 657 / 1.942 Fällen		
1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma Ziel: $\geq 53,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,90\%$ Ø in Hessen: 33,63 %	33,63 % [31,17 ; 36,18] 457 / 1.359 Fällen	35,49 % [33,07 ; 37,98] 516 / 1.454 Fällen		
1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patienten Ziel: $\geq 33,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 13,70\%$ Ø in Hessen: 29,61 %	29,61 % [25,41 ; 34,19] 122 / 412 Fällen	33,68 % [28,47 ; 39,32] 97 / 288 Fällen		
1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patienten mit Tracheostoma Ziel: $\geq 29,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 9,50\%$ Ø in Hessen: 26,98 %	26,98 % [23,49 ; 30,78] 153 / 567 Fällen	28,07 % [24,14 ; 32,36] 128 / 456 Fällen		
2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung Ziel: $\geq 48,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 26,80\%$ Ø in Hessen: 38,92 %	38,92 % [36,36 ; 41,55] 527 / 1.354 Fällen	38,15 % [35,61 ; 40,77] 517 / 1.355 Fällen		
3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte) Ziel: $\geq 21,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,80\%$ Ø in Hessen: 16,18 %	16,18 % [14,69 ; 17,8] 347 / 2.144 Fällen	17,07 % [15,54 ; 18,73] 365 / 2.138 Fällen		
3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte) Ziel: $\geq 10,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,90\%$ Ø in Hessen: 8,16 %	8,16 % [7,08 ; 9,4] 175 / 2.144 Fällen	9,31 % [8,15 ; 10,61] 199 / 2.138 Fällen		
4	Dekanülierung Ziel: $\geq 60,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 36,30\%$ Ø in Hessen: 56,90 %	56,90 % [52,83 ; 60,87] 330 / 580 Fällen	52,79 % [48,25 ; 57,28] 246 / 466 Fällen		
5	Sterblichkeit Ziel: $\leq 1,80\%$ Auffälligkeit: $\geq 9,70\%$ Hessen: 36,18 % Ø in Hessen: 6,10 %	6,10 % [5,24 ; 7,1] 155 / 2.540 Fällen	5,99 % [5,13 ; 6,98] 152 / 2.539 Fällen		
5a	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 12,20\%$ Ø in Hessen: 4,73 %	4,73 % [3,86 ; 5,79] 88 / 1.860 Fällen	4,41 % [3,59 ; 5,4] 87 / 1.975 Fällen		
5b	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma Ziel: $\leq 5,40\%$ Auffälligkeit: $\geq 15,00\%$ Ø in Hessen: 9,85 %	9,85 % [7,83 ; 12,32] 67 / 680 Fällen	11,52 % [9,15 ; 14,42] 65 / 564 Fällen		
5c	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung) Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,80\%$ Ø in Hessen: 2,17 %	2,17 % [1,58 ; 2,98] 37 / 1.706 Fällen	1,86 % [1,33 ; 2,58] 34 / 1.831 Fällen		
5d	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung) Ziel: $\leq 4,20\%$ Auffälligkeit: $\geq 8,30\%$ Ø in Hessen: 6,55 %	6,55 % [4,51 ; 9,42] 26 / 397 Fällen	9,12 % [6,3 ; 13,03] 26 / 285 Fällen		
6	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 31,40\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,00\%$ Ø in Hessen: 25,49 %	25,49 % [23,65 ; 27,42] 522 / 2.048 Fällen	24,19 % [22,37 ; 26,11] 487 / 2.013 Fällen		
7	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 47,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 29,90\%$ Ø in Hessen: 38,67 %	38,67 % [35,36 ; 42,1] 309 / 799 Fällen	38,29 % [35,06 ; 41,62] 322 / 841 Fällen		
8	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 13,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,00\%$ Ø in Hessen: 9,60 %	9,60 % [7,28 ; 12,57] 46 / 479 Fällen	10,88 % [8,28 ; 14,17] 47 / 432 Fällen		
9	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 100,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 97,00\%$ Ø in Hessen: 98,38 %	98,38 % [96,27 ; 99,31] 304 / 309 Fällen	96,79 % [93,52 ; 98,44] 211 / 218 Fällen		
10	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,10\%$ Ø in Hessen: 1,70 %	1,70 % [1,24 ; 2,32] 38 / 2.238 Fällen	1,51 % [1,08 ; 2,1] 34 / 2.250 Fällen		
10a	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 2,50\%$ Ø in Hessen: 1,23 %	1,23 % [0,8 ; 1,87] 21 / 1.710 Fällen	1,05 % [0,67 ; 1,63] 19 / 1.815 Fällen		
10b	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 5,10\%$ Ø in Hessen: 3,22 %	3,22 % [2,02 ; 5,1] 17 / 528 Fällen	3,45 % [2,77 ; 4,13] 15 / 435 Fällen		

Abb. 2.2.2.4

Sachstand und weitere Planung

Im Juli 2022 fand eine Informationsveranstaltung für alle teilnehmenden hessischen Kliniken statt. Die LAGQH konnte mit Unterstützung der Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall sowohl einen Überblick über die aktuellen Kennzahlen als auch über die Historie der etablierten externen datengestützten Qualitätssicherung in der Schlaganfall-Akutversorgung in Hessen geben. Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine gemeinsame Einschätzung und Diskussion der bisher erarbeiteten Kennzahlen in konstruktiver Atmosphäre.

Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) im Dezember 2022 in Kassel konnte ebenfalls ein Vortrag zum hessischen Landesmodul neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall mit Vorstellung der Kennzahlen und Ausblick zur weiteren Relevanz platziert werden.

Mittelfristiges Ziel stellt die Weiterentwicklung aussagekräftiger und belastbarer Qualitätsindikatoren mit der Einführung eines Strukturierten Dialoges analog zu den bereits etablierten Landesverfahren in Hessen dar.

3. Verfahren nach DeQS-RL

Verfahren und Abläufe

Seit dem 01.01.2021 ist die „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses außer Kraft gesetzt. Damit sind quasi alle bundesweit festgelegten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den vertragsärztlichen Bereich sowie die zugelassenen Krankenhäuser betreffen, in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) geregelt.

In der DeQS-RL gibt es eine klare Aufgabenverteilung und auch definierte Regelungen zu den Datenarten und -flüssen. In Abbildung 3.1 werden die Regelungen für die landesbezogenen Verfahren der DeQS-RL anhand eines schematischen Diagrammes abgebildet.

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

Tabelle 3.1 zeigt die aktuellen Verfahren (Stand 2023) der DeQS-RL mit den entsprechenden Datengrundlagen sowie ob eine Veröffentlichung der Ergebnisse und Bewertungen im strukturierten Qualitätsbericht vorgesehen ist. Auf die einzelnen Verfahren (exkl. der Verfahren 5 und 6) wird in den folgenden Kapiteln noch detaillierter eingegangen.

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

Die Datenannahmestellen (DAS) nehmen die QS-Daten der Leistungserbringer an, prüfen diese auf Plausibilität und leiten sie dann mit Pseudonymisierung der Leistungserbringer*innen an die Bundesauswertungsstelle weiter. Für die Krankenhäuser und Vertragsärzt*innen sind grundsätzlich getrennte Stel-

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

Die Bundesauswertungsstelle (IQTIG) ist die Einrichtung, welche alle vorliegenden Daten (QS-Daten, administrative Daten und Daten aus Patientenbefragungen) verarbeitet sowie die hierfür definierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen berechnet.

Die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) sind dafür verantwortlich, die in der DeQS-RL definierten weiteren Aufgaben zur Ergebnisanalyse wahrzunehmen. Sie umfassen je Bundesland eine unabhängige, neutrale Geschäftsstelle, ein Lenkungsgremium und die Landesfachkommissionen und sind für die Umsetzung notwendiger Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich.

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

Die Abbildung 3.2 illustriert, wie in Hessen das Stellungnahmeverfahren (SNV) gemäß § 17 Abs. 2 DeQS-RL durchgeführt wird. Verantwortlich für die Umsetzung ist die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Sobald der Geschäftsstelle der LAG die (leistungserbringerbezogenen aber pseudonymisierten) Ergebnisse seitens des IQTIG vorliegen, können diese in den jeweiligen Fachkommissionen gesichtet und beurteilt werden.

Die Fachkommissionen geben auf Grundlage der berechneten Qualitätsindikatoren eine Empfehlung ab, mit welchen Leistungserbringer*innen ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll. Nach Beschluss durch das Lenkungsgremium der LAG werden mit Unterstützung der Datenannahmestellen die entsprechenden Leistungserbringer kontaktiert und um eine Stellungnahme gebeten.

Die eingegangenen Stellungnahmen werden von den hierfür zuständigen Fachkommissionen ohne Kenntnis der jeweiligen Leistungserbringer*in besprochen und

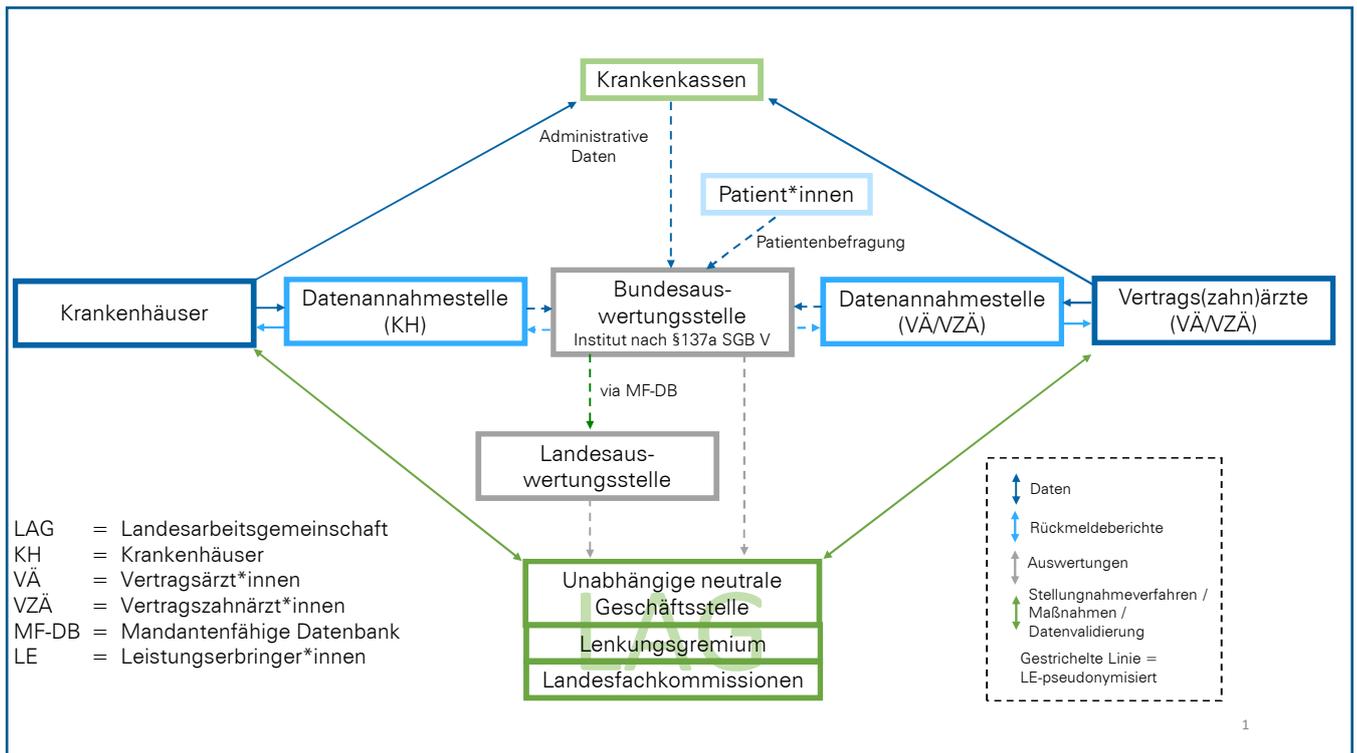


Abb. 3.1 Beteiligte und Prozesse im Rahmen der DeQS-Richtlinie

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

QS = QS-Daten (* nur zur Fallselektion)
 EB = Einrichtungsbefragung
 SD = Sozialdaten
 PB = Patientenbefragung
 QB = Strukturierte Qualitätsbericht

Tab. 3.1 Verfahren der DeQS-Richtlinie, Datengrundlage und Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht (Stand 2022)

Durchführung Stellungsnahmeverfahren

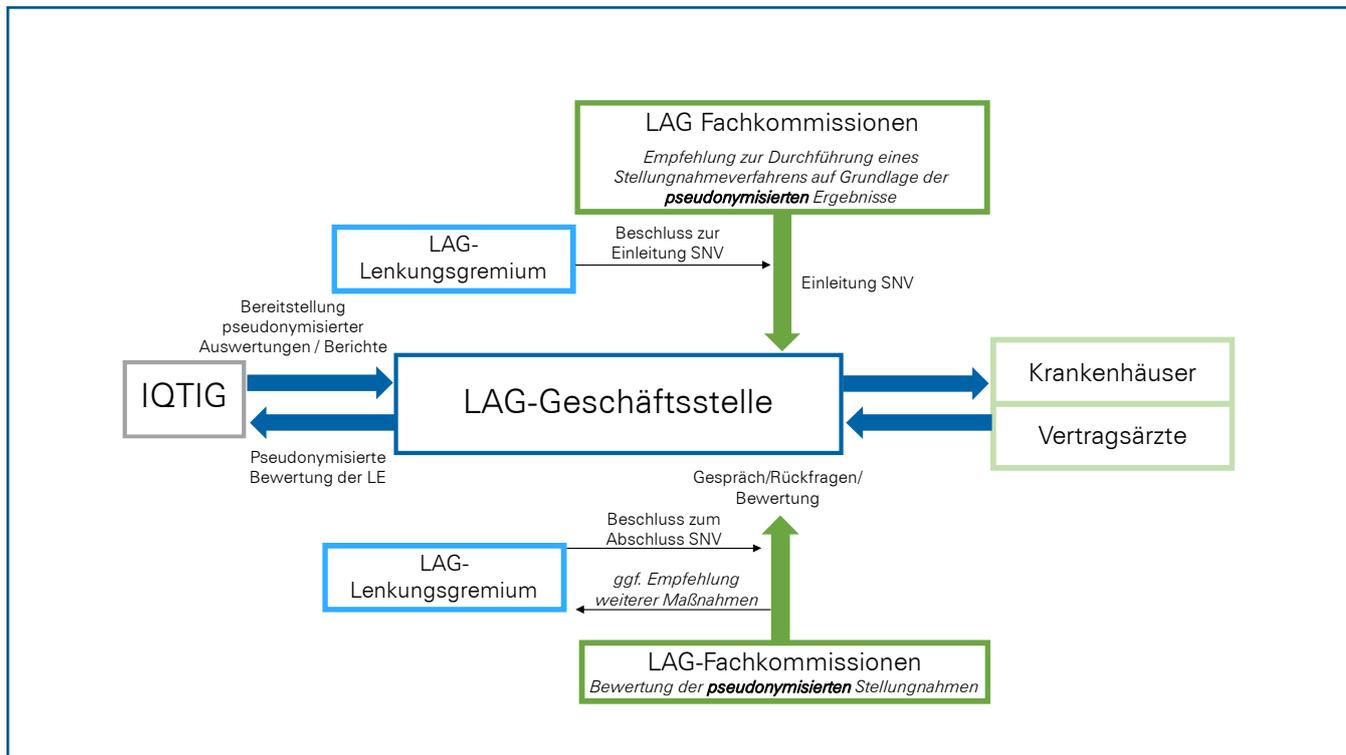


Abb. 3.2

bewertet. Die Bewertung zielt primär darauf ab, ob bei den jeweils rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren auch tatsächlich Hinweise auf Qualitätsprobleme bei den Leistungserbringer*innen vorliegen und hier auch gegebenenfalls weiterführende Qualitätssicherungsmaßnahmen angezeigt sind, wie z. B. Teilnahme an Fortbildungen, QS-Zirkel und Fachgesprächen bzw. Durchführung von Audits oder Peer-Reviews.

Das Lenkungsgremium beschließt den Abschluss des Stellungsnahmeverfahrens. Im Nachgang erhalten die betroffenen Leistungserbringer*innen eine Rückmeldung zu dem Beschluss, die Bewertung des rechnerisch auffälligen Ergebnisses und ggf. weiterführenden Informationen, Zielvereinbarungen oder Empfehlungen für QS-Maßnahmen.

Datenmanagement

Seit April 2019 ist für die Annahme der QS-Daten der DeQS-Richtlinie die Datenannahmestelle der LAGQH zuständig. Nach der Plausibilitätsprüfung werden alle Daten des jeweiligen Standortes verfahrensbezogen pseudonymisiert und verschlüsselt an die nächste zuständige Prüfinstanz, die Vertrauensstelle oder direkt an die Bundesauswertungsstelle des IQTIG weitergeleitet.

Bei den DeQS-Verfahren 7 bis 15 (siehe auch Tab. 3.1, Seite 35) gingen bei der Datenannahmestelle der LAGQH Datensätze der Patient*innen ein, die ab dem 01.01.2021 stationär aufgenommen und behandelt wurden. Die Überliegerdatensätze aus dem Erfassungsjahr 2020 wurden weiterhin an die Datenannahmestelle der noch existierenden Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) übermittelt, da diese Verfahren zu diesem Zeitpunkt noch der QSKH-Richtlinie angehörten.

Für das Erfassungsjahr 2021 wurden wieder Datensätze im Verfahren der einrichtungsbezogenen Befragung QS WI (NWIE) im ambulanten sowie stationären Bereich erfasst, nachdem die Erfassung 2020 ausgesetzt war. Die Datenerfassung findet hier jeweils im Zeitraum vom 01.01. bis zum 28.02. des Folgejahres im Krankenhaus mit Tracer-Eingriffen in den ersten zwei Quartalen des Vorjahres statt. Die Erhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation (NWIF) entfiel nach einem Beschluss des G-BA für das Jahr 2021.

Durch die strikte Trennung der beiden Richtlinien (QSKH-/DeQS-RL) wurden im Jahr 2021 bei den Verfahren 7 bis 15 nur Datensätze der Patient*innen ausgewertet, deren Aufnahmedatum und Behandlungszeitpunkt nach dem 01.01.2021 lagen. Die Bundesauswertungsstelle des IQTIG übernahm ab dem Jahr 2021 die Generierung der Quartals- und Jahresberichte dieser QS-Verfahren.

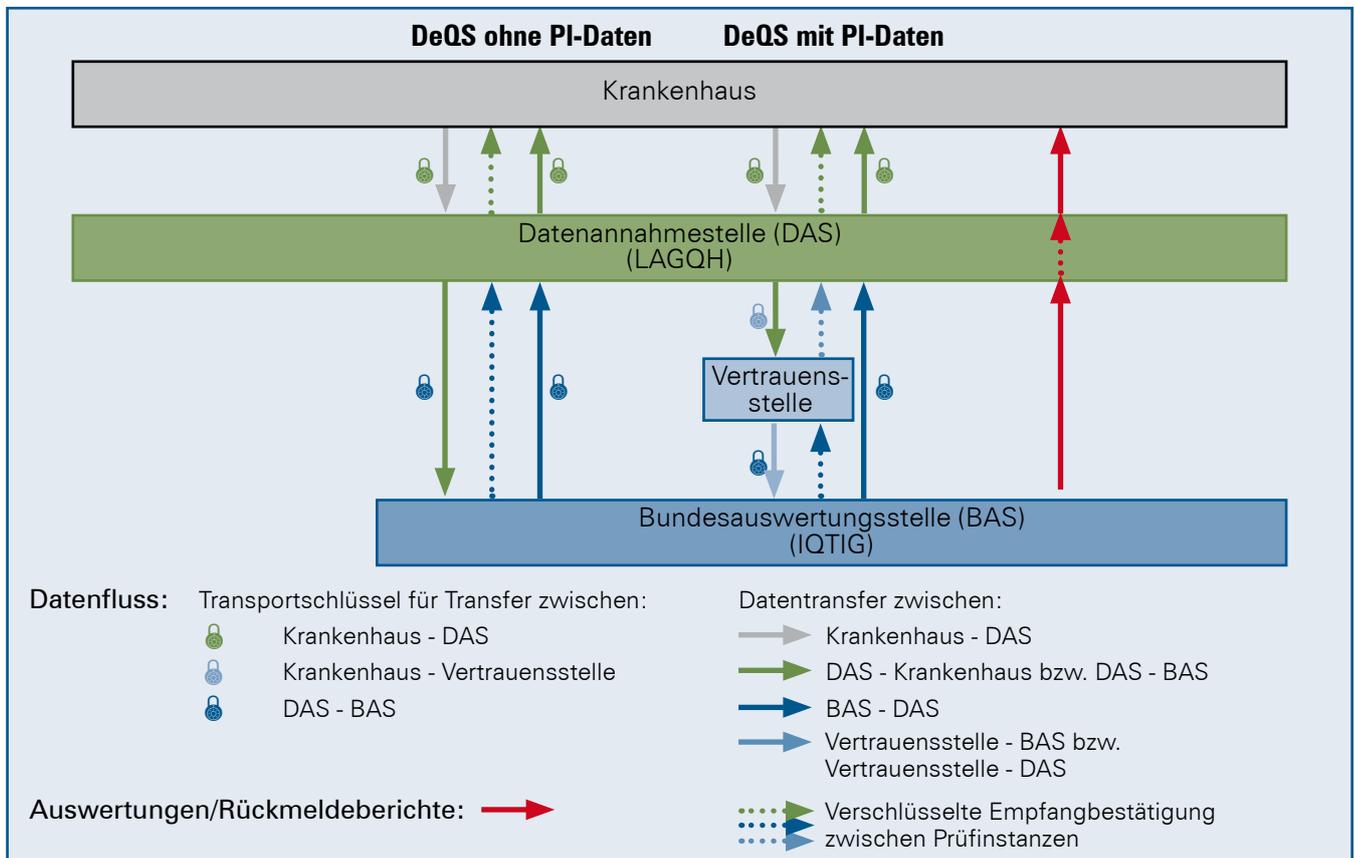


Abb. 3.3 Daten- und Informationsflüsse für Krankenhäuser, Erfassungsjahr 2021

Sollstatistiken

Nach Abschluss eines Erfassungsjahres und unabhängig von den an die Datenannahmestellen gelieferten Datensätzen wird mit der Sollstatistik die Anzahl der nach den definierten Bedingungen tatsächlich dokumentationspflichtigen Fälle im Krankenhaus bzw. ab dem Erfassungsjahr 2021 auch im ambulanten Bereich über die Datenannahmestellen (LAGQH bzw. KVH) dem IQTIG übermittelt.

Ab dem Erfassungsjahr 2021 sind alle Module der QS-Verfahren Bestandteil der DeQS-RL. Somit wird pro Institutionskennzeichen eine gemeinsame Sollstatistik gemäß DeQS-RL übermittelt. In jedem meldepflichtigen Modul wird die Anzahl der Überlieger aus dem Jahr 2020 und der Innenlieger 2021 ausgewiesen. Da die Datenerfassung der fallbezogenen QS-Dokumentation im Modul NWIF durch einen G-BA Beschluss für das Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt wurde, sind hier nur die Überlieger aus dem Jahr 2020 ausgewiesen worden. In der Sollstatistik der DeQS-RL wurde auch die Anzahl der in Hessen dokumentationspflichtigen Datensätze in den drei Landesverfahren MRE_HE, SA_HE und SA_FRUEHREHA_HE übermittelt.

Um den Stand der tatsächlich erfassten und übermittelten QS-Datensätze der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten (NWIEA) und stationären (NWIES) Bereich für das Jahr 2021 mit den verpflichtenden Dokumentation abgleichen zu können, wurde für das Erfassungsjahr 2021 eine neue sogenannte EDOK Sollstatistik eingeführt. Die EDOK Sollstatistik wird ebenfalls pro Institutionskennzeichen generiert. Hierbei wird die verpflichtende Dokumentation und Übermittlung der beiden QS-Datensätze (NWIEA/NWIES) den administrativen Bedingungen nach bestätigt bzw. verneint.

Risikostatistiken

Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 wurden weiterhin die Risikostatistiken pro entlassendem Standort eines Krankenhauses generiert und übermittelt. In der Risikostatistik 2021 wurde das administrative Kriterium dahingehend angepasst, dass Überlieger aus dem Vorjahr 2020 berücksichtigt werden.

Qualitätsbericht

Ab dem Erfassungsjahr 2021 werden die Teile C-1 der strukturieren Krankenhausberichte nur noch für die DeQS-Verfahren generiert. Vor der Übermittlung an die Annahmestelle hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, ihre Ergebnisse bereits im neu eingeführten LAGQH-Portal zu kommentieren.

LAGQH-Portal

Das, neu entwickelte und bereits im Juli 2021 in Betrieb genommene, QS-Portal stellt eine Kommunikationsplattform dar, die es der Landesgeschäftsstelle und der Datenannahmestelle ermöglicht, die nach DeQS-RL definierten Aufgaben durchzuführen.

Alle an diesen Prozessen beteiligten Mitarbeiter*innen können sich selbst im QS-Portal registrieren. Die Zuweisung von Modulen bzw. Verfahren, der Rechte (Lesen/Schreiben/Senden) und die darauffolgende Freischaltung der registrierten Personen wird hier durch die Mitarbeiter*innen der Datenannahmestelle durchgeführt. So wird sichergestellt, dass nur berechtigte Anwender*innen die Funktionalitäten des QS-Portals entsprechend den Vorgaben nutzen können.

Über das QS-Portal stellt die Datenannahmestelle den stationären Leistungserbringer*innen alle Rückmeldeberichte und Auswertungen, die Soll- und Ist-Zahlen sowie alle Informationsschreiben und Dokumente zur Verfügung.

Alle DeQS-Jahresberichte 2021 und die Jahresauswertungen 2021 des Landesverfahrens SA_HE wurden den stationären Leistungserbringer*innen bereits über das Portal zur Verfügung gestellt. Auf Basis der Datengrundlage und Jahresergebnisse kann anschließend ein durch die LAG eingeleitetes Stellungnahmeverfahren anonymisiert durchgeführt werden.

Der Downloadbereich der LAGQH wurde durch das neue LAGQH-Portal ersetzt.

Der Entwicklungsprozess wird stetig fortgesetzt, um die Bedienbarkeit zu verbessern und die Funktionalitäten zu erweitern.

Ausblick

Durch den G-BA wurden Beschlüsse zum Teil 2 (themenspezifische Bestimmungen der DeQS-RL) gefasst, welche die Datenlieferfristen und Fristen für Berichte ab dem Erfassungsjahr 2023 neu regeln.

Für die Datenabgabe gelten folgende Fristen:

- 15.05. Daten des 1. Quartals
- 15.08. Daten des 1. und 2. Quartals
- 15.11. Daten des 1. bis 3. Quartals
- 28.02.¹ Daten des 1. bis 4. Quartals
- 18.03.¹ Korrekturfrist

Die einrichtungsbezogene Dokumentation (NWIEA/NWIES) war im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 28.02.2023 zu übermitteln.

Die Risikostatistiken und Sollstatistiken inklusive der unterschriebenen Konformitätserklärung sollen bis zum 28.02. der Geschäftsstelle vorliegen. Die Sollstatistiken sind ab dem Erfassungsjahr 2022 wieder pro entlassendem Standort zu generieren. Die Sollstatistik zur einrichtungsspezifischen Dokumentation (EDOK) ist weiterhin pro Institutionskennzeichen zu erstellen.

Bereitstellung der Berichte der DeQS-Verfahren für die Leistungserbringer*innen:

- 15.07. 1. Quartal
- 30.09. 1. und 2. Quartal
- 31.12. 1. bis 3. Quartal
- 31.05.¹ 1. bis 4. Quartal, Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres, Gesamtauswertung des Moduls NWIF

¹ des Folgejahres

Patientenbefragung PCI

Im Rahmen des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) nach DeQS-RL startete am 01.07.2022 das neue Modul Patientenbefragung (PPCI). Die Auslösung der Dokumentationsbögen ist an die Auslösung der PCI-Bögen gekoppelt, damit der Dokumentationsaufwand sowohl für die stationären als auch für die ambulanten Leistungserbringer*innen möglichst gering gehalten wird. Hierbei werden Adressdaten von Personen erfasst, bei denen eine elektive Koronarangiographie oder eine Herzkatheteruntersuchung vorgenommen oder einer dieser beiden Eingriffe akut durchgeführt wurde.

Die Daten werden verschlüsselt und monatlich über die zuständige Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt. Die Versendestelle zieht in regelmäßigen Abständen Stichproben der Patient*innen, erstellt und versendet dann an diese die entsprechenden Fragebögen. Diese Personen füllen die Fragebögen aus und schicken sie an-

onymisiert an die Fragebogenauswertungsstelle des IQTIG zurück. Es handelt sich hier um ein neues Erhebungsinstrument, das es möglich macht, auch Daten aus der Patientenbefragung zur Abbildung der Versorgungsqualität zu nutzen.

Im Juni 2023 erhielten die Leistungserbringer*innen erstmals im Rahmen ihrer Jahresberichte vom IQTIG auch eine Auswertung der Qualitätsindikatoren zur PPCI.

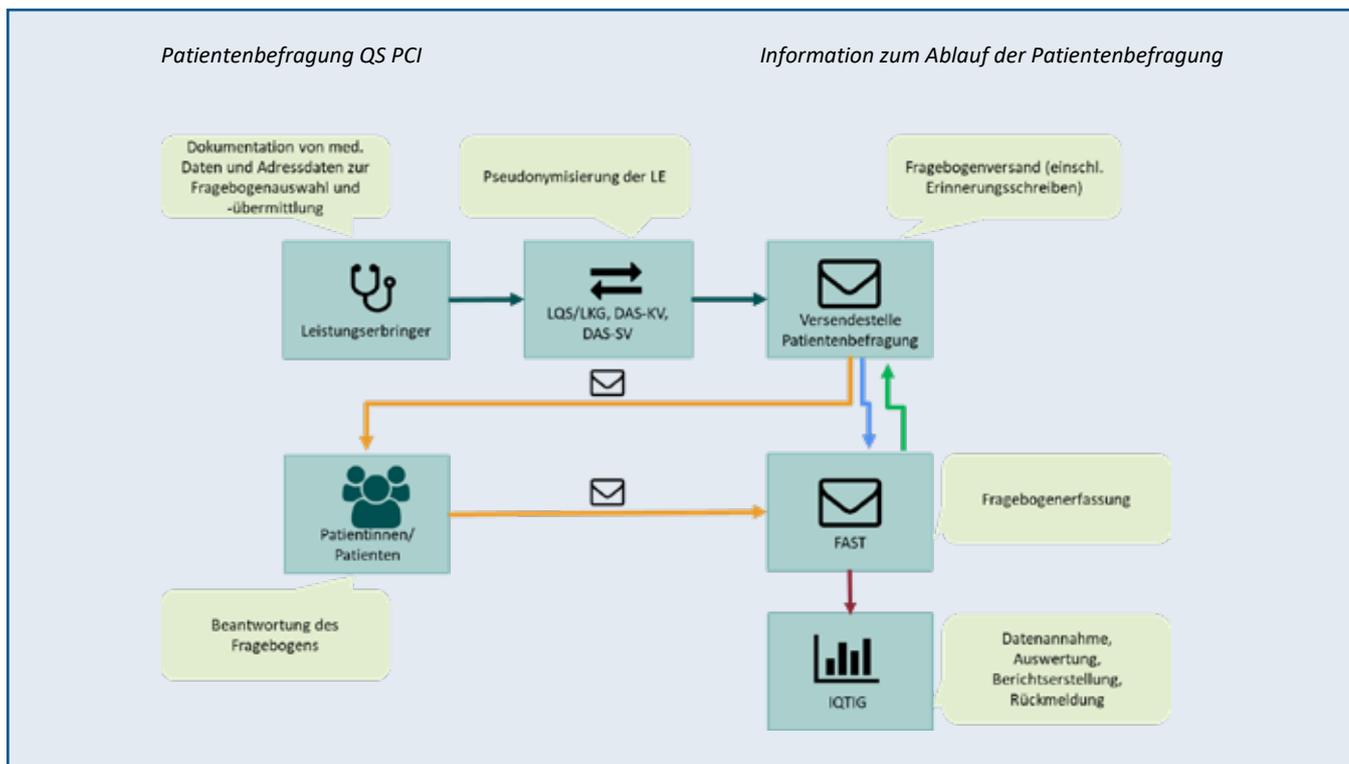


Abb. 3.4 Ablaufschema Patientenbefragung © IQTIG 2022

Berichte zu den Bundesverfahren - Übersicht

Verfahren/Bezeichnung	Anzahl Kliniken mit dokumentierten Fällen (IST)	Gesamtzahl Fälle	Fall-Range	Details auf Seite
Verfahren 1 - QS PCI Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	57	35.744	1 - 2.191	42
Verfahren 2 - QS WI Postoperative Wundinfektionen	85	798	1 - 40	47
Verfahren 3 - QS CHE Cholezystektomie	74	10.947	1 - 383	52
Verfahren 4 - QS NET - NET-DIAL Dialyse	15	2.080	1 - 400	57
Verfahren 7 - QS KAROTIS Karotis-Revaskularisation	43	2.155	2 - 181	60
Verfahren 8 - QS CAP Ambulant erworbene Pneumonie	86	23.521	2 - 772	65
Verfahren 9 - QS MC Mammachirurgie	52	7.418	1 - 835	69
Verfahren 10 - QS GYN-OP Gynäkologische Operationen	66	14.012	1 - 1.061	74
Verfahren 11 - QS DEK Dekubitusprophylaxe	114	18.056	1 - 807	79
Verfahren 12 - QS HSMDEF-HSM* Herzschrillmacher	62	5.114	1 - 470	85
Verfahren 12 - QS HSMDEF-DEF* Implantierbare Defibrillatoren	50	1.539	1 - 173	90
Verfahren 13 - QS PM-GEBH Geburtshilfe	44	56.536	278 - 4.373	96
Verfahren 13 - QS PM-NEO Neonatologie	32	8.043	1 - 1.068	100
Verfahren 14 - QS HGV-OSFRAK Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	71	4.166	1 - 150	105
Verfahren 14 - QS HGV-HEP Hüftendoprothesenversorgung	76	17.475	2 - 1.185	109
Verfahren 15 - QS KEP Knieendoprothesenversorgung	75	11.712	1 - 1.219	114

* bezogen auf Erstimplantation

3.1 QS PCI

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. L. Born	Herz- und Gefäßzentrum Marburg	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. T. Cherdron	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herrn Prof. Dr. S. Fichtlscherer	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. C. Sellin	Klinikum Fulda	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. T. Voigtländer	Cardioangiologisches Centrum Bethanien Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Herr Prof. Dr. G. Werner	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
9	21.07.2022
10	22.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau M. Kohlenberg

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 ambulant oder stationär durchgeführten perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei Patient*innen ab 18 Jahren. In 2021 wurden knapp 36.000 Eingriffe (Fall-Range: 1 - 2.191) in 57 hessischen Krankenhäusern dokumentiert (Abbildung 3.1.1). Im ambulanten Sektor waren es rund 15.000 Fälle.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Die Tabelle 3.1.1 zeigt die Ergebnisse der QS- und Sozialdaten-basierten Qualitätsindikatoren, zum einen im Vergleich zum Vorjahr und zum anderen im Vergleich zum Bundesergebnis.

Fast alle Qualitätsindikatoren haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Bei sieben der insgesamt 19 Indikatoren zeigt sich in Hessen ein signifikant besseres Ergebnis als im Bundesdurchschnitt. Beim Prozess-Indikator zur Frage der Indikationsstellung (QI-ID 56001: es soll sich bei möglichst wenigen Koronarangiographien kein pathologischer Befund zeigen) allerdings ergibt sich ein im Vergleich zum Bundesergebnis signifikant schlechteres Ergebnis.

Erfreulich ist das Ergebnis zur Door-to-balloon-Zeit (QI-ID 56003), welches sich nicht nur gegenüber dem Vorjahr leicht verbessert hat, sondern auch signifikant besser als im Bundesergebnis ist. So wurden in Hessen bei über 80 % aller Patient*innen mit einem Herzinfarkt (ST-Hebungsinfarkt) innerhalb einer Stunde nach Aufnahme der Dilatationskatheter im betroffenen Koronarverschluss aufgeblasen.

Auch bei den Indikatoren zur Strahlenbelastung (QI-ID 56005, 56006 und 56007) sind die Ergebnisse in Hes-

Fallzahlverteilung 2021 (nur Krankenhäuser)

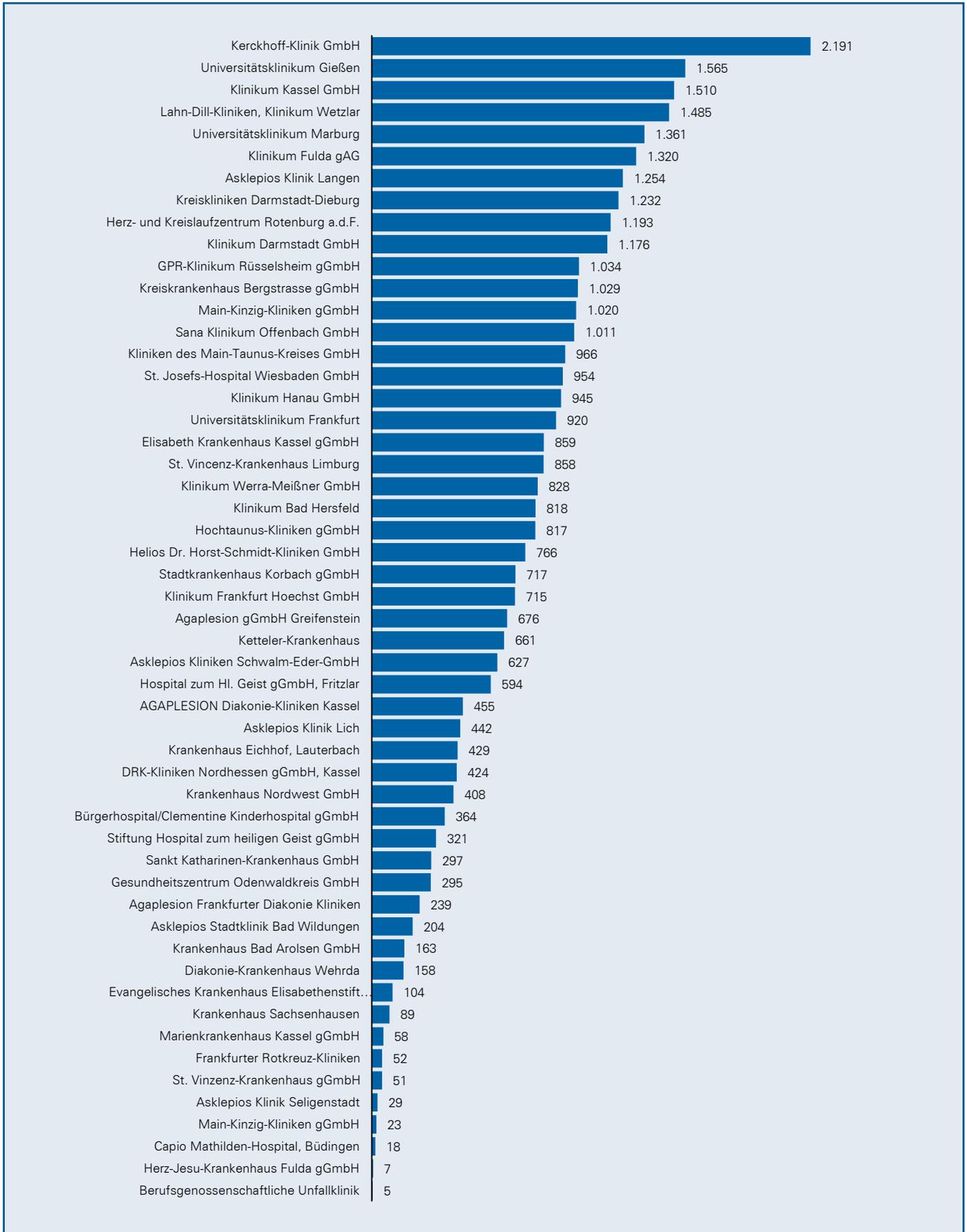


Abb. 3.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahme datum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	≥ 36,3 %	61,88 % 138.666 / 224.086	62,08 % 9.261 / 14.918	60,04 % 8.747 / 14.568
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 44,87 %	29,94 % 58.475 / 195.276	31,62 % 4.027 / 12.737	33,44 % 4.196 / 12.546
56003	Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 63,22 %	74,55 % 25.508 / 34.214	80,09 % 1.882 / 2.350	79,4 % 1.931 / 2.432
56004	Door-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 8,78 %	3,21 % 1.136 / 35.350	2,33 % 56 / 2.406	3,57 % 90 / 2.522
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	≤ 1,6 O / E	0,9 55.760 / 62.121 / 463.398 12,03 %	0,59 2.493 / 4.224 / 31.444 7,93 %	0,74 3.109 / 4.197 / 31.152 9,98 %
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	≤ 1,14 O / E	0,93 5.136 / 5.551 / 24.288 21,15 %	0,8 334 / 420 / 1.844 18,11 %	1 348 / 348 / 1.506 23,11 %
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	≤ 1,54 O / E	0,92 49.697 / 54.054 / 279.702 17,77 %	0,72 2.659 / 3.674 / 19.063 13,95 %	0,88 3.253 / 3.677 / 18.929 17,19 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,25 %	0,24 % 1.827 / 769.368	0,19 % 102 / 52.453	0,23 % 119 / 51.707
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 7,6 %	4,76 % 22.129 / 464.601	4,26 % 1.342 / 31.510	4,21 % 1.314 / 31.226
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 24,94 %	18,19 % 4.432 / 24.364	15,83 % 292 / 1.845	19,23 % 290 / 1.508
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 19,27 %	11,14 % 31.246 / 280.403	10,88 % 2.077 / 19.098	11,19 % 2.124 / 18.973
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 93,26 %	93,25 % 37.391 / 40.099	93,19 % 2.533 / 2.718	93,48 % 2.640 / 2.824
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 93,53 %	95,07 % 251.633 / 264.668	94,96 % 17.307 / 18.225	94,64 % 16.711 / 17.657
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	≤ 0,54 %	0,48 % 3.556 / 739.257	0,53 % 269 / 51.001	0,53 % 304 / 57.603
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	≤ 1,05 O / E	1,05 6.718 / 6.406 / 425.009 1,58 %	0,99 450 / 453 / 29.592 1,52 %	1,06 525 / 494 / 33.748 1,56 %
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	≤ 1,22 O / E	1,03 9.787 / 9.540 / 252.571 3,87 %	1,08 692 / 640 / 17.240 4,01 %	1,09 804 / 735 / 19.463 4,13 %
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	≤ 1,11 O / E	1,09 5.462 / 5.007 / 44.148 12,37 %	1,09 386 / 354 / 3.117 12,38 %	1,09 374 / 342 / 3.168 11,81 %
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	≤ 1,09 O / E	1,09 4.281 / 3.917 / 236.833 1,81 %	1,12 295 / 263 / 16.464 1,79 %	1,01 284 / 281 / 18.122 1,57 %
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	≤ 1,15 O / E	1,09 13.645 / 12.513 / 232.541 5,87 %	1,1 890 / 812 / 16.167 5,51 %	1,03 915 / 885 / 17.836 5,13 %

Tab. 3.1.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

sen signifikant besser als im Bundesdurchschnitt, sowie auch bei zwei der drei Indikatoren zum Kontrastmittelverbrauch (QI-ID 56009 und 56010).

Die Referenzbereiche werden vom IQTIG vorgegeben und entsprechen in der Regel der bundesweiten 95. bzw. 5. Perzentile.

Bei den meist risikoadjustierten Follow-up-Indikatoren, die aus Sozialdaten berechnet werden (QI-ID 50012 und 56018 bis 56026), werden Eingriffe betrachtet, die bereits im Vorjahr, also 2020 durchgeführt wurden. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen erst mit zeitlichem Verzug zur Verfügung stehen.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PCI dargestellt. Im Verfahrensjahr 2022 wurden 51 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Von diesen wurden 21 als qualitativ auffällig und 15 als qualitativ unauffällig bewertet. Bei sieben Auffälligkeiten waren Dokumentationsfehler die Ursache.

Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator entsprechende Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten oder Arztpraxen anzufordern sind.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
56000*	86	2	-	1	1	-
56001*	87	1	-	-	1	-
56003*	54	1	1	-	-	-
56004*	55	1	-	-	-	-
56005*	93	2	2	-	-	-
56006*	59	-	-	-	-	-
56007*	79	2	2	-	-	-
56008*	95	7	-	-	4	-
56009*	94	5	4	-	-	-
56010*	59	2	2	-	-	-
56011*	80	6	6	-	-	-
56014*	56	2	-	1	1	-
56016*	81	2	1	-	-	-
56012	96	3	1	2	-	-
56018	96	5	-	5	-	-
56020	80	4	2	2	-	-
56022	59	3	-	2	-	-
56024	81	2	-	2	-	-
56026	81	1	-	-	-	-
Summe		51	21	15	7	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahren

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich bei zwei Indikatoren zur Kontrastmittelmenge (QI-ID 56009 und 56011). Hier mussten alle Leistungserbringer*innen als qualitativ auffällig bewertet werden. Beim Follow-up-Indikator zu MACCEs (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) nach isolierten rein diagnostischen Koronarangiographien (QI-ID 56018) wurden alle angefragten Praxen und Kliniken aber als qualitativ unauffällig bewertet.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in der Tabelle 3.1.3 dargestellt. Diese Überprüfung der Dokumentations-

qualität (nicht der medizinischen Versorgungsqualität) wurde im Verfahren QS-PCI zum Erfassungsjahr 2021 erstmalig durchgeführt.

Auffällig ist die im Vergleich zum Bundesergebnis mehr als doppelt so häufige Angabe, dass die Ejektionsfraktion („EF“, ID 852103) unbekannt sei. Dies führt dazu, dass eine Reihe von Qualitätsindikatoren nicht berechnet werden können. Als Ursache fand sich im hierzu durchgeführten Stellungnahmeverfahren (Tab. 3.1.4) ein Problem in der in Hessen verwendeten Dokumentationssoftware. Nach einem Update der Software sollte dieses Problem ab dem Erfassungsjahr 2023 behoben sein.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
852103	Häufige Angabe EF „unbekannt“	≤ 98,1 %	11,88 % 87.096 / 733.308	27,93 % 14.060 / 50.343
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	≤ 4,73 %	1,52 % 11.356 / 745.004	1,39 % 705 / 50.608
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	≤ 2,69 %	0,93 % 6.816 / 734.823	0,52 % 262 / 50.430
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	≤ 4,46 %	1,03 % 6.892 / 670.765	0,89 % 412 / 46.174

Tab. 3.1.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
852103	95	7	5	-
852104	95	4	4	-
852105	95	3	3	-
852106	93	5	5	-
Summe		19	17	-

Tab. 3.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.2 QS WI

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr J. Becker	Bioscientia Healthcare GmbH Zentrum für Hygiene und Infektionsprävention	Krankenhäuser
Herr Dr. S. Classen	Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim	Krankenhäuser
Herr Dr. J. Harbering	BG Unfallklinik, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau L. Hartje-Wöhrle	Universitätsklinikum 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
Herr PD Dr. B. Jahn-Mühl	AGAPLESION gAG, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Vertreter des Medizinischen Dienstes	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. M. Weidenfeld	Medicum Facharztzentrum, Wiesbaden	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. N. Weykunat	Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	06.09.2022
8	29.11.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen“ ist eines der sektorübergreifenden Bundesverfahren der datengestützten externen Qualitätssicherung, die durch die LAGQH betreut werden. Das bedeutet, dass grundsätzlich sowohl die hessischen Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzt*innen, die für die Thematik relevante und fest definierte Operationen durchführen, an diesem Verfahren teilnehmen.

Ziel des Verfahrens ist die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. Dazu werden zum einen die fallbezogenen postoperativen Wundinfektionsraten betrachtet. Zum anderen wird das einrichtungsinterne Hygienemanagement anhand einer standardisierten Strukturabfrage beleuchtet. Einen Überblick zu diesen beiden Säulen des Verfahrens liefert die Abbildung 3.2.1. Das Verfahren befindet sich aktuell in der begleitenden Erprobung, die insgesamt über einen Zeitraum von sieben Jahren angelegt ist.

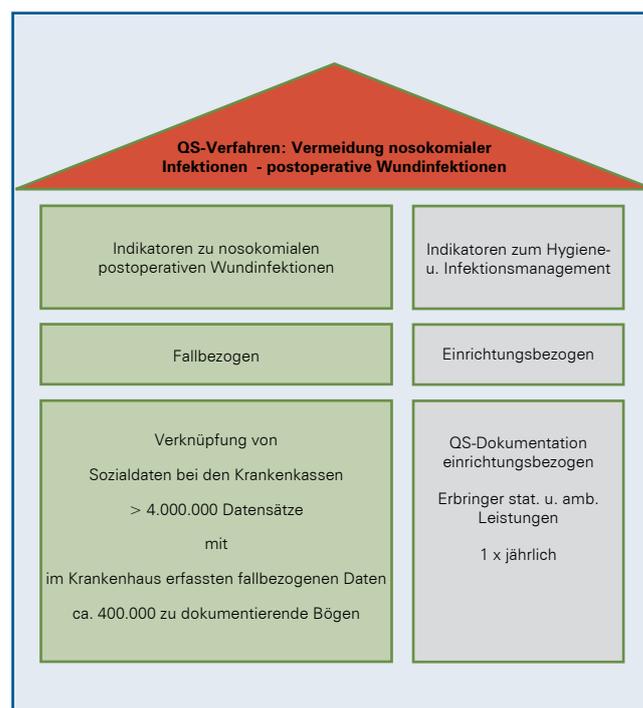


Abb. 3.2.1 Säulen des Verfahrens QS WI (Quelle IQTIG)

Einrichtungbezogene Befragung

Ergebnisse

Für die einrichtungbezogene Befragung wurde für den stationären und den ambulanten Sektor jeweils ein Qualitätsindikator zur Bewertung des internen Hygiene- und Infektionsmanagements entwickelt (siehe auch Abb. 3.2.2 und 3.2.3). Inhaltlich sind beide Indikatoren identisch aufgebaut und bilden über einen Index von zehn Kennzahlen die jeweils erreichten Ergebnisse mit einem Punktwert zwischen eins und 100 ab.

Die Einzelergebnisse in den Kennzahlen im Vergleich von Hessen und Bund für 2021 sind den Tabellen 3.2.1 (ambulant) und 3.2.2 (stationär) zu entnehmen.

Bei der Auswertung des Indikators 1000 (ambulant) konnte aufgrund eines Berechnungsfehlers die Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen

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

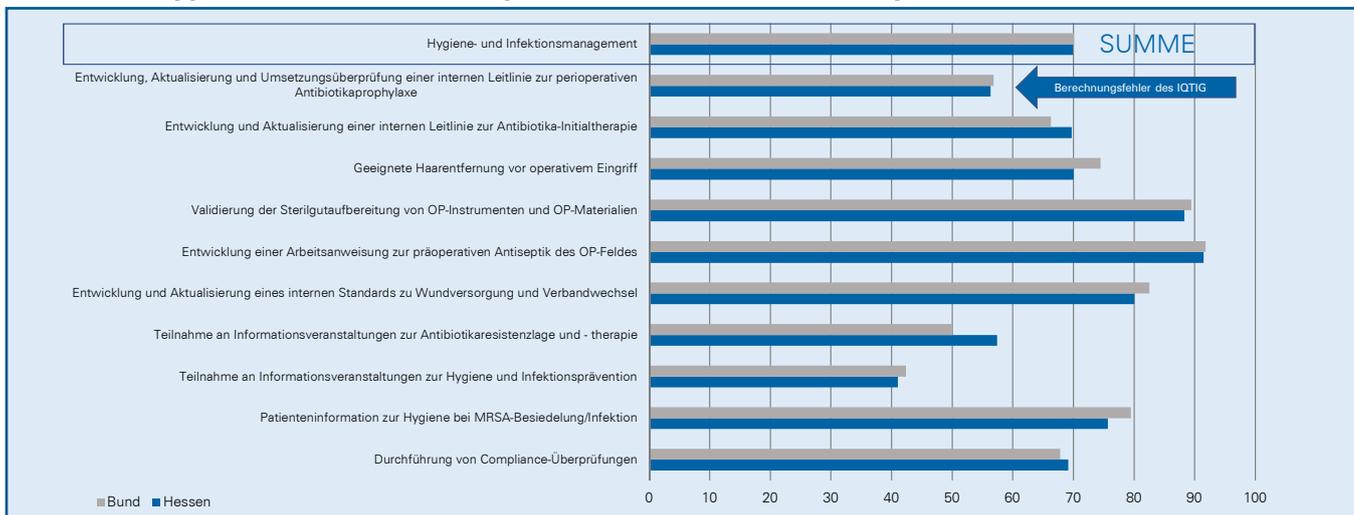


Abb. 3.2.2 Übersicht der Kennzahlen/Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021

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

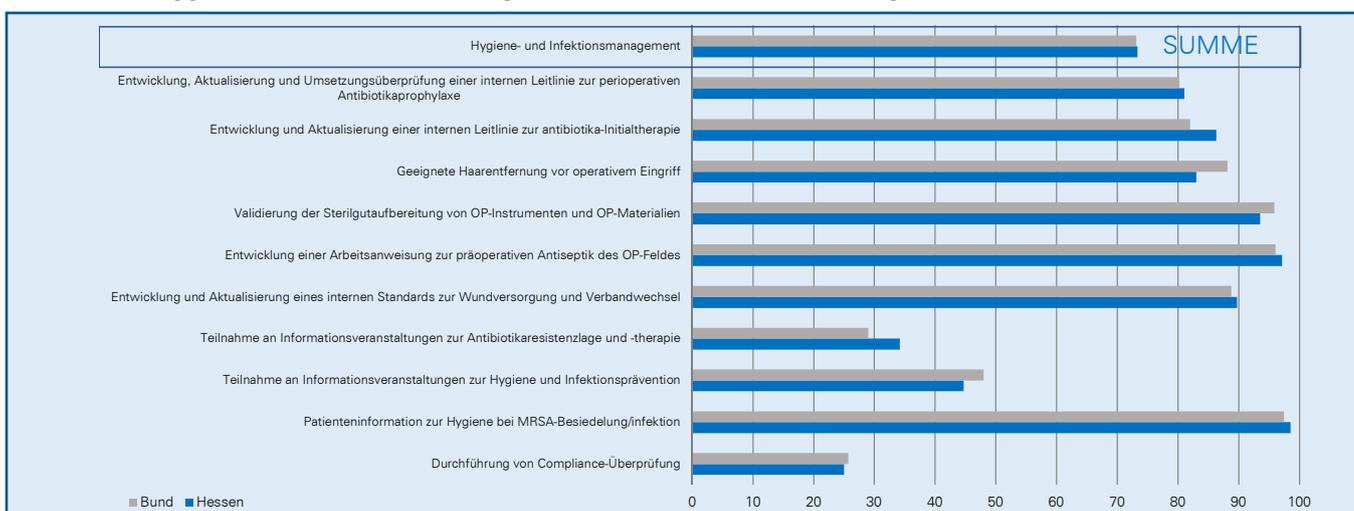


Abb. 3.2.3 Übersicht der Kennzahlen/Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (einrichtungsbezogen)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
1000 ¹	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	≥ 32,98 / 100 Punkten	70,07 70 / 2.941	69,89 70 / 337
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	≥ 53,24 / 100 Punkten	73,1 73 / 1.213	73,29 73 / 135

Tab. 3.2.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Antibiotikaphylaxe“ nicht korrekt abgebildet werden. Die in Hessen erreichten Ergebnisse entsprechen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nahezu dem Bundesergebnis.

Im ambulanten sowie im stationären Sektor ist bei den einbezogenen Kennzahlen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie zu Hygiene und Infektionsprävention bundes- und hessenweit noch Optimierungsbedarf ableitbar, hier liegen die erreichten Ergebnisse insgesamt nur zwischen < 30 bis < 60 Punkten. Im ambulanten Bereich sind auch die Ergebnisse zum Thema Durchführung von Compliance-Überprüfungen mit < 30 Punkten als nicht ausreichend zu bewerten.

Stellungnahmeverfahren

Da sich das Verfahren QS WI aktuell in der begleitenden Erprobung befindet, hat keine klassische Bewertung anhand des definierten Ablaufs der DeQS-RL und des Bewertungsschemas des G-BA stattgefunden. Um aus den errechneten Ergebnissen jedoch weitere Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Verfahrens zu gewinnen, wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringer*innen durchgeführt. Die Übersicht hierzu ist der Tabelle 3.2.2 zu entnehmen.

Für alle Leistungserbringer*innen aus dem ambulanten Bereich, die in der einrichtungsbezogenen Befragung einen Punktwert von ≥ 32,98 erreicht haben, wurde ein konstruktives Hinweisschreiben mit detaillierten Informationen zu den erreichten Einzelkennzahlenergebnissen und erklärenden Zusammenhängen versendet, um den teilnehmenden Leistungserbringer*innen eine weitere Unterstützung im Umgang mit der Befragung zu geben und so einen Beitrag für valide Ergebnisse in der Zukunft zu leisten.

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren mit konstruktivem Hinweisschreiben
1500		28	28
1501		8	8
2500	13	2	2
2501	13	3	2
2502	13	1	1
2503	13	4	3
2504	13	4	4
2505	13	4	4
Summe		54	52

Tab. 3.2.2 Rechnerische Auffälligkeiten

¹ Referenzbereich des IQTIG unter Vorbehalt

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (fallbezogen)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten OP (Nicht-Implantat-OP)	Sentinel Event	0,0796 % 454 / 570.330	0,0498 % 29 / 58.234	0,083 % 50 / 60.216
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten OP (Implantat-OP)	Sentinel Event	0,1734 % 89 / 51.326	0,1725 % 9 / 5.216	0,1096 % 6 / 5.474
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten OP (Nicht-Implantat-OP)	Sentinel Event	x %* ≤ 3* / 570.330	0 % 0 / 58.234	0 % 0 / 60.216
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten OP (Implantat-OP)	Sentinel Event	0 % 0 / 51.326	0 % 0 / 5.216	0 % 0 / 5.474
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären OP (Nicht-Implantat-OP)	≤ 1,89 O / E	1 16.845 / 16.820 / 1.192.205 1,41 %	0,99 1.065 / 1.080 / 81.068 1,31 %	1,22 1.383 / 1.138 / 88.269 1,57 %
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären OP (Implantat-OP)	≤ 2,19 O / E	1 8.274 / 8.266 / 939.123 0,88 %	0,82 462 / 566 / 65.482 0,71 %	1,17 675 / 579 / 70.247 0,96 %
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären OP (Nicht-Implantat-OP)	≤ 1,99 O / E	1 11.281 / 11.267 / 1.192.205 0,95 %	0,96 690 / 717 / 81.068 0,85 %	1,22 913 / 747 / 88.269 1,03 %
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären OP (Implantat-OP)	≤ 2,22 O / E	1 6.622 / 6.614 / 939.123 0,71 %	0,81 364 / 451 / 65.482 0,56 %	1,18 542 / 459 / 70.247 0,77 %
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären OP (Nicht-Implantat-OP)	Sentinel Event	0,0072 % 86 / 1.192.205	0,0049 % 4 / 81.068	0,0147 % 13 / 88.269
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären OP (Implantat-OP)	Sentinel Event	0,0113 % 106 / 939.123	0,0061 % 4 / 65.482	0,0142 % 10 / 70.247

Tab. 3.2.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Fallbezogene Befragung

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Für das Erfassungsjahr 2020 konnten in 2022 erstmals aussagefähige Ergebnisse in der fallbezogenen Erhebung gewonnen werden. Zu diesem Zweck wurden mit der Zusammenführung von QS-Daten und Sozialdaten mutmaßliche Zusammenhänge einer im stationären Bereich aufgefallenen Wundinfektion mit einem zuvor stattgefundenen Tracereingriff erstellt. Die angewendete Methodik ermöglicht es hierbei, auch solche Infektionen zu identifizieren, bei denen der primäre Tracereingriff und die nachfolgend entstandene Wundinfektion in unterschiedlichen Einrichtungen behandelt wurden.

Für die Ergebnisse im ambulanten Teilbereich der fallbezogenen Befragung konnte bei der Anzahl der nosokomialen Wundinfektionen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 1500) in Hessen ein signifikant besseres Ergebnis als im Bundesschnitt erreicht werden. Im Qualitätsindikator der Implantatoperationen sind die bundesweiten Ergebnisse mit denen in Hessen identisch. Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern traten in Hessen in keinem Fall auf.

Im stationären Sektor konnten in Hessen bei den Implantat-Operationen ebenfalls in zwei Qualitätsindikatoren (ID 2501 und 2503) signifikant bessere Werte im Vergleich zum Bundesergebnis gemessen werden. Die detaillierten Ergebnisse sind der Tabelle 3.2.3 zu entnehmen.

* Datenschutz

Stellungnahmeverfahren

In der fallbezogenen Befragung wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nach Aufbereitung der relevanten Daten durch die LAGQH hat die Fachkommission alle eingegangenen Stellungnahmen gesichtet und beurteilt. Alle am Stellungnahmeverfahren teilnehmenden Leistungserbringer*innen erhielten als Rückmeldung ein konstruktives Hinweisschreiben. Hier konnte vor allem Verbesserungspotential in Bezug auf die perioperative Antibiotikaphylaxe eruiert werden. Auf die Bewertung nach dem offiziellen Schema des G-BA wurde aufgrund der aktuell noch laufenden wissenschaftlichen Erprobung des Verfahrens in diesem erstmals stattgefundenen Stellungnahmeverfahren ebenfalls bewusst verzichtet.

Ausblick

Das Verfahren bietet grundsätzlich gutes Potential als weiteres Instrument in der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, vor allem als bislang einziges Verfahren mit sektoren- und leistungserbringerübergreifendem Ansatz und einer regelmäßigen Strukturhebung.

In der Zeit der weiteren begleitenden Erprobung wird der Fokus vor allem auf die Optimierung der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu legen sein.

3.3 QS CHE

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

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

Expert*in	Institution/Ort/Funktion
Herr Prof. Dr. habil. A. Zielke	Frankfurt a. M.

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
2	26.01.2022
3	20.07.2022
4	25.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau M. Kohlenberg

Zum zweiten Mal wurden in 2022 die Ergebnisse zu dem Verfahren QS Cholezystektomie (QS CHE) ausgewertet und den Kliniken zur Verfügung gestellt. Berücksichtigt wurden hierbei jeweils knapp 11 Tsd. Gallenblasenentfernungen. Diese verteilten sich auf 72 Krankenhäuser in Hessen (Range 1 - 383) (Abb.

3.3.2). Erfreulich ist die hohe Vollzähligkeit bei den in den Krankenhäusern erfassten QS-Daten (100 %) sowie die hohe Verknüpfungsrate der QS- mit den Sozialdaten (99,7 % für 2021 und 99,5 % für 2020). Somit konnten auch nahezu alle Eingriffe für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

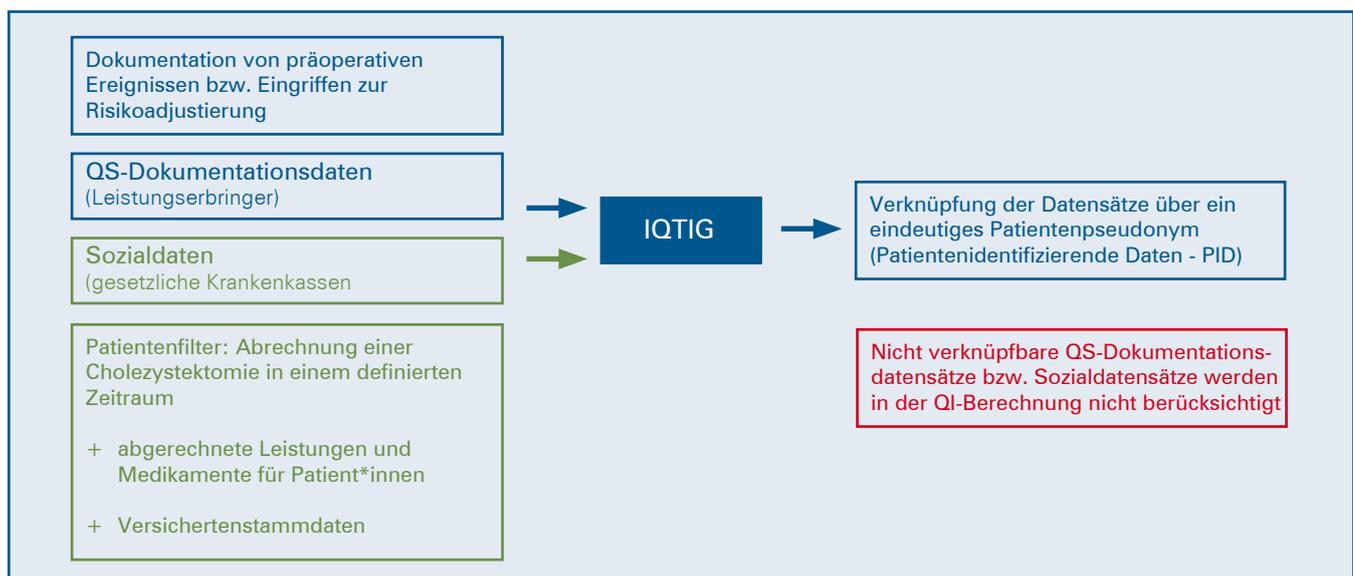


Abb. 3.3.1

Fallzahlverteilung 2021

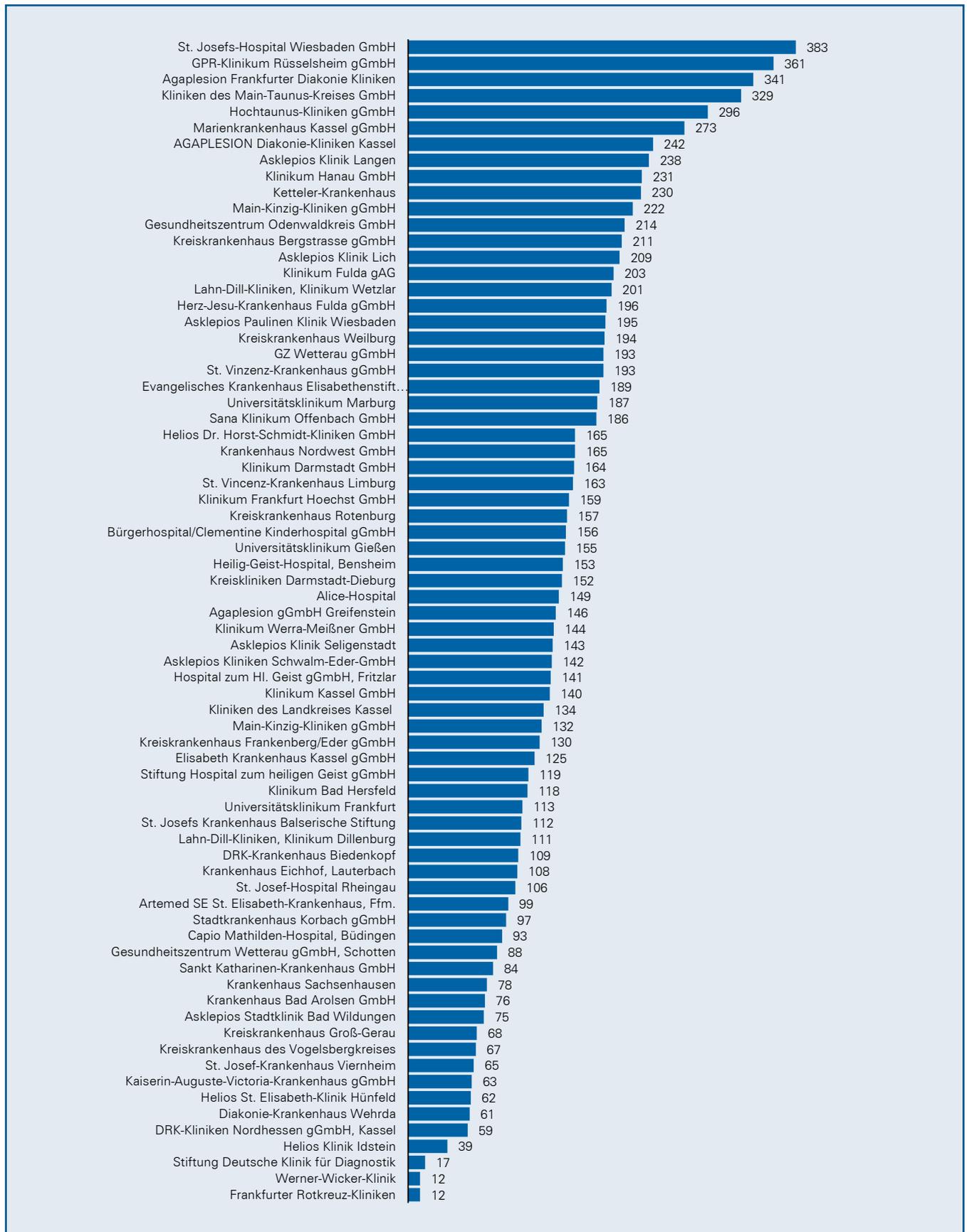


Abb. 3.3.2 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,98 %	0,88 % 1.310 / 149.150	0,74 % 81 / 10.909	0,67 % 71 / 10.641
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,33 %	1,16 % 1.733 / 149.150	0,97 % 106 / 10.909	0,82 % 87 / 10.641
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,34 %	1,31 % 1.961 / 149.150	1,02 % 111 / 10.909	1,87 % 199 / 10.641
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 7,12 %	2,64 % 3.943 / 149.150	1,95 % 213 / 10.909	2,09 % 222 / 10.641
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 10,34 %	4,18 % 6.209 / 148.420	3,51 % 374 / 10.641	3 % 332 / 11.056
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 6,71 %	2,85 % 4.236 / 148.420	2,57 % 273 / 10.641	2,26 % 250 / 11.056
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 5,31 %	2,07 % 3.067 / 148.420	1,75 % 186 / 10.641	1,5 % 166 / 11.056

Tab. 3.3.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Grundsätzlich werden für das Verfahren QS CHE ausschließlich Follow-up-Indikatoren auf der Basis von Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen berechnet. Der Follow-up-Zeitraum beträgt 30, 90 und 365 Tage und umfasst codierte Komplikationen, Infektionen, Blutungen oder die Sterblichkeit. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich bei den Follow-up-Indikatoren innerhalb von 30 Tagen auf eine Gallenblasenentfernung in 2021 sowie bei den FU-Indikatoren innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen auf den entsprechenden Eingriff in 2020.

Erfreulicherweise liegen alle hessischen Ergebnisse (zum Teil sogar signifikant) unter den bundesweiten Raten, und das trotz Verschlechterung in einigen Parametern gegenüber dem Vorjahr (Tabelle 3.3.1).

Exemplarisch soll hier die Kennzahl 58002 (Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen) vorgestellt werden. In der Abbildung 3.3.3 sind der Algorithmus und die hierfür gezählten OPS-Codes dargestellt, welche in Verbindung mit einem der aufgeführten ICD-Codes als postoperative Infektion gezählt werden. Berücksichtigt wird daneben noch der Diagno-

se-Zeitpunkt (innerhalb von 30 Tagen) und ob eine der Diagnosen bereits vor der OP gestellt wurde. Hierfür dienen die im Krankenhaus dokumentierten QS-Daten.

Die Ergebnisse der Kennzahl 58002 zeigt die Abbildung 3.3.4 als Scatterplot (Fallzahl versus Ergebnis) im bundesweiten Kontext. Die großen dunkelblauen Punkte stellen die Ergebnisse der hessischen Leistungserbringer*innen dar, welche innerhalb des Referenzbereichs liegen. Die Ergebnisse der hessischen Leistungserbringer außerhalb des Referenzbereiches sind als orange Rauten dargestellt.

QI-ID 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Eine **Infektion** wird gezählt, falls

- eine Prozedur aus der Liste OPS_CHE_Infektionen und
- eine Diagnose aus einer der Listen ICD_CHE_SonstInfektionen, ICD_CHE_StrepSepsis, ICD_CHE_SonstSepsis, ICD_CHE_Erysipel, ICD_CHE_AkutPeritonitis oder ICD_CHE_SonstPeritonitis kodiert wurde.

Bezeichnung	OPS/ICD
OPS_CHE_Infektionen	5-541.4, 5-896.0b, 5-896.1b, 5-896.2b, 5-900.1b, 5-916.a3, 8-176.0, 8-176.1, 8-176.2, 8-176.x, 8-176.y, 8-191.10, 8-191.11, 8-192.1b, 8-192.2b, 8-192.3b
ICD_CHE_SonstInfektionen	K75.0, L02.2, L03.3, T81.3, T81.4
ICD_CHE_StrepSepsis	A40
ICD_CHE_SonstSepsis	A41
ICD_CHE_Erysipel	A46
ICD_CHE_AkutPeritonitis	K65.0
ICD_CHE_SonstPeritonitis	K65.8

Diagnosen des Indexaufenthaltes aus den Listen ICD_CHE_StrepSepsis, ICD_CHE_SonstSepsis, ICD_CHE_Erysipel, ICD_CHE_AkutPeritonitis oder ICD_CHE_SonstPeritonitis werden jeweils nur gezählt, wenn die entsprechenden Diagnosen nicht bereits vor der Cholezystektomie bekannt waren.

Abb. 3.3.3 Algorithmus und OPS-Codes zur Berechnung des Qualitätsindikators

QI-ID 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

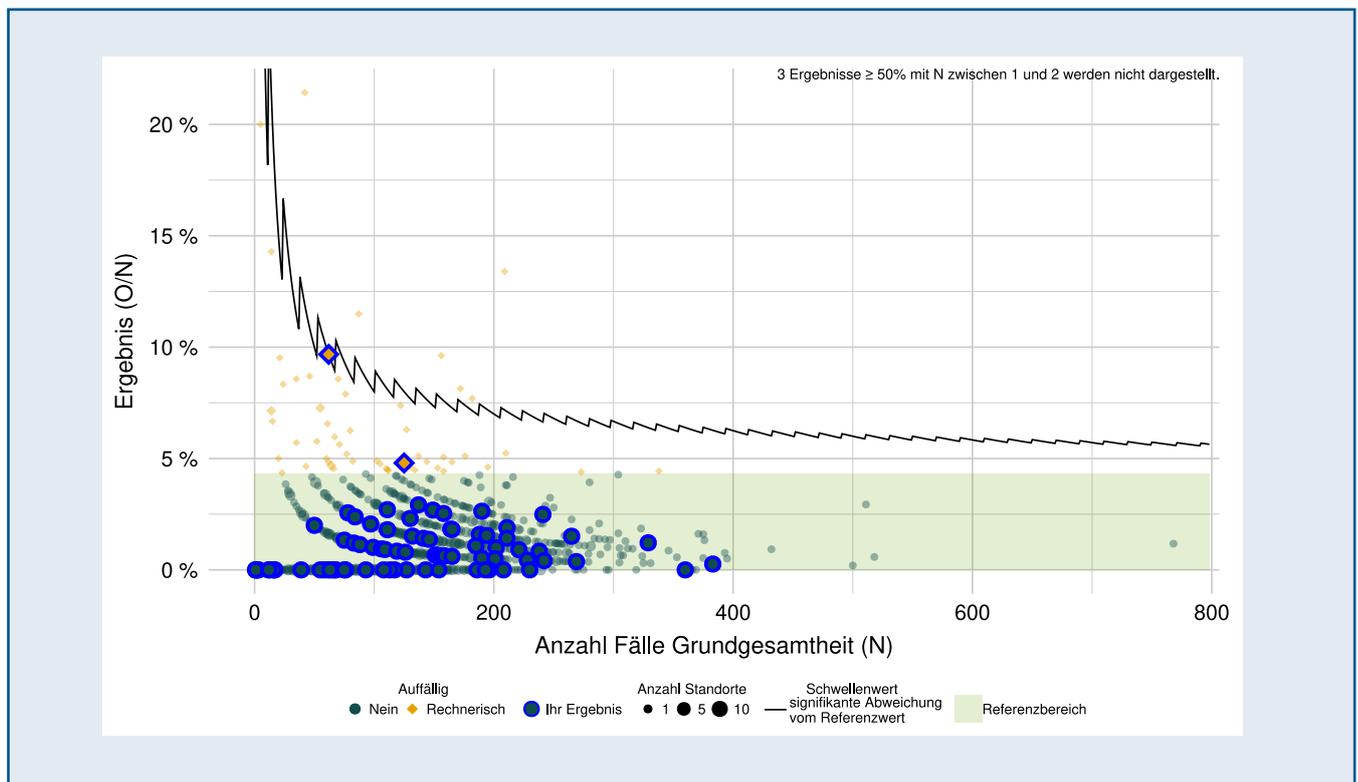


Abb. 3.3.4 Fallzahl versus Ergebnis im bundesweiten Kontext (Quelle: IQTIG, Länderbericht 2020-2021)

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
58000	82	1	-	-	-	-
58004	82	1	-	-	-	-
58002	82	2	-	-	-	-
58003	82	1	-	-	-	-
58001	82	-	-	-	-	-
58005	82	4	-	-	-	-
58006	82	2	-	-	-	-
Summe		11	-	-	-	-

Tab. 3.3.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Stellungnahmeverfahren

Insgesamt zehn Klinikstandorte wurden bei elf auffälligen Indikatorergebnissen um eine Stellungnahme gebeten. Da nur unzureichend Informationen zu den Fällen vorlagen und bisher die Ergebnisse auch nicht risikoadjustiert sind, wurde, auch auf Empfehlung des IQTIG, auf eine Bewertung verzichtet (Tab. 3.3.2). Zwei Kliniken wurde auch auf Grund der Rückmeldung ein ärztliches Peer-Review-Verfahren angeboten.

Ausblick

Für das Berichtsjahr 2023 ist zum einen die Risikoadjustierung der Raten angekündigt, zum anderen sollen der Geschäftsstelle auf Basis der mandantenfähigen Datenbank auch Details hinsichtlich der Komplikationen zur Verfügung gestellt werden. Somit wird auch eine Bewertung der auffälligen Ergebnisse möglich sein. Mit der standortbezogenen Veröffentlichung der Ergebnisse ist frühestens ab dem Berichtsjahr 2024 zu rechnen.

3.4 QS NET - DIAL

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. C. Betz	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. Dipl. Ing. E. Köhler	Dialyse Volkmarren	Vertragsärzt*innen
Herr PD Dr. A. Scheel	Dialyse- und Nierenzentrum Becker & Scheel, Heusenstamm	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. G. Strack	Bad König	Vertragsärzt*innen
Frau Dr. B. Vonderheid-Guth	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
2	07.11.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau V. Weck

Einleitung

Das Qualitätssicherungsverfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“ dient der Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit chronischer Niereninsuffizienz durch die Beurteilung der Versorgungsqualität ambulant und teilstationär durchgeführter Dialysen, als auch der Versorgungsqualität im Krankenhaus erbrachter Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen.

Folgende qualitätsrelevante Aspekte sollen hierbei gemäß DeQS-RL gemessen, verglichen und bewertet werden:

- a) Aufklärung der Patient*innen
- b) Dialysebehandlung (inkl. Versorgung mit geeignetem Dialysezugang, Ernährungs- und Anämie-management)
- c) Nieren- und Pankreastransplantation und Funktion des Nieren- und Pankreastransplantats
- d) Unerwünschte Ereignisse
- e) Überleben der Patient*innen

Folgende Ziele werden dadurch verfolgt:

- a) Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren
- b) Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Dialysen und Transplantationen
- c) Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung bzw. nach der Transplantation

- d) Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung und Transplantation
- e) Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patient*innen mit chronischer Niereninsuffizienz
- f) Stärkung der Selbstbestimmung von Patient*innen

Die Betrachtung und Bewertung der Dialysen wird länderbezogen durchgeführt und damit in Hessen von der LAGQH betreut. Die Transplantationen werden als bundesbezogenes Verfahren vom IQTIG betreut.

Dateneingang

Gemäß der Meldung vom IQTIG waren für das Erfassungsjahr 2021 in Hessen ca. 35 Tsd. Fälle dokumentationspflichtig. Erfasst wurden 33 Tsd. Fälle (94,6 %), wobei eine hohe Anzahl an Minimaldatensätzen vorlag (15 %). Aus 31 Praxen kamen 87 % der Fälle, die restlichen 13 % wurden als teilstationäre Fälle von 15 Krankenhäusern erfasst.

Grundsätzlich bestand für 2021 noch eine große Unsicherheit bezüglich der Datengrundlage. Vor diesem Hintergrund hat das IQTIG auf Wunsch des Gemeinsamen Bundesausschusses nochmal eine separate Analyse der Datengrundlage durchgeführt, bei der nach definierten Kriterien stichprobenhaft Leistungserbringer*innen angeschrieben und befragt wurden.

Ergebnisse und Stellungnahmeverfahren

Für die über 18-jährigen Patient*innen wurden zum Erhebungsjahr 2021 fünf Qualitätsindikatoren und zwei Transparenzkennzahlen berechnet (siehe Tabelle 3.4.1). Weiterhin wurden für das Erfassungsjahr 2020 erstmals Follow-up-Kennzahlen ausgewertet und dargestellt, davon zwei mit Referenzbereich und eine ohne Referenzbereich (Tabelle 3.4.2).

Hinsichtlich der unklaren Datengrundlage hat der G-BA im Juli 2022 entschieden, das Stellungnahmeverfahren für die Erfassungsjahre 2021 und 2020 auszusetzen.

Ergebnisübersicht

QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	≤ 100,00 %	86,66 % 7.360 / 8.493	89,07 % 538 / 604
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	≤ 61,63 %	28,49 % 5.409 / 18.985	34,74 % 361 / 1.039
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	≤ 50,00 %	30,70 % 12.476 / 40.640	36,59 % 842 / 2.301
572005	Dialysefrequenz pro Woche	≤ 90,95 %	35,75 % 14.167 / 39.633	32,28 % 717 / 2.221
572006	Dialysedauer pro Woche	≤ 15,00 %	56,71 % 22.477 / 39.633	56,28 % 1.250 / 2.221
572007	Ernährungsstatus	Transparenz-kennzahl	4,34 % 1.884 / 43.455	6,37 % 187 / 2.936
572008	Anämiemanagement	Transparenz-kennzahl	0,46 % 199 / 43.455	0,24 % 7 / 2.936

Tab. 3.4.1 Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 (Quelle: IQTIG)

Ergebnisübersicht (Follow-up-Kennzahlen)

QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	≤ 16,99 %	6,39 % 1.679 / 26.294	6,90 % 135 / 1.956
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 11,11 %	7,76 % 61 / 786	10,00 % 4 / 40
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenz-kennzahl	91,05 % 4.383 / 4.814	88,60 % 311 / 351

Tab. 3.4.2 Übersicht über die Ergebnisse der Follow-up-Qualitätsindikatoren und -kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 (Quelle: IQTIG)

QI-ID 572003:

Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung

Verschiedene Studien konnten aufzeigen, dass der langfristige Gebrauch von venösen Kathetern als Dialysezugang bei Hämodialysepatient*innen mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Patient*innen, die mit einem Katheterzugang versorgt wurden, wiesen im Vergleich zu Patient*innen mit anderen Gefäßzugängen ein erhöhtes Risiko zu versterben sowie für Infektionen und kardiovaskuläre Ereignisse auf. Die Anlage einer arteriovenösen Fistel war mit dem geringsten Risiko für das Auftreten von Infektionen und kardiovaskulären Komplikationen assoziiert. Die arteriovenöse Fistel stellt wegen ihrer deutlich besseren Funktionsrate bei der Hämodialyse den Gefäßzugang der ersten Wahl dar. Eine Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz wird daher als zu vermeidendes Risiko erachtet (Quelle: IQTIG).

Das hessische Ergebnis bei diesem Qualitätsindikator liegt mit 34,7 % zwar deutlich unter dem Referenzbereich, jedoch auch über dem Bundesdurchschnitt

(siehe Tab. 3.4.1). Die Verteilung der Ergebnisse im Leistungserbringervergleich zeigt, dass vor allem Einrichtungen mit wenig Fällen häufiger außerhalb des Referenzbereiches liegen (Abb. 3.4.2). Im Vergleich der bundesweiten ambulanten und teilstationären Fälle divergiert das Ergebnis um über 13 % zugunsten der in Praxen behandelten Patient*innen (27,6 % versus 41,0 %). Hier könnte ggf. auch das besondere Patientenkollektiv in den Krankenhäusern eine Rolle spielen und somit auch für eine notwendige Risikoadjustierung sprechen.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	
ID	572003
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden
Referenzbereich	≤ 61,63 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Abb. 3.4.1 Auszug aus dem Länderbericht 2020-2021 nach DeQS-RL Dialyse (Quelle: IQTIG)

QI-ID 572003 - Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialyse Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer

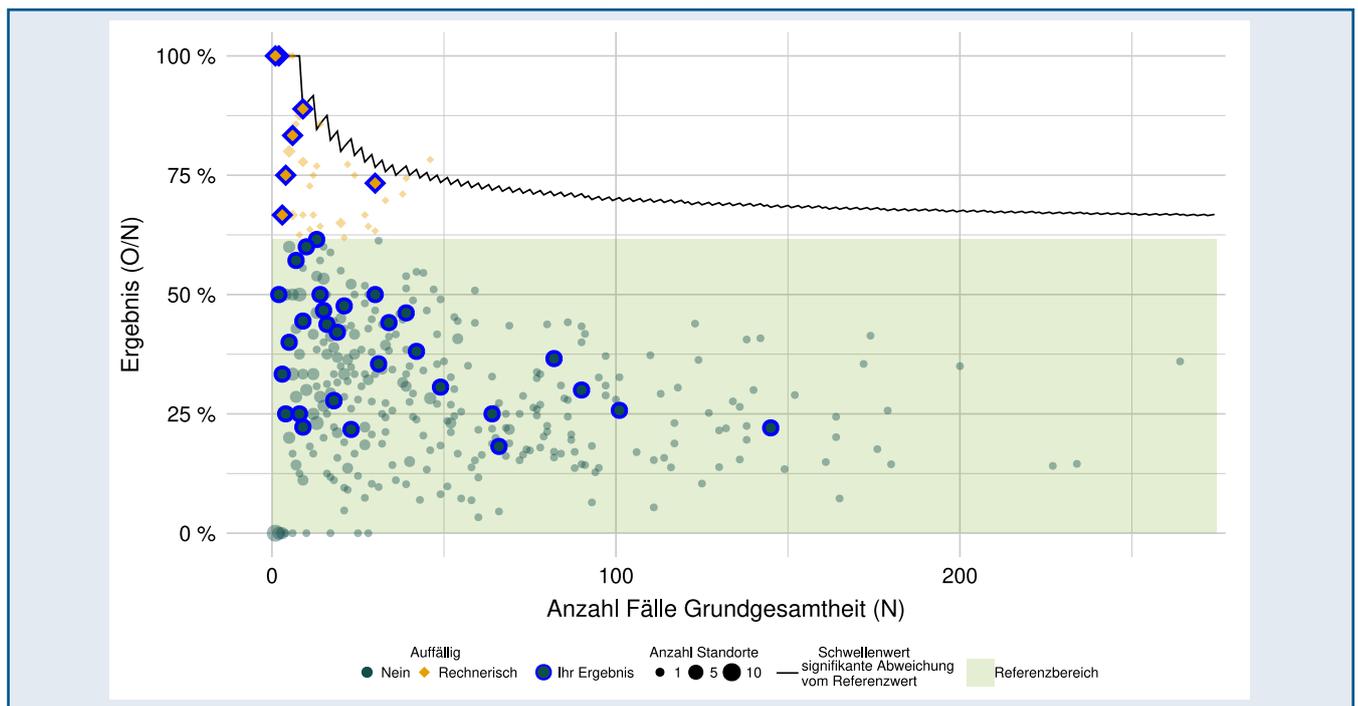


Abb. 3.4.2 Auszug aus dem Länderbericht 2020-2021 nach DeQS-RL (Quelle: IQTIG)

3.5 QS Karotis

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr PD Dr. F. Adili	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser
Herr Dr. S. Classen	Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. R. du Mesnil de Rochemont	Dr. Host-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
1	14.07.2022
2	28.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Bei rund einer Million Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 Prozent – verengt. Eine solche Verengung (Karotisstenose) geht mit einem erhöhten Risiko für Durchblutungsstörungen im Gehirn einher. So sind pro Jahr schätzungsweise 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen (Quelle: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extrakraniellen Karotisstenose).

Zur interventionellen Prophylaxe stehen zwei Methoden zur Verfügung. Bei der Thrombendarteriektomie werden die Ablagerungen offen-chirurgisch aus dem Blutgefäß entfernt, um die erkrankte Arterie zu rekonstruieren (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann das Gefäß auch durch einen Ballonkatheter (kathetergestützt) geweitet und mittels eines eingesetzten Drahtgeflechts (Stent) behandelt werden. Die Auswahl der geeigneten Therapieform erfolgt in Abstimmung mit den Patient*innen und mit allen behandelnden Fachdisziplinen.

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).

In den hessischen Krankenhäusern wurden für 2021 nach den Daten der Qualitätssicherung 2.130 interventionelle Karotisrevaskularisierungen durchgeführt, davon 1.695 offen-chirurgisch und 431 kathetergestützt (293 PTA/Stent und 138 PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur). Die Fallzahlen bewegen sich hierbei zwischen 2 und 181 (Abb. 3.5.1).

Fallzahlverteilung 2021

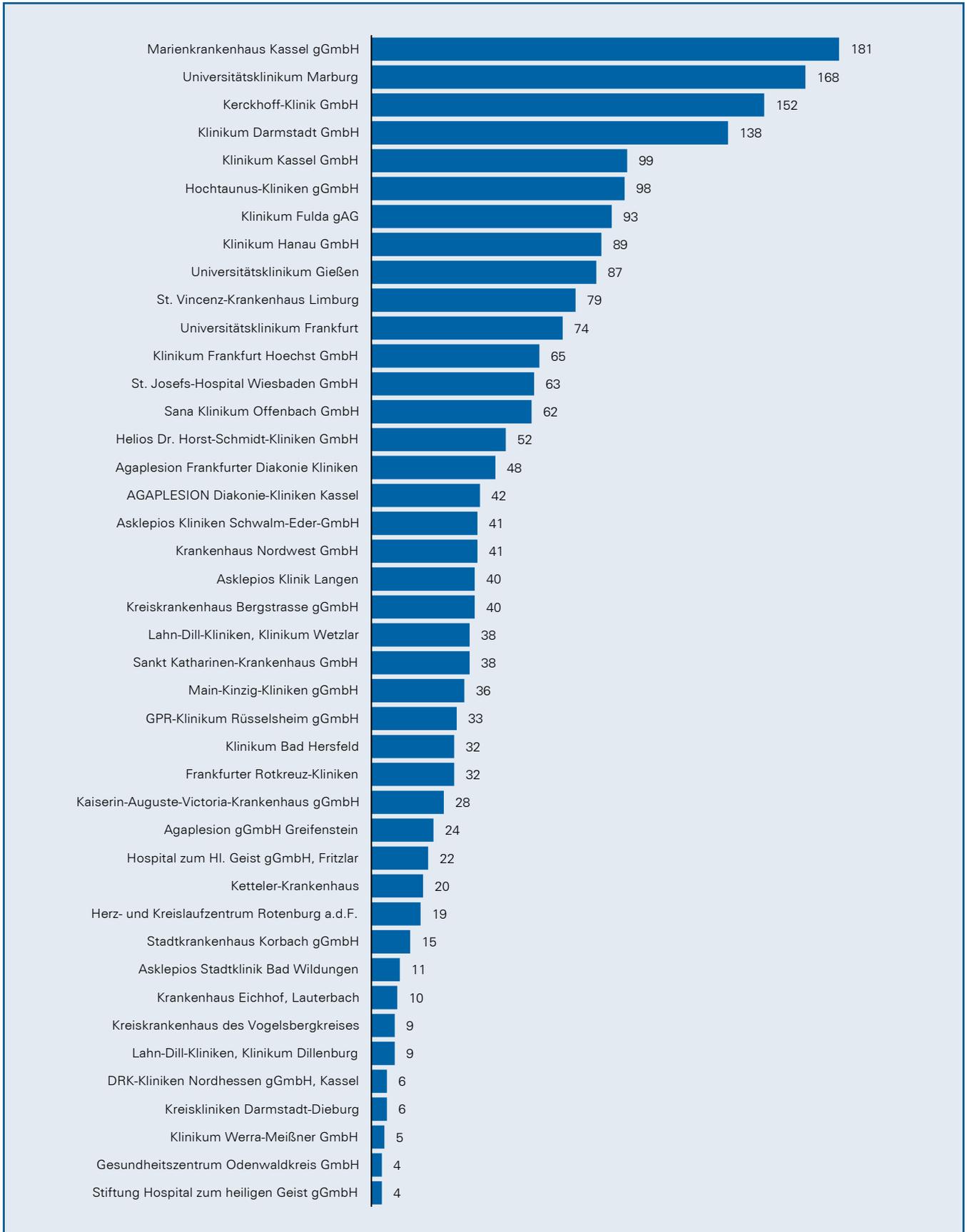


Abb. 3.5.1 *Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahme datum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4*

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	≥ 95 %	99,11 % 12.077 / 12.186	99,01 % 900 / 909
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	≥ 95 %	99,68 % 8.305 / 8.332	99,69 % 650 / 652
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	≤ 0 %	7,65 % 13 / 170	x %* ≤ 3* / 22
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 2,67 O / E	1 546 / 546 / 21.852 2,5 %	0,76 32 / 42 / 1.660 1,93 %
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	≥ 95 %	97,38 % 2.827 / 2.903	99,23 % 129 / 130
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	≥ 95 %	99,27 % 2.190 / 2.206	100 % 84 / 84
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 3,04 O / E	1 315 / 315 / 6.450 4,88 %	1,04 15 / 14 / 288 5,21 %
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	≤ 5 %	2,7 % 18 / 666	x %* ≤ 3* / 33

Tab. 3.5.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Aus den Daten wurden acht Qualitätsindikatoren berechnet. Davon vier Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung, einer zur Prozessqualität und drei zu schweren Komplikationen nach dem Eingriff. Die Ergebnisse liegen für Hessen insgesamt deutlich im Referenzbereich und auch im Niveau der Bundesergebnisse (Tab. 3.5.1).

Ausnahmen bilden hierbei die Qualitätsindikatoren QI-ID 52240 (Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation) sowie der QI 11704 (Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch).

Zum QI 52240, bei welchem als Sentinel-Event-Indikator jeder Einzelfall zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis führt, gibt es bei den Fachexperten seit vielen Jahren eine kontroverse Diskussion. Dabei geht es um die grundsätzliche Frage, ob Simultaneingriffe auf Grund des erhöhten Risikos überhaupt sinnvoll sind.

In Hessen wurde in 22 Fällen ein entsprechender Simultaneingriff durchgeführt. In einigen Fällen kam es hierbei zu schweren Komplikationen. Bundesweit sind es 13 Ereignisse bei 170 entsprechenden Eingriffen und damit eine deutlich geringere Rate. Bisher gibt es auf Bundesebene keine Bestrebungen den Indikator auszuweiten und die Simultaneingriffe an sich in den Fokus der Qualitätssicherung zu stellen. Bei dem

* Datenschutz

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
603*	38	2	-	2	-	-
604*	38	1	-	1	-	-
52240*	5	2	-	2	-	-
11704*	40	-	-	-	-	-
51437*	20	1	-	1	-	-
51443*	15	-	-	-	-	-
51873*	22	1	-	1	-	-
161800*	21	1	-	1	-	-
Summe		8	-	8	-	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.5.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Stellungnahmeverfahren

Qualitätsindikator 11704 liegt das hessische Ergebnis mit 1,9 % zwar deutlich unter dem Bundesergebnis (2,5 %), auf Grund der geringen Ereigniszahl lässt sich hier jedoch noch keine allgemeine Aussage zur Versorgungsqualität im Bereich der offen-chirurgischen Karotisrevascularisierung in Hessen treffen.

Erfreulicherweise musste im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nur acht rechnerischen Auffälligkeiten nachgegangen werden, vier zur Indikationsstellung, drei zu Komplikationen und einer zur fachneurologischen Untersuchung nach einer Komplikation (Tab. 3.5.2). Bei keinem der rechnerisch auffälligen Ergebnisse konnte für 2021 ein Qualitätsproblem festgestellt werden. Das ist einerseits erfreulich, lässt aber die Frage offen, ob die hier eingesetzten Instrumente tatsächlich auch Qualitätsprobleme aufdecken können. Aktuell gibt es beim IQTIG Bestrebungen die Indikatoren zu schärfen und ggf. zu ergänzen.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 4,55 %	1,04 % 295 / 28.472	1,68 % 33 / 1.970
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,14 % 30.809 / 30.767	100 % 2.123 / 2.123
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,53 % 162 / 30.767	0,47 % 10 / 2.123

Tab. 3.5.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850332	43	2	1	1
850086	43	-	1	-
850223	4	1	-	1
Summe		3	2	2

Tab. 3.5.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Bei den Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsqualität wurde eine Kennzahl zur Plausibilität der Ergebnisse berechnet (AK-ID 850332), eine Kennzahl zur Überdokumentation und eine Kennzahl zu den Minimaldatensätzen (Tab. 3.5.3). In der Hälfte der angeschriebenen Kliniken konnten Dokumentationsfehler identifiziert werden (Tab. 3.5.4). Eine Klinik wurde außerplanmäßig auf Grund einer massiven Unterdokumentation angeschrieben. Zur Validierung der fehlenden Fälle wurden hierbei die anonymisierten Arztbriefe und OP-Berichte angefordert.

3.6 QS CAP

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	07.07.2022
2	30.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

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

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

Im Jahr 2021 wurden von 86 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 23.520 Fälle (Fall-Range: 2 - 772) mit ambulant erworbener Pneumonie ab einem Alter von 18 Jahren erfasst (Abb. 3.6.1).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (Tab. 3.6.1) ist zu beachten, dass bei den Indikatoren zur frühen antimikrobiellen Therapie (QI-ID 2009) und zur Sterblichkeit im Krankenhaus (QI-ID 50778) COVID-19-Fälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen sind. Die beiden Indikatoren zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien (QI-ID 2028) und zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (QI-ID 50722), welche auch bei COVID-19-Fällen zur Anwendung kommen, zeigen in Hessen ein im Vergleich zum Bundeswert signifikant besseres Ergebnis. Dies ist insofern hervorzuheben, dass insbesondere die Messung der Atemfrequenz, welche auch eine Teilmenge des Indikators 2028 ist, im klinischen Alltag personalintensiver ist als beispielsweise die Bestimmung von Sauerstoffsättigung, Pulsfrequenz und Blutdruck, welche automatisiert und damit einfacher am Monitor erfasst werden können. Während der Corona-Pandemie waren Kliniken nicht nur durch ein erhöhtes Aufkommen an Patient*innen insbesondere in diesem Leistungsbereich belastet, sondern zusätzlich auch durch pandemiebedingte Personalausfälle.

Fallzahlverteilung 2021

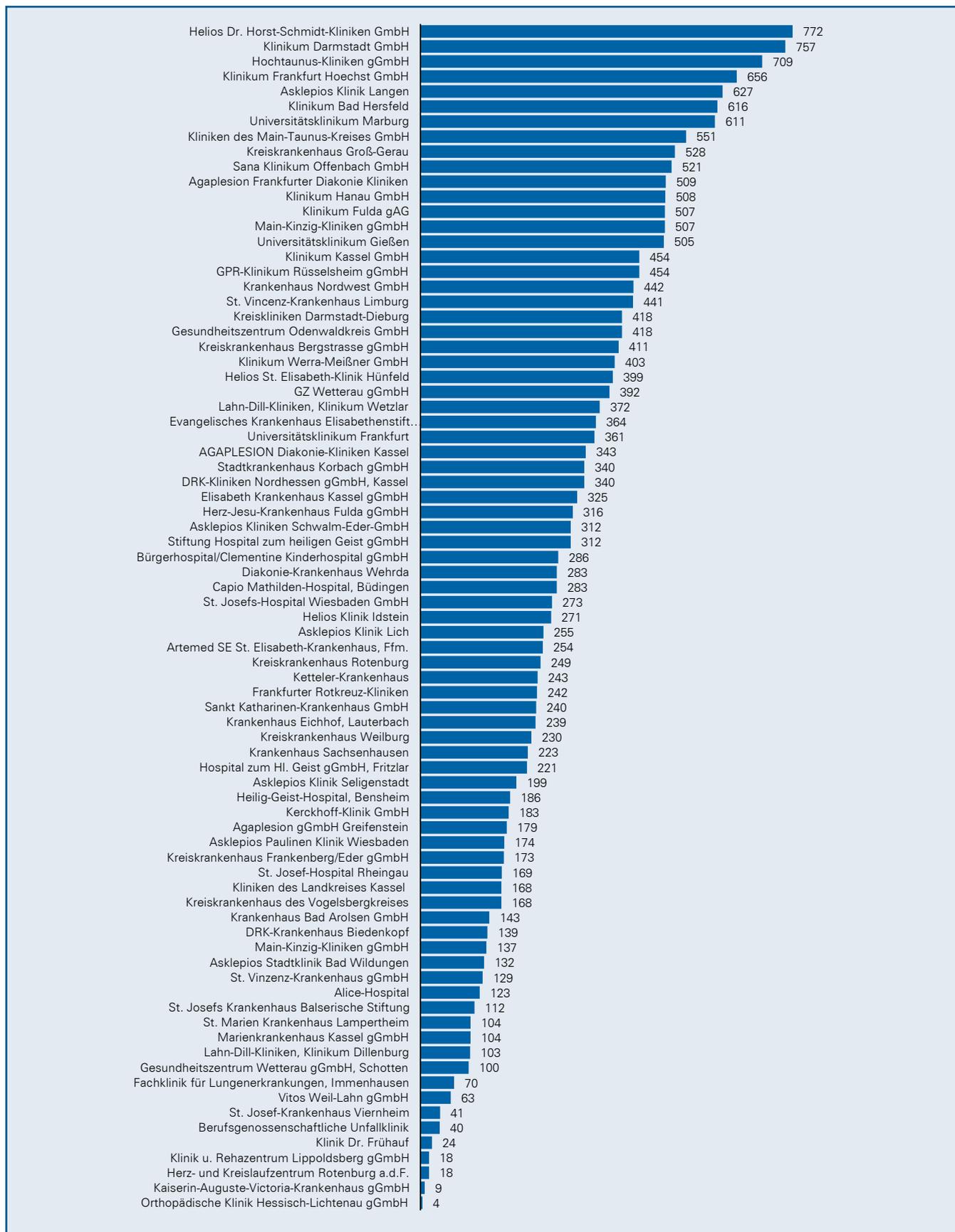


Abb. 3.6.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95 %	99,13 % 310.651 / 313.385	99,26 % 22.087 / 22.251
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	≥ 90 %	90,98 % 106.697 / 117.273	90,29 % 7.529 / 8.339
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90 %	92,44 % 108.645 / 117.527	92,67 % 7.353 / 7.935
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95 %	96,55 % 208.935 / 216.399	96,99 % 14.933 / 15.397
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 2,01 O / E	1,01 10.539 / 10.387 / 122.181 8,63 %	0,97 751 / 772 / 8.639 8,69 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95 %	96,72 % 295.836 / 305.866	97,41 % 20.986 / 21.544

Tab. 3.6.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.6.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS CAP 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 sind.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich beim Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie (QI-ID 2009). In einem Drittel der angeforderten Stellungnahmen

konnte jedoch eine unauffällige Qualität festgestellt werden oder es handelte sich um Dokumentationsfehler, beispielsweise wenn ein Ausschluss aus der Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators bei COVID-19-Erkrankung wegen fehlerhafter ICD-Kodierung nicht erfolgen konnte.

Für die Indikatoren zur Frühmobilisation (QI-ID 2013), zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien (QI-ID 2028) und zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (QI-ID 50722) wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
2005*	97	3	-	1	1	-
2009*	90	29	8	2	2	-
2013*	93	19	8	-	-	1
2028*	93	15	9	-	-	-
50778*	93	6	-	3	1	-
50722*	97	16	5	-	-	-
Summe		88	30	6	4	1

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.6.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Hier musste auch in Hessen in allen angefragten Fällen eine qualitativ auffällige Bewertung vorgenommen werden. Mit einer Klinik wurde zur Frage der Frühmobilisation ein Kollegiales Gespräch mit Vertreter*innen der Klinik und der Fachkommission geführt. Hier zeigten sich neben personellen Engpässen insbesondere auch Dokumentationsprobleme bei der unterschiedlichen Erfassung von Mobilisationen durch physiotherapeutisches und pflegerisches Personal.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.6.3

dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850102 und 850229) und auch plausibel und vollständig (IDs 811822, 811826 und 851900) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.6.4). Zum Auffälligkeitskriterium 851900 (Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben) konnte im Jahr 2022 aus formal-juristischen Gründen bundesweit kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden. Insgesamt gab es im Bereich der statistischen Basisprüfung sehr wenige rechnerische Auffälligkeiten, von denen die Hälfte jedoch auf tatsächliche fehlerhafte Dokumentationen hinwies.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20 %	5,37 % 13.897 / 258.700	5,95 % 1.094 / 18.397
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,83 %	9,04 % 26.729 / 295.836	9,31 % 1.953 / 20.986
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50 %	15,4 % 3.124 / 20.292	17,33 % 235 / 1.356
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,44 % 313.751 / 312.368	100,7 % 22.291 / 22.137
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,12 % 366 / 312.368	0,18 % 40 / 22.137

Tab. 3.6.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
811822	97	-	-	-
811826	94	2	1	1
851900	82	3	-	-
850102	85	1	1	-
850229	9	1	-	1
Summe		7	2	2

Tab. 3.6.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.7 QS MC

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. C. Jackisch	Sana Klinikum Offenbach	Krankenhäuser
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
1	14.07.2022
2	28.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

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, die 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.

Im Jahr 2021 wurden von 52 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 7.417 Fälle (Fall-Range: 1 – 835) mit Eingriffen an einer oder beiden Brüsten erfasst (Abb. 3.7.1).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Bei Betrachtung der Indikatorergebnisse (Tab. 3.7.1) zeigen sich in Hessen insgesamt sehr gute Ergebnisse. Bei den beiden Indikatoren zur Drahtmarkierung nicht tastbarer Befunde (QI-ID 212000 und 212001) zeigen sich im Vergleich zu den Bundeswerten signifikant bessere Ergebnisse. Bei beiden erst im Vorjahr eingeführten Kennzahlen wurden nun Referenzbereiche (≥ 5 . Perzentile) festgelegt. Hier wird ermittelt, ob Befunde, die in Mammographie, Sonographie oder im MRT auffällig, aber nicht tastbar sind, in ausreichender Häufigkeit mit einer Drahtnadel markiert werden, damit sie während der Operation sicher erfasst und entfernt werden können. Dass die so markierten und entfernten Gewebssareale noch während der Operation durch eine entsprechende Bildgebung

Fallzahlverteilung 2021

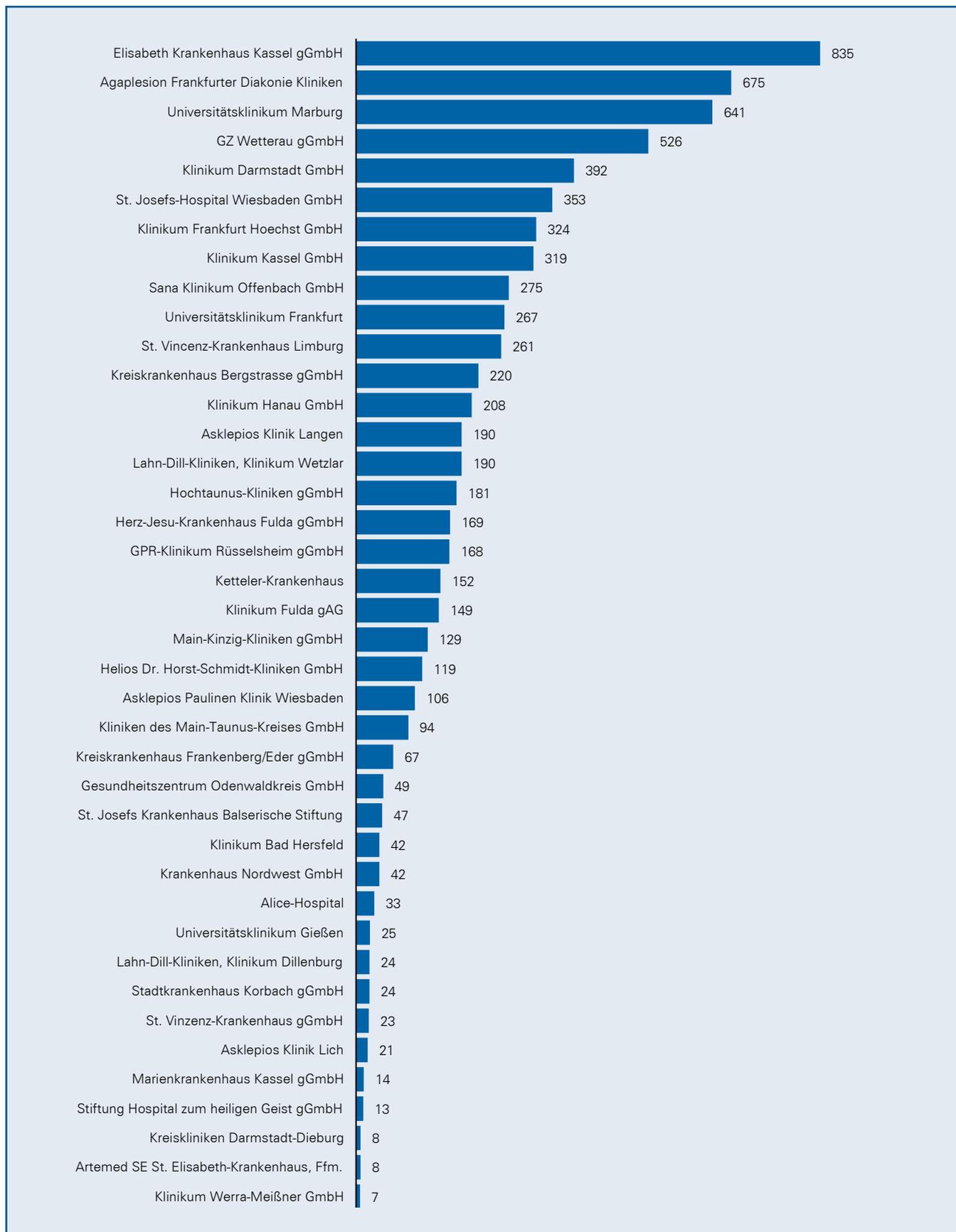


Abb. 3.7.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

kontrolliert werden, wird mit den beiden Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiographie oder -sonographie kontrolliert (QI-ID 52330 und 52279).

Eine Ausräumung der Lymphknoten aus der Achselhöhle ist bei der Krebsvorstufe DCIS nicht indiziert.

Daher ist der entsprechende Indikator (QI-ID 2163) als Sentinel-Event formuliert. Erfreulicherweise trat dies bundesweit nur noch in sechs Fällen auf, in Hessen – wie auch in den Vorjahren - in keinem einzigen Fall.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95 %	98,1 % 72.401 / 73.807	98,01 % 5.116 / 5.220
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	≥ 0,4 O / E	0,92 8.480 / 9.177 / 65.584 12,93 %	0,9 548 / 611 / 4.627 11,84 %
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	≤ 1,52 O / E	0,92 8.480 / 9.177 / 65.584 12,93 %	0,9 548 / 611 / 4.627 11,84 %
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 73,23 %	92,85 % 7.709 / 8.303	96,07 % 635 / 661
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 52,5 %	83,94 % 19.612 / 23.364	86,5 % 1.519 / 1.756
52330*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,44 % 18.065 / 18.166	99,62 % 1.320 / 1.325
52279*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	98,9 % 28.705 / 29.025	99,14 % 2.423 / 2.444
2163*	Primäre Axilladissektion bei DCIS	≤ 0 %	0,09 % 6 / 6.982	0 % 0 / 524
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5 %	4,17 % 228 / 5.465	3,87 % 17 / 439
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90 %	97,11 % 31.409 / 32.343	97,76 % 2.401 / 2.456
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 9,52 %	2,54 % 1.328 / 52.187	2,9 % 111 / 3.823
60659	Nachresektionsrate	≤ 22,48 %	10,67 % 6.370 / 59.710	9,5 % 391 / 4.114
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,41 %	99,46 % 62.021 / 62.355	99,71 % 4.466 / 4.479

Tab. 3.7.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund (* planungsrelevante Indikatoren)

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.7.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS MC dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hatte zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich Mammachirurgie zu beachten, dass die Indikatoren 52330, 52279 und 2163 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen vom Referenzwert ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (siehe Kapitel 4).

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich beim Indikator zur Entnahme einzelner Lymphknoten beim DCIS (QI ID 50719). Hier wurden die Krankenhausstandorte, bei denen diese Abweichung statistisch signifikant war, um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Diese mussten dann auch als qualitativ auffällig bewertet werden.

Für den Indikator zur prätherapeutischen histologischen Sicherung (QI-ID 51846) wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Hierbei wurde für männliche Patienten ein signifikant schlechteres Ergebnis ermittelt als für Patientinnen. In Hessen konnte dies so nicht nachvollzogen werden.

Auch bei den anderen Indikatoren im Verfahren Mammachirurgie wurden insgesamt nur wenige qualitative Auffälligkeiten durch die hessische Fachkommission gesehen, sodass hier keine weiteren Maßnahmen wie Begehungen oder Kollegiale Gespräche erfolgen mussten.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
51846*	43	7	1	2	-	-
52267	39	4	-	-	-	-
52278	39	4	-	-	-	-
212000	27	1	-	-	-	-
212001	36	3	-	2	-	-
52330*	33	1	-	-	-	-
52279*	35	-	-	-	-	-
2163*	34	-	-	-	-	-
50719*	33	8	2	-	-	-
51847*	40	6	1	1	-	-
51370*	39	4	1	1	-	-
60659*	42	3	2	1	-	-
211800*	41	-	-	-	-	-
Summe		41	7	7	-	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.7.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

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

Beim Auffälligkeitskriterium 850364 wird geprüft, ob angegeben wurde, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob eine Geschwulst an der Brust vollständig entfernt wurde. Liegen diese Informationen nicht

vor, kann der Indikator zur Nachresektionsrate (QI-ID 60659) nicht korrekt berechnet werden.

Mit dem AK 852000 wird sichergestellt, dass die für die Berechnung der Indikatoren zur leitliniengerechten Behandlung bei Krebsvorstufen (DCIS) (QI ID 2163 und 50719) erforderlichen Informationen zu Zellveränderungen korrekt erfasst werden. Hier wird eine Vereinfachung der Datenerfassung für die Zukunft angestrebt, um Fehldokumentationen zu vermeiden.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,69 %	0,4 % 266 / 66.041	0,3 % 14 / 4.651
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,89 %	0,14 % 91 / 66.453	0,19 % 9 / 4.664
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 523 / 73.435	0,01 33 / 5.194
850372	Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 1,19 %	0,24 % 157 / 66.041	0,13 % 6 / 4.651
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 15,25 %	2,51 % 2.133 / 84.889	1,79 % 108 / 6.044
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,19 % 103.668 / 103.476	100,11 % 7.385 / 7.377
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,17 % 175 / 103.476	0,24 % 18 / 7.377

Tab. 3.7.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850363	42	-	-	-
850364	42	2	1	1
813068	42	-	-	-
850372	42	-	-	-
852000	42	3	3	-
850094	51	-	-	-
850227	11	-	-	-
Summe		5	4	1

Tab. 3.7.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.8 QS GYN-OP

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. C. Jackisch	Sana Klinikum Offenbach	Krankenhäuser
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
1	14.07.2022
2	28.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

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

Einleitung

Im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS 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.

Im Jahr 2021 wurden von 66 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 2.154 Fälle (Fall-Range: 1 – 1.061) mit Eingriffen an Eierstöcken und/oder Eileitern bei Patientinnen ab elf Jahren erfasst (Abb.3.8.1).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse (Tab. 3.8.1) zeigen sich in Hessen insgesamt gute Ergebnisse. Beim Indikator zum Organerhalt bis 45 Jahre (QI-ID 612) zeigt sich ein im Vergleich zum Bundeswert signifikant besseres Ergebnis. Hier wird ermittelt, ob bei gutartigen Befunden möglichst häufig nicht das komplette Ovar entfernt wird, sondern ein Teil des Organs erhalten wird, welcher dann weiterhin Hormone und Eizellen produzieren kann. Dieses gute Ergebnis in Hessen spiegelt sich auch wider in den Ergebnissen der beiden Indikatoren zur beidseitigen Eierstockentfernung (Ovariectomie) (QI-ID 60685 und 60686).

Fallzahlverteilung 2021

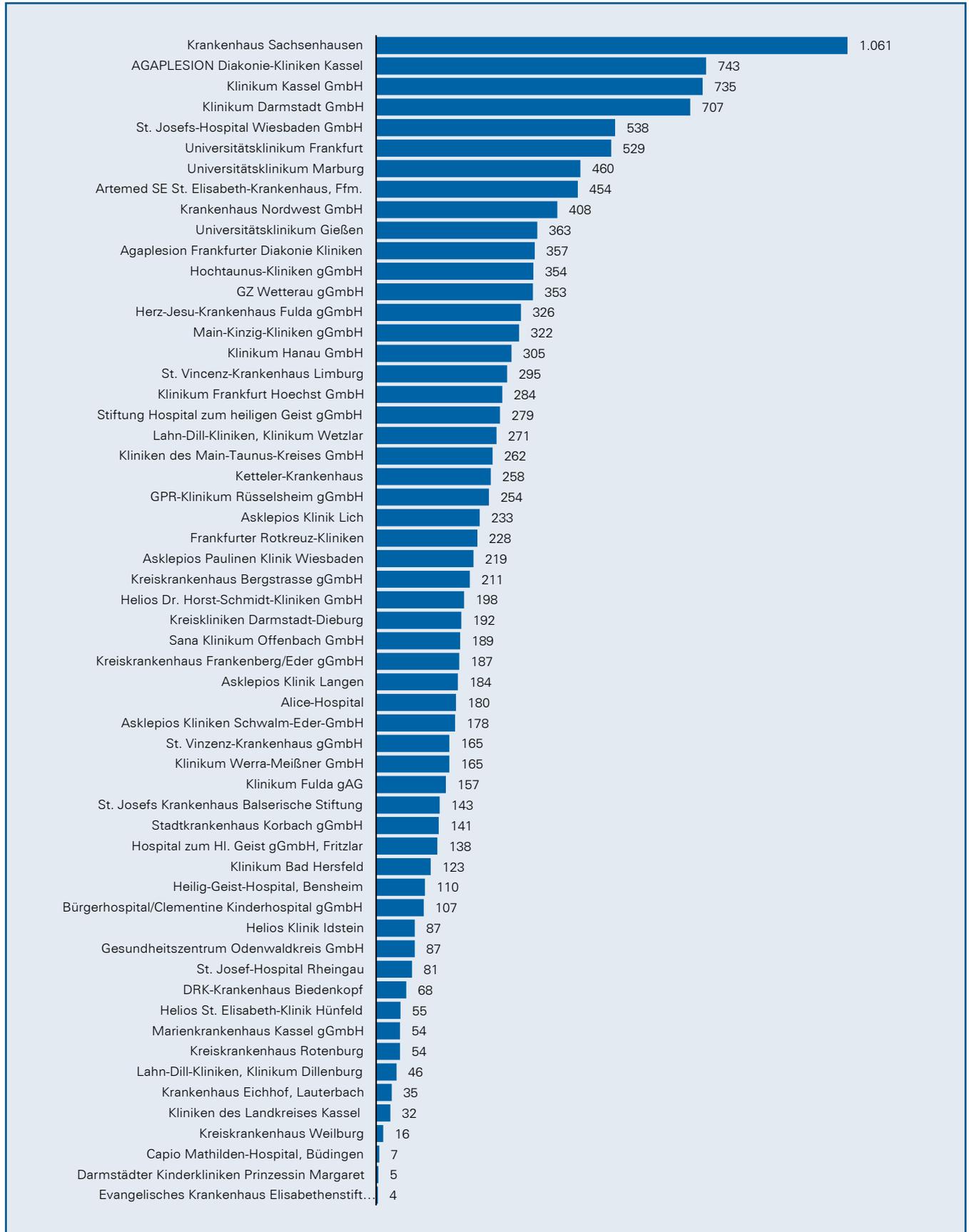


Abb. 3.8.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
51906*	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18 O / E	1,03 1.073 / 1.042 / 129.838 0,83 %	0,83 70 / 84 / 10.697 0,65 %
12874*	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebeentfernung	≤ 5 %	1,15 % 382 / 33.310	0,67 % 19 / 2.857
10211*	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	7,39 % 1.044 / 14.134	7,71 % 88 / 1.142
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 0 %	0,73 % 310 / 42.524	0,53 % 20 / 3.770
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 43,52 %	18,88 % 2.073 / 10.979	13,78 % 143 / 1.038
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 75,4 %	89 % 33.339 / 37.459	90,69 % 2.980 / 3.286
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 6,59 %	3,3 % 3.226 / 97.628	2,77 % 219 / 7.902

Tab. 3.8.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund (* planungsrelevante Indikatoren)

Der Indikator zu Organverletzungen bei Bauchspiegelungen (QI-ID 51906) wird risikoadjustiert. Das bedeutet, dass Begleiterkrankungen, wie Voroperationen im Bauchraum, Endometriose u. ä. bei der Bewertung mitberücksichtigt werden. Hier kam es in Hessen zu 17 % weniger Organverletzungen, als aufgrund der vorliegenden Risiken zu erwarten gewesen wären.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.8.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS GYN-OP dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hatte zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich GYN-OP zu beachten, dass die Indikatoren QI-ID 51906, 12874 und 10211 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen

vom Referenzwert ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (siehe Kapitel 4).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich beim Indikator zur beidseitigen Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahren mit Normalbefund oder benigner Histologie (QI-ID 60685), obwohl die hessischen Ergebnisse im Durchschnitt sehr gut waren (Tab. 3.8.1). Hier wurden alle rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In drei Fällen konnte von der Fachkommission nicht nachvollzogen werden, aus welchen Gründen die relativ jungen Patientinnen ohne zwingenden medizinischen Grund durch die Entfernung beider Eierstöcke in die Wechseljahre versetzt worden waren.

Für keinen der Indikatoren im Bereich der gynäkologischen Operationen wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
51906*	69	1	-	-	-	-
12874*	58	0	-	-	-	-
10211*	56	6	-	-	-	-
60685*	63	14	3	11	-	-
60686*	57	2	-	-	-	-
612*	63	6	1	-	-	-
52283*	70	11	-	1	-	-
Summe		40	4	12	-	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.8.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.8.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (Kennzahlen 850100 und 850225) und auch plausibel und vollständig (Kennzahlen 850231, 851911 und 851912) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (Tab. 3.8.4).

Beim Auffälligkeitskriterium 851911 wird geprüft, ob angegeben wurde, dass beide Eierstöcke entfernt wurden und gleichzeitig nach der Operation noch ein Eierstock vorhanden sei. Da dies bei maximal zwei überhaupt vorhandenen Eierstöcken nicht sein kann, handelte es sich dementsprechend in jedem Fall um fehlerhafte Dokumentationen. Mittlerweile wurde auch auf Bundesebene erkannt, dass dieser Dokumentationsfehler nicht erst im Rahmen der statistischen Basisprüfung aufzudecken ist, sondern bereits bei der Dateneingabe mittels einer Plausibilitätsprüfung abgefangen werden kann. Dies ist ab dem Erfassungsjahr 2023 umgesetzt.

Beim Auffälligkeitskriterium 851912 wird geprüft, ob intraoperative Komplikationen zwar für Abrechnungszwecke kodiert wurden, nicht aber in der QS-Dokumentation erfasst wurden, oder umgekehrt. Hier zeigte sich trotz rechnerischer Auffälligkeit in gut der Hälfte der Fälle eine korrekte Dokumentation.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 6,88 %	1,29 % 183 / 14.134	1,05 % 12 / 1.142
851911	Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-) Ovariectomie	≤ 6,69 %	2,91 % 688 / 23.633	2,32 % 41 / 1.770
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0,002 % 286 / 177.367	0,002 % 23 / 13.956
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,58 % 177.745 / 176.722	100,01 % 13.957 / 13.956
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,21 % 378 / 176.722	x %* ≤ 3* / 13.956

Tab. 3.8.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850231	56	-	-	-
851911	53	5	5	-
851912	71	7	3	4
850100	66	-	-	-
850225	1	-	-	-
Summe		12	8	4

Tab. 3.8.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.9 QS DEK

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr M. Becker	Gesundheitszentrum Wetterau	Krankenhäuser
Frau V. Gualdi	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. S. Halbig	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau C. Haupt	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr H. Hautzel	St. Vincenz Krankenhaus Limburg	Krankenhäuser
Herr PD Dr. M. H.-D. Pfisterer	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau B. Steindecker	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau F. Winkler	Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	06.07.2022
2	13.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau V. Weck

Einleitung

Das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe berücksichtigt alle Patient*innen ab 20 Jahre in allen Fachabteilungen aller Krankenhäuser. Die Vollständigkeit der gelieferten Datensätze liegt wie in den Vorjahren stabil bei annähernd 100 %. Insgesamt konnte bei den vorliegenden Dekubitalulcera eine Range zwischen 5 und 807 gemeldeten Fällen beobachtet werden (Abb. 3.9.1 und 3.9.2).

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

In der Tabelle 3.9.1 sind die Ergebnisse im Verfahren Dekubitusprophylaxe dargestellt. Auf Bundesebene werden für zwei der berechneten Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Im O/E-Indikator 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ lag die berechnete Rate in Hessen bei 0,94 und somit signifikant unter dem Bundeswert von 1,05. Die hessischen Kliniken konnten also im Vergleich mit dem Bund im Erfassungsjahr 2021 ein besseres Ergebnis in Bezug auf die erworbene Rate an Dekubitalulcera erreichen.

Die Zahl der Sentinel Events im Qualitätsindikator 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ lag in Hessen bei 39 gemeldeten Fällen. Mit einem Ergebnis von 0,0036 % konnte in diesem Indikator ebenfalls ein besseres Ergebnis als auf Bundesebene mit 0,0046 % erreicht werden.

Aufgrund des Richtlinienwechsels von der QSKH-RL zur DeQS-RL ist ein Vergleich zu den Vorjahren nicht darstellbar.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,28 O / E	1,05 60.553 / 57.670 / 15.070.673 0,4 %	0,94 3.838 / 4.062 / 1.094.743 0,35 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0046 % 688 / 15.070.673	0,0036 % 39 / 1.094.743

Tab. 3.9.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Fallzahlverteilung 2021 (Kliniken mit Fallzahl ≥ 120)

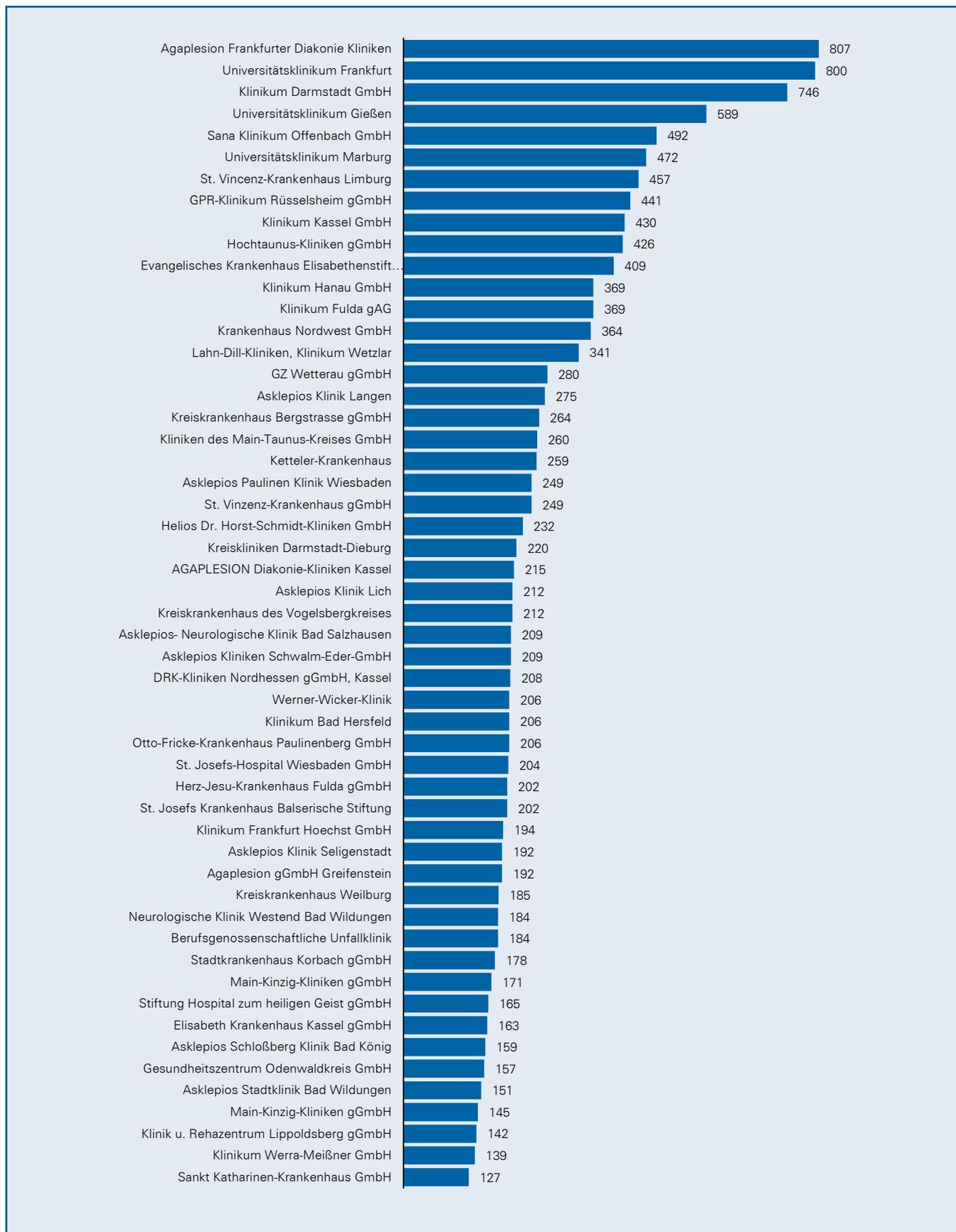


Abb. 3.9.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahme datum 01.01. - 31.12.2021)

Fallzahlverteilung 2021 (Kliniken mit Fallzahl ≥ 4 und < 120)

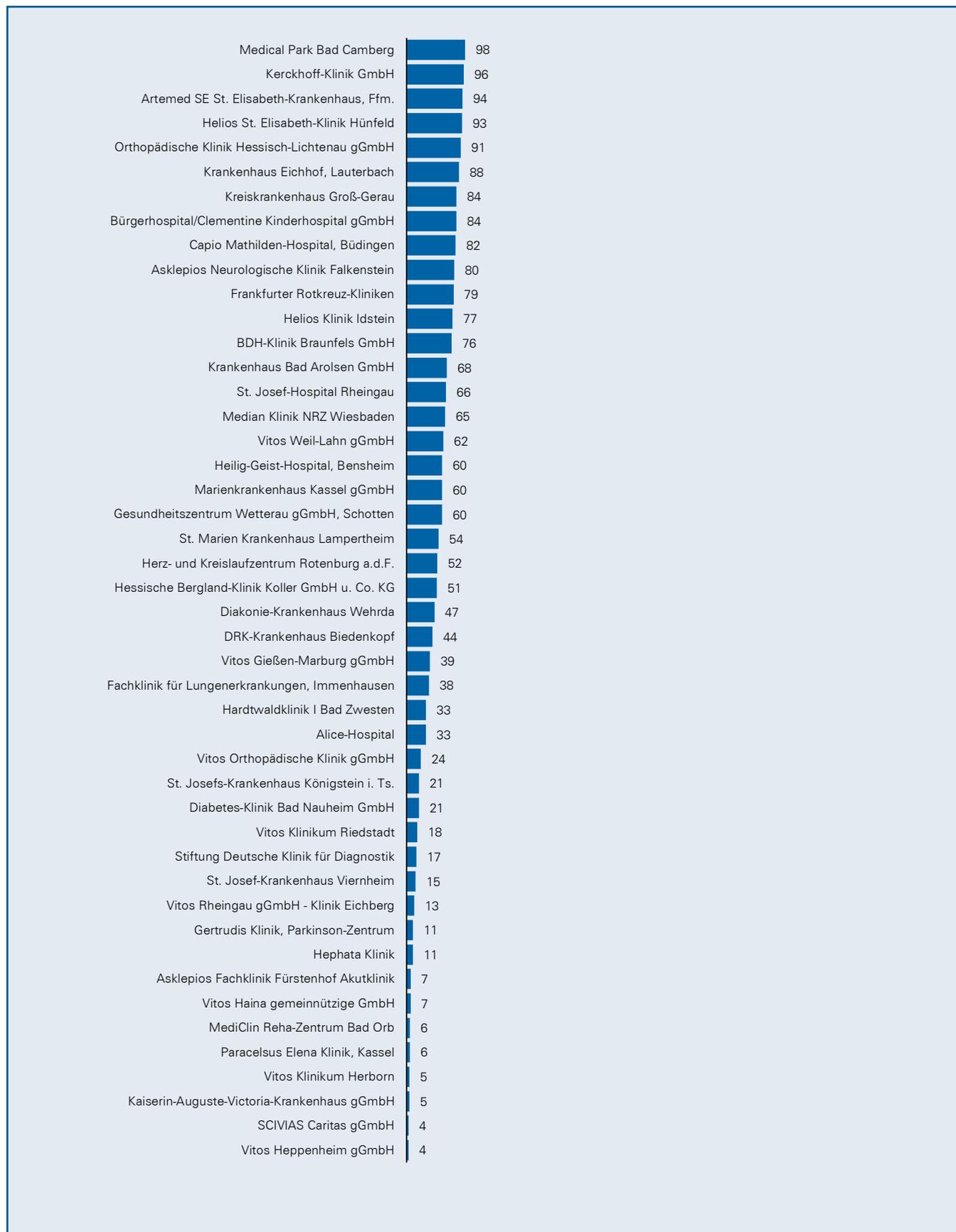


Abb. 3.9.2 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)

Stellungnahmeverfahren

QI-ID 52009

Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

In fünf hessischen Kliniken lag im Erfassungsjahr 2021 eine rechnerische Auffälligkeit vor. Diese Standorte wurden zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Alle Kliniken konnten durch die Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet werden. In drei der betreffenden Kliniken konnte als Ursache für die rechnerische Auffälligkeit eine nicht ausreichende Erfassung der Risikofaktoren für das Gesamtkollektiv der Patient*innen identifiziert werden. Bei umfassender Dokumentation hätte durch die korrekte Abbildung der klinischen Realität ein höherer E-Wert als Berechnungsgrundlage zur Verfügung gestanden, der die rechnerische Auffälligkeit in den vorliegenden Fällen letztlich verhindert hätte.

Bei einer hessischen Klinik besteht seit dem Erfassungsjahr 2017 durchgängig eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Indikator. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurden zunächst schriftliche Stellungnahmeverfahren und später auch zwei Kollegiale Gespräche mit der Klinik und dem Fachausschuss geführt, bei denen gemeinsame Zielvereinbarungen zu eruiertem Verbesserungspotential getroffen wurden. Aufgrund mangelnder Umsetzung der Maßnahmen und weiterhin bestehender Auffälligkeit wurde im Lenkungsausschuss der GOH im Jahr 2021 die Entanonymisierung der Klinik beschlossen. Im Jahr 2022 fanden zwei Klinikvisitationen mit Teilnehmenden der Fachkommission, des Lenkungsgremiums der LAGOH und des HMSI statt, die den Umsetzungsfortschritt

der Verbesserungsmaßnahmen aus den beschlossenen Zielvereinbarungen engmaschig begleiten und den Durchdringungsgrad im klinischen Alltag prüfen sollten. Aktuell ist der Prozess noch nicht vollumfänglich abgeschlossen.

QI-ID 52010

Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Insgesamt wurden 39 Sentinel Events in 22 Kliniken im Erfassungsjahr 2021 dokumentiert. Die betreffenden Kliniken wurden um schriftliche Stellungnahme zu den Einzelfällen gebeten. Diese erfolgten mit Hilfe des bereits in den vergangenen Jahren etablierten standardisierten Fragebogens. Nach Sichtung der Stellungnahmen durch die Fachkommission konnten vier der Kliniken als qualitativ unauffällig bewertet werden. Die Ursachen lagen hier durchgängig in schicksalhaften Krankheitsverläufen und der Schwere der Fälle begründet. In allen Fällen konnte von Klinikseite nachvollziehbar dargelegt werden, dass alle Möglichkeiten zur Intervention ausgeschöpft wurden.

In zehn Kliniken lag eine Fehldokumentation der rechnerischen Auffälligkeit zugrunde. Hier war der Dekubitus entweder bereits bei der Aufnahme vorhanden oder die vorliegende Wundart wurde fälschlicherweise als Dekubitus der Kategorie 4 kodiert.

Insgesamt acht Klinikstandorte mussten von der Fachkommission auf Grundlage der vorliegenden Stellungnahmen als qualitativ auffällig bewertet werden, da nachweislich Mängel in Prozess- und/oder Strukturqualität vorlagen.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
52009*	156	5	-	5	-	-
52010*	156	22	8	4	10	-
Summe		27	8	9	10	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.9.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Alle Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien im Verfahren sind in der Tabelle 3.9.3 dargestellt. Die erreichten Ergebnisse in Hessen liegen in allen berechneten Kennzahlen auf einem ähnlichen Niveau wie die Bundesergebnisse. Eine Übersicht über die Ergebnisse und Bewertungen im Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien ist der Tabelle 3.9.4 zu entnehmen.

Fünf Kliniken wurden aufgrund der bestehenden rechnerischen Auffälligkeiten um eine schriftliche Stellung-

nahme im AK 850359 „Häufige Angabe „POA – unbekannt in Folge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ gebeten.

In allen Häusern musste die fehlerhafte Dokumentation aufgrund vorliegender Prozessmängel in der Aufnahmedokumentation bestätigt werden. Alle betroffenen Kliniken haben im Rahmen der Bearbeitung der Stellungnahmen eigeninitiativ bereits intern Verbesserungsmaßnahmen zu den betreffenden Prozessen eingeleitet.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 3,25 %	0,72 % 1.800 / 248.546	0,8 % 135 / 16.967
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20 %	-3,58 % -8.897 / 248.546	-6,18 % -1.049 / 16.967
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,45 % 248.565 / 247.445	100,16 % 16.968 / 16.941
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,01 % 19 / 247.445	x %* ≤ 3* / 16.941
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95 %	98,16 % 15.083.642 / 15.365.631	100,38 % 1.094.743 / 1.090.571
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110 %	98,16 % 15.083.642 / 15.365.631	100,38 % 1.094.743 / 1.090.571

Tab. 3.9.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
ID	Standorte mit Datenlieferung	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850096	114	-	-	-
850230	1	-	-	-
851806	113	1	-	-
851808	113	2	-	1
850359	132	5	5	-
851805	132	1	-	-
Summe		9	5	1

Tab. 3.9.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.10 QS HSMDEF

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. T. Cherdron	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
1	19.07.2022
2	04.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau M. Kohlenberg

Einleitung

Das QS-Verfahren „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“ (QS HSMDEF) widmet sich der Bewertung der Versorgungsqualität von Patient*innen mit Herzrhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz, denen entsprechende Devices implantiert werden. Dabei wird neben der Frage, ob die Indikation zur Implantation entsprechend der aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien gestellt wurde, auch geprüft, ob bei den Eingriffen Standards zum Strahlenschutz und zur Funktionsprüfung der Implantate eingehalten wurden. Ebenso werden Komplikationen bis hin zur Sterblichkeit bei diesen Fällen betrachtet.

Im Jahr 2021 wurden in Hessen von 59 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 5.109 Fälle (Fall-Range: 5 – 470) mit Herzschrittmacherimplantationen und von 40 Krankenhäusern insgesamt 1.524 Fälle (Fall-Range: 4 – 173) mit Implantation eines Defibrillators erfasst (Abb. 3.10.1.1 und 3.10.2.1).

3.10.1 Herzschrittmacherversorgung

Fallzahlverteilung 2021 - Herschrittmacher-Implantationen

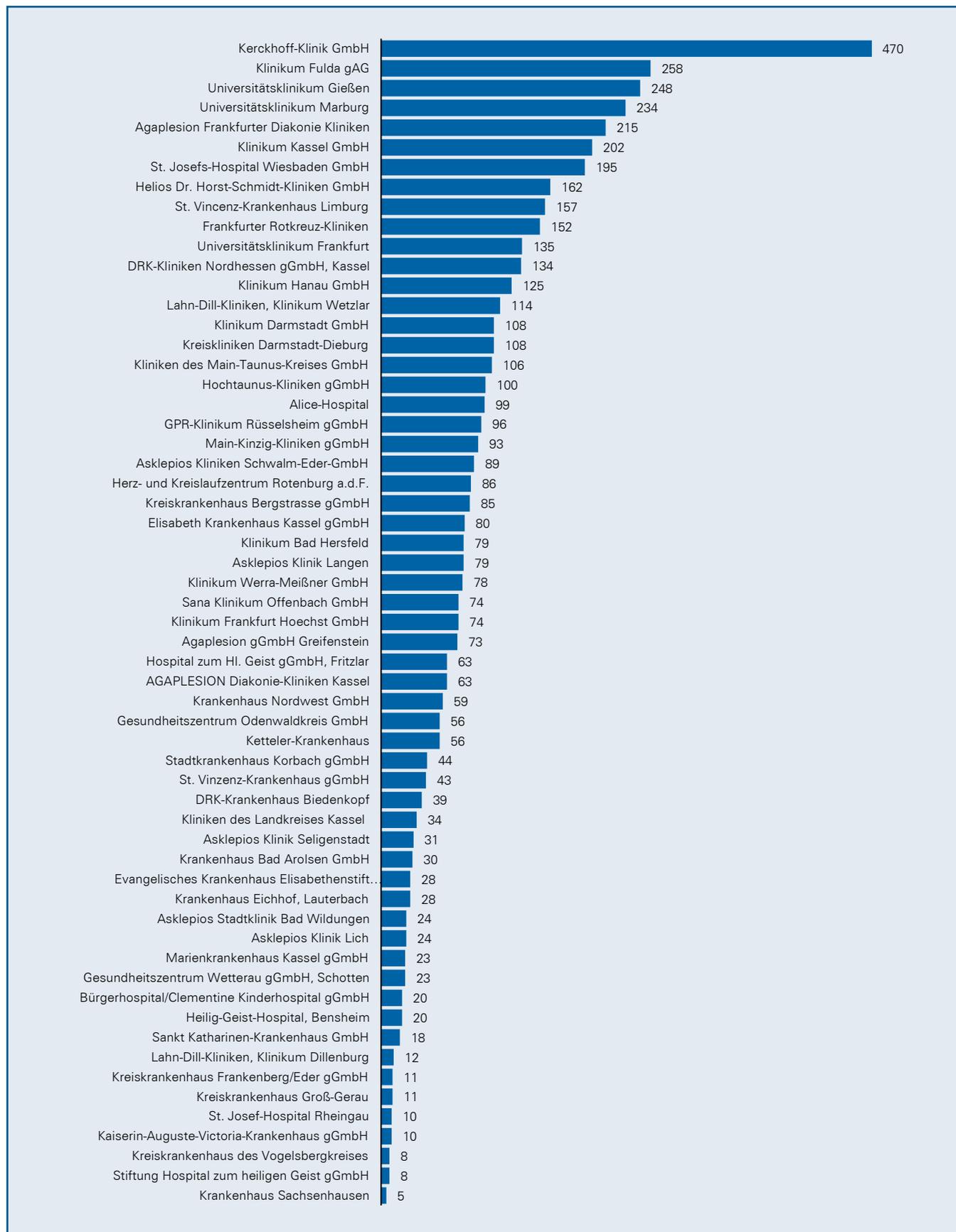


Abb. 3.10.1.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
HSM-IMPL	101803	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90 %	96,4 % 70.024 / 72.637	96,9 % 4.845 / 5.000
	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90 %	99,54 % 66.575 / 66.880	99,46 % 4.631 / 4.656
	54143	Systeme 3. Wahl	n. d.	2,02 % 1.352 / 66.880	1,48 % 69 / 4.656
	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln	≥ 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 %
	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	95,38 % 255.406 / 267.782	95,55 % 17.856 / 18.687
	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,6 %	0,96 % 705 / 73.293	0,97 % 49 / 5.045
	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3 %	1,42 % 1.041 / 73.293	1,33 % 67 / 5.045
	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 3,98 O / E	0,96 1.106 / 1.153 / 73.293 1,51 %	0,92 83 / 90 / 5.045 1,65 %
	102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	n. d.	96,83 % 2.136 / 2.206	97,18 % 138 / 142
HSM-AGGW	52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95 %	98,64 % 65.200 / 66.102	98,72 % 4.237 / 4.292
	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,3 %	0,17 % 26 / 15.218	0,51 % 5 / 982
HSM-REV	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,1 %	0,75 % 71 / 9.407	0,6 % 4 / 669
	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3 %	0,91 % 59 / 6.498	1,23 % 6 / 488
	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,04 O / E	1,19 192 / 162 / 9.407 2,04 %	1,04 12 / 12 / 669 1,79 %

Tab. 3.10.1.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse der Schrittmachereingriffe (Tab. 3.10.1.1) zeigen sich in Hessen insgesamt sehr gute Ergebnisse. Bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer und zum Dosis-Flächenprodukt (QI-ID 52139 und 101800) sind die Ergebnisse im Vergleich zu den Bundeswerten signifikant besser. Auch bei den beiden Indikatoren zur Sterblichkeit (QI-ID 51191 und 51404) zeigen sich in Hessen bessere Ergebnisse als im Bundesdurchschnitt, wenn auch nicht signifikant. Bei den Indikatoren zu eingriffsbezogenen Komplikationen sind die Ergebnisse teilweise im Vergleich zum Bundesergebnis rechnerisch etwas schlechter, dies aber auf einem jeweils dennoch sehr guten Niveau (QI-ID 101801, 111801 und 52315).

Stellungnahmeverfahren

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

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich beim Indikator zu Sondenproblemen bei Schrittmacherimplantationen (QI-ID 52311). Hier wurden, wie auch beim entsprechenden Indikator bei den Schrittmacher-Revisionen (QI-ID 52315) die Krankenhausstandorte, bei denen diese Abweichung statistisch signifikant war, um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Diese mussten dann auch in der überwiegenden Mehrzahl als qualitativ auffällig bewertet werden.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
HSM-IMPL	101803*	64	-	-	-	-	-
	54140*	64	1	-	-	1	-
	52139*	64	7	3	-	1	-
	101800*	64	4	1	-	-	-
	52305*	64	1	-	1	-	-
	101801*	64	9	-	-	-	-
	52311*	64	10	5	1	-	-
	51191*	64	6	-	1	-	-
HSM-AGGW	52307*	61	6	-	-	-	-
	111801*	60	2	-	-	-	-
HSM-REV	121800*	52	1	-	-	-	-
	52315*	49	4	2	-	-	-
	51404*	52	1	-	1	-	-
	Summe		52	11	4	2	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
HSM-IMPL	813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	≤ 3,13 %	0,73 % 532 / 73.293	1,01 % 51 / 5.045
	813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,24 %	0,9 % 656 / 73.293	0,89 % 45 / 5.045
	851901	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	≤ 2 %	0,2 % 142 / 72.800	0,16 % 8 / 5.025
	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,5 % 63.332 / 63.651	99,65 % 4.310 / 4.325
	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,06 % 73.353 / 73.309	100,12 % 5.045 / 5.039
	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,08 % 60 / 73.309	0 % 0 / 5.039
HSM-AGGW	813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,35 % 13.373 / 13.326	100,6 % 845 / 840
	850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,75 % 15.223 / 15.109	100,92 % 982 / 973
	850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,03 % 5 / 15.109	0 % 0 / 973
HSM-REV	850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 10,57 %	2,89 % 171 / 5.916	3,5 % 15 / 428
	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,72 % 8.248 / 8.271	99,66 % 580 / 582
	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,42 % 9.431 / 9.392	100 % 671 / 671
	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,26 % 24 / 9.392	x %* ≤ 3* / 671

Tab. 3.10.1.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

* Datenschutz

Für den Qualitätsindikator (QI-ID 52311) wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Insbesondere wurde in Volume-Outcome-Analysen aus den Daten mehrerer Jahre ein „deutlicher signifikanter Zusammenhang zwischen der Fallzahl je Krankenhausstandort und der Rate an Sondenkomplikationen“ festgestellt¹. Auch in Hessen haben in diesem Indikator auffällige Kliniken eher niedrige Fallzahlen.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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, 851901 und 850339) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet, die in allen Fällen Fehldokumentationen zeigten (siehe Tab. 3.10.1.4).

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

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
	ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
HSM-IMPL	813070	64	1	1	-
	813071	64	1	1	-
	851901	64	-	-	-
	813072	62	1	1	-
	850098	62	-	-	-
	850217	-	-	-	-
HSM-AGGW	813073	59	-	-	-
	850165	59	-	-	-
	850218	-	-	-	-
HSM-REV	850339	48	1	1	-
	813074	50	-	-	-
	850167	52	-	-	-
	850219	2	1	1	-
	Summe		5	5	-

Tab. 3.10.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

¹ https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2022_2022-10-28.pdf

3.10.2 Implantierbare Defibrillatoren

Fallzahlverteilung 2021 - Defibrillatoren-Implantationen

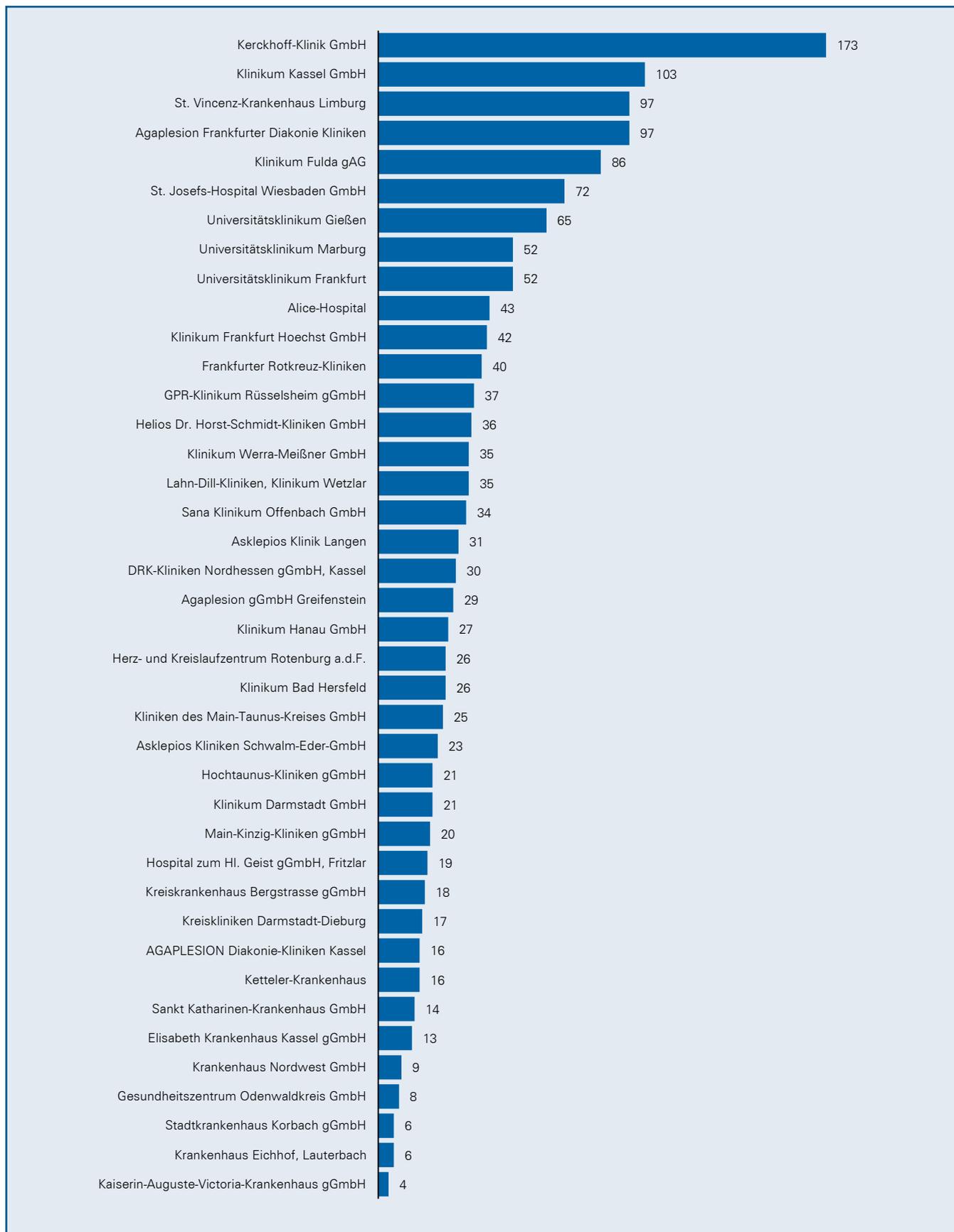


Abb. 3.10.2.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
DEFI-IMPL	50055	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90 %	91,97 % 18.434 / 20.044	91,42 % 1.386 / 1.516
	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90 %	97,7 % 19.563 / 20.023	97,75 % 1.479 / 1.513
	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60 %	91,55 % 26.694 / 29.159	93,52 % 2.051 / 2.193
	131801	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 2,53 O / E	0,83 1.601 / 1.924 / 18.735 8,55 %	0,62 92 / 148 / 1.443 6,38 %
	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	96,26 % 63.671 / 66.145	96,61 % 5.076 / 5.254
	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,5 %	0,86 % 172 / 20.044	0,99 % 15 / 1.516
	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3 %	0,77 % 145 / 18.780	0,97 % 14 / 1.446
	51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 6,01 O / E	0,97 119 / 123 / 20.044 0,59 %	0,98 10 / 10 / 1.516 0,66 %
	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	n. d.	96,33 % 6.724 / 6.980	95,48 % 528 / 553
DEFI-AGGW	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95 %	98,92 % 56.357 / 56.974	99,05 % 4.483 / 4.526
	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,8 %	0,26 % 27 / 10.400	x %* ≤ 3* / 750
DEFI-REV	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,9 %	1,41 % 102 / 7.256	1,01 % 6 / 595
	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3 %	0,66 % 36 / 5.426	x %* ≤ 3* / 440
	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,79 O / E	1,06 159 / 150 / 7.256 2,19 %	1,51 17 / 11 / 595 2,86 %

Tab. 3.10..2.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

* Datenschutz

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse der Defibrillatoreingriffe (Tab. 3.10.2.1) stellt sich in Hessen ein ähnliches Bild wie bei den Schrittmachereingriffen dar:

Auch hier zeigen sich bei den Qualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer und zum Dosis-Flächenprodukt (QI-ID 52131 und 131801) im Vergleich zu den Bundeswerten signifikant bessere Ergebnisse.

Bei den Indikatoren zu eingriffsbezogenen Komplikationen sind die Ergebnisse teilweise im Vergleich zum Bundesergebnis rechnerisch etwas schlechter, dies aber auf einem jeweils dennoch sehr guten Niveau (QI-ID 131802, 52325 und 141800). Bei den Revisionseingriffen zeigen sich bei diesen Indikatoren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas bessere Ergebnisse (QI-ID 151800 und 52324).

Stellungnahmeverfahren

Die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren in den drei Modulen der Defibrillatoreingriffe sind in Tabelle 3.10.2.2 dargestellt. Analog zu den Schrittmachereingriffen wurde auch hier nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Bei den durchgeführten Verfahren zum Indikator zur Indikationsstellung (QI-ID 50055) zeigten sich keine medizinisch-qualitativen Auffälligkeiten, eher fanden sich Probleme bei den Anforderungen der komplexen Dokumentation.

Die meisten qualitativen Auffälligkeiten fanden sich bei den beiden Indikatoren, die hessenweit deutlich bessere Ergebnisse als im Bundesschnitt zeigten, QI-ID 52131 (Eingriffsdauer) und 131801 (Dosis-Flächenprodukt). Hier zeigten sich teilweise Probleme mit mangelnder Routine bei neu angelerntem Personal.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			
	ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Maßnahmen Stufe 1
DEFI-IMPL	50055*	49	7	-	2	1	-
	50005*	49	-	-	-	-	-
	52131*	50	5	3	-	-	-
	131801*	49	4	2	-	-	-
	52316*	49	2	-	-	-	-
	131802*	49	7	-	-	-	-
	52325*	49	5	-	-	-	-
	51186*	49	4	1	-	-	-
DEFI-AGGW	52321*	49	3	-	-	-	-
	141800*	48	2	-	-	-	-
DEFI-REV	151800*	40	1	-	-	-	-
	52324*	36	-	-	-	-	-
	51196*	40	2	-	-	-	-
	Summe		42	6	2	1	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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

plausibel und vollständig (IDs 850313, 851903 und 851904) erfasst wurden. Hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) und abgesehen von Einzelfällen Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.10.2.4).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
DEFI-IMPL	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	≤ 3,57 %	0,52 % 104 / 20.044	0,92 % 14 / 1.516
	851903	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	≤ 2 %	0,1 % 18 / 18.718	0 % 0 / 1.442
	851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,46 % 17.459 / 17.554	100,08 % 1.302 / 1.301
	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,31 % 20.047 / 19.986	100,07 % 1.516 / 1.515
	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	x %* ≤ 3* / 19.986	0 % 0 / 1.515
DEFI-AGGW	851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,77 % 9.245 / 9.266	100 % 665 / 665
	850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,42 % 10.402 / 10.359	100 % 750 / 750
	850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	x %* ≤ 3* / 10.359	0 % 0 / 750
DEFI-REV	851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 28,44 %	12,1 % 878 / 7.256	12,27 % 73 / 595
	851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,4 % 6.661 / 6.701	100 % 522 / 522
	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,36 % 7.272 / 7.246	100,17 % 595 / 594
	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,22 % 16 / 7.246	0 % 0 / 594

Tab. 3.10.2.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

* Datenschutz

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

				Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
	ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
DEFI-IMPL	850313	49	2	1	-
	851903	49	-	-	-
	851801	49	-	-	-
	850194	49	-	-	-
	850220	-	-	-	-
DEFI-AGGW	851802	46	-	-	-
	850195	48	-	-	-
	850221	-	-	-	-
DEFI-REV	851904	4	1	1	-
	851803	38	-	-	-
	850198	40	-	-	-
	850222	-	-	-	-
	Summe		3	2	-

Tab. 3.10.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.11 QS PM - Perinatalmedizin

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. F. Bahlmann	Bürgerhospital Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. G. Frey	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. F. Louwen	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. M. Manz	Klinikum Darmstadt	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
1	12.07.2022
2	13.09.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
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 außer-

halb der Krankenhäuser, wie z.B. in Geburtshäusern, werden hier nicht betrachtet.

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

Im Jahr 2021 wurden in Hessen von 44 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 56.536 Fälle (Fall-Range: 44 – 4.373) aus der Geburtshilfe und von 32 Krankenhäusern insgesamt 8.043 Fälle (Fall-Range: 1 – 1.068) aus dem Bereich der Neonatologie erfasst (Abb. 3.11.1.1 und 3.11.2.1). Dabei ist zu beachten, dass in bestimmten Situationen neonatologische Fälle auch von geburtshilflichen Kliniken ohne angeschlossene Neonatologie dokumentiert werden müssen.

3.11.1 Geburtshilfe

Fallzahlverteilung (Entlassungsdatum 01.01.-31.12.2021)

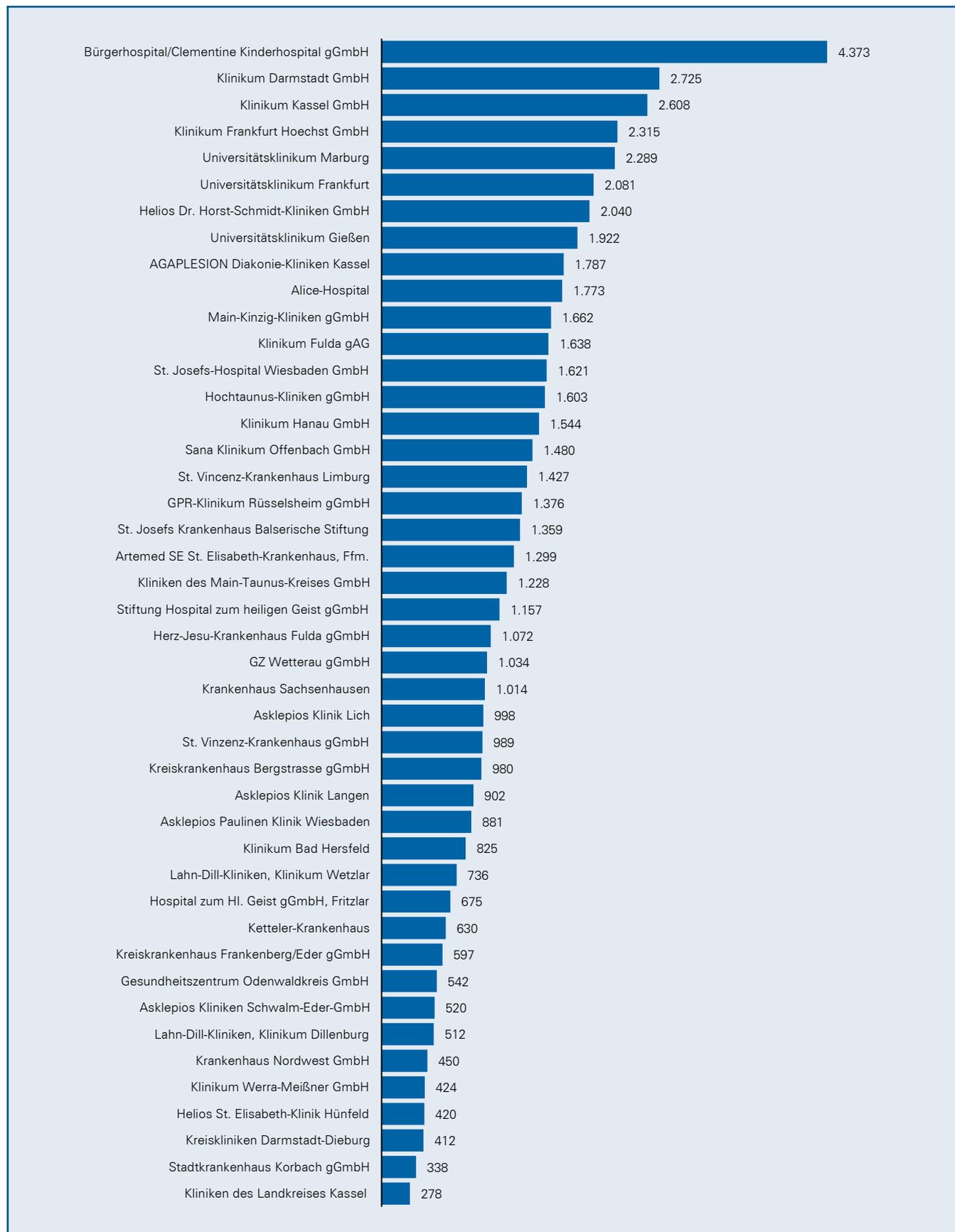


Abb. 3.11.1.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisübersicht der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
330*	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	96,53 % 6.676 / 6.916	98,55 % 545 / 553
50045*	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	98,93 % 237.992 / 240.578	99,44 % 18.312 / 18.415
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,24 O / E	1,02 238.770 / 235.205 / 752.325 31,74 %	1,05 18.251 / 17.355 / 55.611 32,82 %
1058*	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	≤ 0 %	0,22 % 22 / 10.190	x %** ≤ 3** / 862
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 3,94 O / E	1,03 310 / 300 / 41.693 0,74 %	0,97 19 / 20 / 3.016 0,63 %
318*	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	97,17 % 22.424 / 23.076	97,47 % 1.692 / 1.736
51803*	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32 O / E	1,01 5.023 / 4.973 / 705.663 0,71 %	0,97 351 / 364 / 52.276 0,67 %
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	≤ 2,96 O / E	0,81 534 / 660 / 513.155 0,1 %	0,79 38 / 48 / 37.339 0,1 %
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	n. d.	0,01 % 41 / 757.644	0,01 % 8 / 56.061
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	0,21 % 161 / 76.053	0,36 % 6 / 1.665
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	2,68 % 2.383 / 88.841	2,26 % 85 / 3.757
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	8,75 % 22.310 / 255.027	8,72 % 2.182 / 25.031

Tab. 3.11.1.1 Darstellung der Ergebnisse Hessen vs. Bund - Erfassungsjahr 2021

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe (Tab. 3.11.1.1) zeigen in Hessen insgesamt gute Ergebnisse. Dabei sind die Ergebnisse bei den Prozessindikatoren zur Durchführung der Lungenreifinduktion (QI-ID 330) und der Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburten (QI-ID 50045) signifikant besser

als im Bundesdurchschnitt. Auch bei den Ergebnisindikatoren zum kindlichen Outcome (QI-ID 51831 und 51803) zeigt sich ein besseres Ergebnis in Hessen als im Bund, wenn auch nicht statistisch signifikant.

Dahingegen ist das Ergebnis bei der risikoadjustierten

* planungsrelevante Qualitätsindikatoren
** Datenschutz

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
330*	15	2	-	-	-	-
50045*	44	0	-	-	-	-
52249*	46	2	1	-	-	-
1058*	44	1	-	-	-	-
51831*	44	2	1	-	-	-
318*	28	8	2	2	-	1
51803*	46	2	1	-	-	1
181800*	46	1	-	1	-	-
Summe		18	5	3	-	2

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahren

Sectorate (QI-ID 52249) in Hessen signifikant höher (=schlechter) als im Bundesdurchschnitt.

Ohne Referenzwert sind die Kennzahlen zur Müttersterblichkeit (QI-ID 331) und erstmalig auch zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (QI-ID 182010, 182011 und 182014) ausgewiesen: Die Müttersterblichkeit war mit acht Fällen im Erfassungsjahr 2021 außergewöhnlich hoch (Vorjahre jeweils ein bis zwei Fälle). Auffällig ist des Weiteren, dass fast 9 % der Kinder, die in Geburtskliniken (also Kliniken ohne (kooperierende) Kinderklinik) zur Welt kamen, dort gemäß der in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) festgelegten Zuweisungskriterien nicht hätten geboren werden dürfen (QI-ID 182014).

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-GEBH dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hatte zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich PM-GEBH zu beachten, dass die Indikatoren 330,

50045, 1058, 318 und 51803 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen vom Referenzwert ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (Kapitel 4).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich beim planungsrelevanten Indikator zur Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten (QI-ID 318). Für diesen Indikator wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Hier wurden alle auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten, sofern das Stellungnahmeverfahren nicht vom IQTIG durchgeführt wurde. Es zeigten sich dabei in der Hälfte der angefragten Kliniken prozessuale Schwierigkeiten bei der Einhaltung der geforderten Zuweisungs- bzw. Weiterverlegungskriterien nach QFR-RL. Mit einer Klinik wurde – wegen fortbestehender Auffälligkeiten in diesem Indikator – ein Kollegiales Gespräch durchgeführt. Hierbei wurde auch die neu eingeführte Kennzahl 182014 zu Kindern, die nicht in einer reinen Geburtsklinik hätten zur Welt kommen dürfen, berücksichtigt. Ein weiteres Kollegiales Gespräch fand zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (QI-ID 51803) statt.

Zu den acht Müttersterbefällen in sechs Kliniken wurden (auf freiwilliger Basis) Stellungnahmen erbeten.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,004 40 / 10.190	x %* ≤ 3* / 862
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,78 %	0,82 % 5.771 / 704.553	0,64 % 335 / 52.215
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,19 % 758.016 / 756.572	100,23 % 56.049 / 55.919
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,05 % 372 / 756.572	0,03 % 18 / 55.919

Tab. 3.11.1.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850318	44	2	-	1
850224	46	1	1	-
850082	44	-	-	-
850226	5	-	-	-
Summe		3	1	1

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Bei den Rückmeldungen aus fünf Kliniken zeigte sich, dass es sich in zwei Fällen wohl um rein geburtshilfliche Komplikationen handelte, in den anderen Fällen bestanden schwerwiegende Begleiterkrankungen, teilweise auch schwere Verläufe von COVID-Fällen.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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).

Eine fehlerhafte Dokumentation war Ursache für die Auffälligkeit im AK 850224, bei dem geprüft wird, ob zu häufig die zur Berechnung von zwei Qualitätsindikatoren (51831 und 51803) notwendigen Angaben zur Zustandsdiagnostik des Neugeborenen fehlen. Hier hatte eine Klinik in relevanter Zahl keine Angaben zum 5-Minuten-Apgar oder zur Blutgas-Analyse aus der Nabelschnurarterie gemacht.

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

* Datenschutz

3.11.2 Neonatologie

Fallzahlverteilung 2021

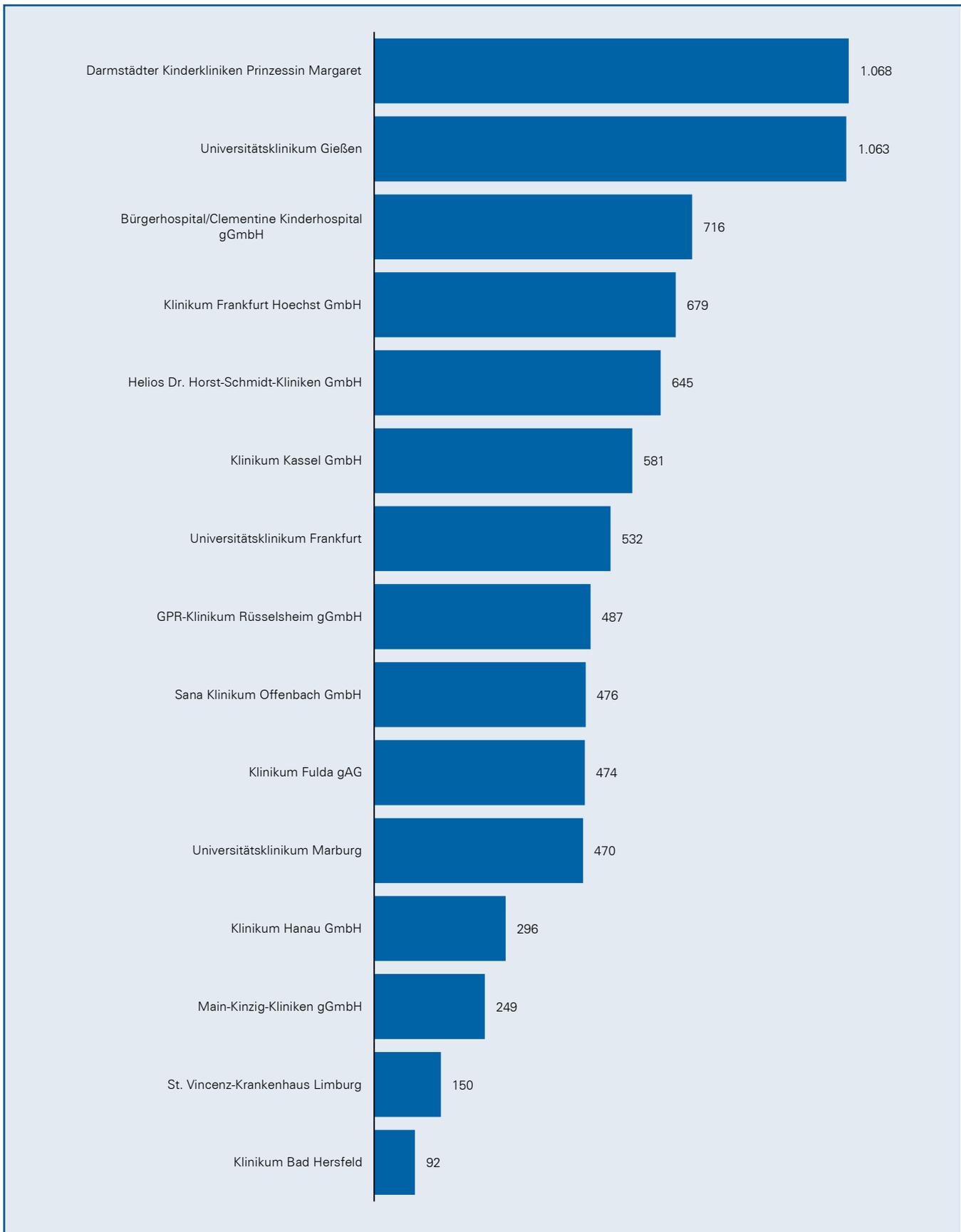


Abb. 3.11.2.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 0 %	0,2 % 170 / 86.311	0,13 % 9 / 6.720
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 2,29 O / E	1,04 923 / 890 / 9.206 10,03 %	0,95 59 / 62 / 594 9,93 %
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,47 O / E	0,93 851 / 912 / 82.882 1,03 %	0,94 59 / 63 / 5.900 1 %
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,31 O / E	0,94 834 / 887 / 32.947 2,53 %	0,68 39 / 57 / 2.102 1,86 %
52262	Zunahme des Kopfumfanges	≤ 21,9 %	10,06 % 1.236 / 12.289	5,86 % 54 / 921
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95 %	98,3 % 91.168 / 92.749	98,44 % 6.989 / 7.100
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,55 O / E	0,86 357 / 417 / 9.150 3,9 %	0,61 17 / 28 / 592 2,87 %
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,04 O / E	0,94 2.806 / 2.970 / 86.634 3,24 %	0,9 205 / 227 / 6.686 3,07 %

Tab. 3.11.2.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in der Neonatologie (Tab. 3.11.2.1) zeigen in Hessen sehr gute Ergebnisse. Dabei ist das Ergebnis bei dem Indikator zur adäquaten Zunahme des Kopfumfanges (QI-ID 52262) signifikant besser als im Bundesdurchschnitt. Alle anderen Ergebnisse sind annähernd gleich oder besser als im Bund, wenn auch nicht immer statistisch signifikant.

Der risikoadjustierte Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (QI-ID 51901) setzt sich rechnerisch zusammen aus einer Reihe von Transparenzkennzahlen (ohne Referenzbereich), die hier nicht aufgeführt sind. Dabei werden Zahlen zur Sterblichkeit sowie zu typischen Komplikationen bei Frühgeborenen erfasst (Hirnblutungen, nekrotisierende Enterokolitis, periventrikuläre Leukomalazie, bronchopulmonale Dysplasie und höhergradige Retinopathie).

Stellungnahmeverfahren

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

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich bei dem Indikator zur Sterblichkeit (QI-ID 51070). Dieser Indikator ist als Sentinel-Event-Indikator ausgewiesen, sodass hier alle auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme zu jedem einzelnen Fall gebeten wurden. Es zeigten sich dabei in keinem Fall qualitative Mängel, sondern es handelte sich um jeweils schicksalhafte Verläufe, die nicht der behandelnden Klinik zuzuschreiben waren.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			
ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Maßnahmen Stufe 1
51070*	29	7	1	7	-	-
51901*	17	1	-	1	-	-
50060*	24	2	-	2	-	-
50062*	16	-	-	-	-	-
52262*	16	-	-	-	-	-
50063*	22	2	2	-	-	-
50069*	16	-	-	-	-	-
50074*	24	-	-	-	-	-
Summe		12	3	10	-	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahren

Beim Prozessindikator zur Durchführung eines Hörtestes (QI-ID 50063) hingegen offenbarten sich bei allen angefragten Kliniken prozessuale Schwierigkeiten, die dazu führten, dass nicht bei allen Kindern diese notwendige Untersuchung bis zur Entlassung durchgeführt wurde.

Kennzahlen ausgenommen werden. Die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesem Auffälligkeitskriterium sollen dem IQTIG dazu dienen, das Verfahren entsprechend anzupassen und weiterzuentwickeln.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

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).

Ein besonderes Augenmerk lag auf dem AK 851813, bei dem geprüft wird, ob „schwere oder letale angeborene Erkrankungen“ angegeben wurden, obwohl sich dazu keine entsprechenden ICD-Diagnosen in den Abrechnungsdaten finden. Dies ist von besonderer Wichtigkeit, da diese Fälle aufgrund der Rechenregeln aus sämtlichen Qualitätsindikatoren und anderen

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 2,52 %	0,88 % 854 / 97.491	0,35 % 26 / 7.365
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,82 %	0,84 % 109 / 12.913	x %* ≤ 3* / 963
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	≤ 0,55 %	0,09 % 27 / 29.734	0 % 0 / 2.203
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0	0,2 805 / 4.119	0,22 65 / 296
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	≤ 80 %	63 % 470 / 746	48,89 % 22 / 45
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	≤ 25 %	45,93 % 1.689 / 3.677	41,77 % 104 / 249
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,8 % 103.211 / 102.394	100,18 % 7.775 / 7.761
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,74 % 761 / 102.394	0,62 % 48 / 7.761

Tab. 3.11.2.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850206	29	1	1	-
850207	16	-	-	-
851800	19	-	-	-
851813	16	12	5	4
851902	11	2	-	2
852001	14	-	-	-
850200	29	-	-	-
850208	6	-	-	-
Summe		15	6	6

Tab. 3.11.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.12 QS HGV - Hüftgelenkversorgung

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	13.07.2022
2	17.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau M. Kohlenberg

Einleitung

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

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

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- Indikationsstellung
- Peri- und postoperative Komplikationen
- Prozessqualität
- Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

Fallzahlen Hessen

Verfahren	Fallzahlen
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	4.004
Hüftendoprothesen:	
- hüftgelenksnahe Femurfrakturen	4.410
- elektive Erstimplantationen	11.896
- Wechseloperationen	1.220

Tab. 3.12.1 Quelle IQTIG

3.12.1 OSFRAK

Fallzahlverteilung 2021

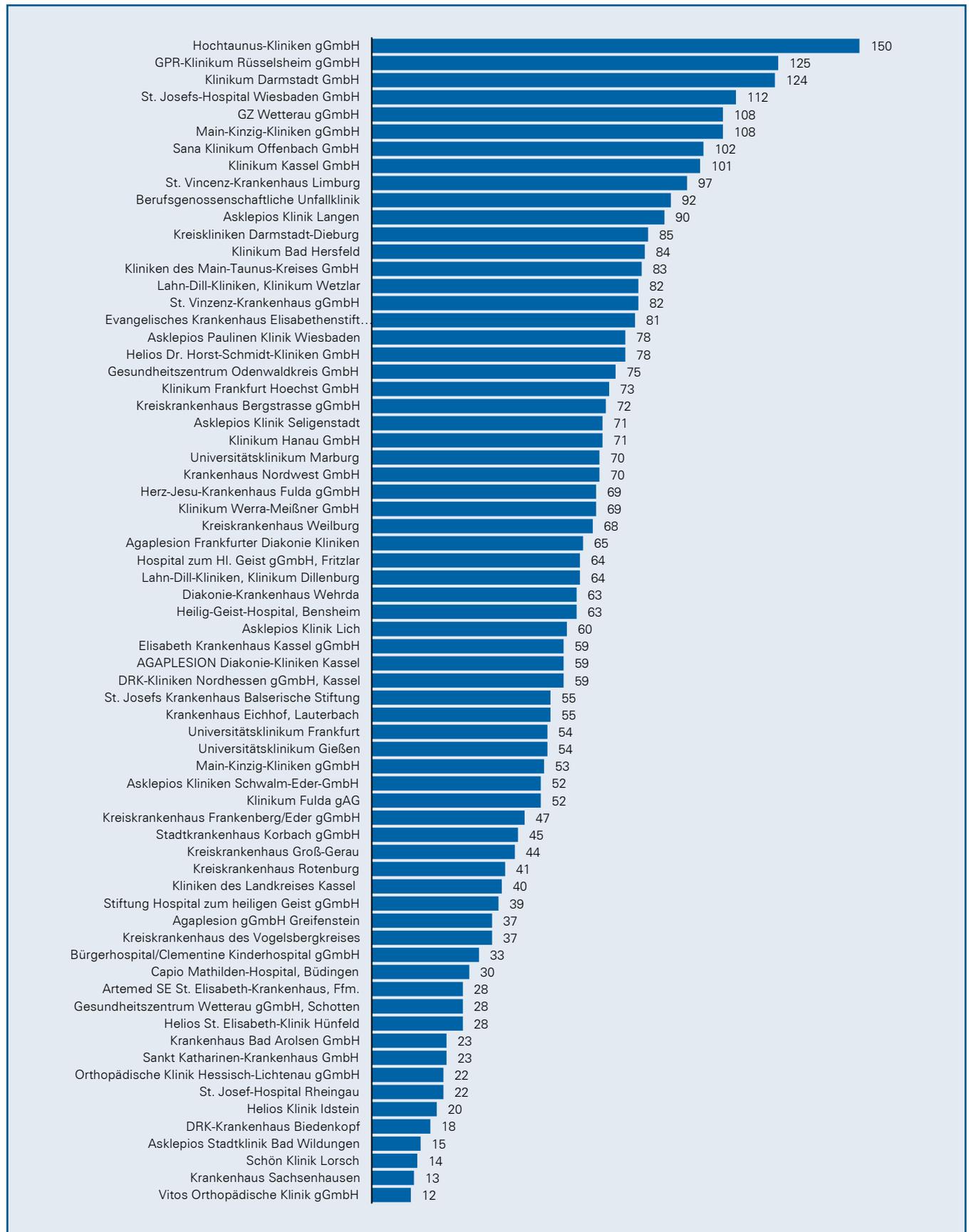


Abb. 3.12.1.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	9,11 % 5.361 / 58.818	8,29 % 331 / 3.993
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90 %	97,54 % 50.035 / 51.296	98,39 % 3.432 / 3.488
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,36 O / E	1,09 8.748 / 8.032 / 45.703 19,14 %	1,02 582 / 572 / 3.137 18,55 %
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 5,88 %	1,85 % 1.091 / 58.921	1,73 % 69 / 3.998
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,46 O / E	1,08 5.813 / 5.374 / 58.921 9,87 %	0,93 338 / 365 / 3.998 8,45 %

Tab. 3.12.1.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

QI-ID 54030 - Präoperative Verweildauer > 24 Stunden bei Osteosynthese nach Femurfraktur Bundesweite Verteilung (Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer)

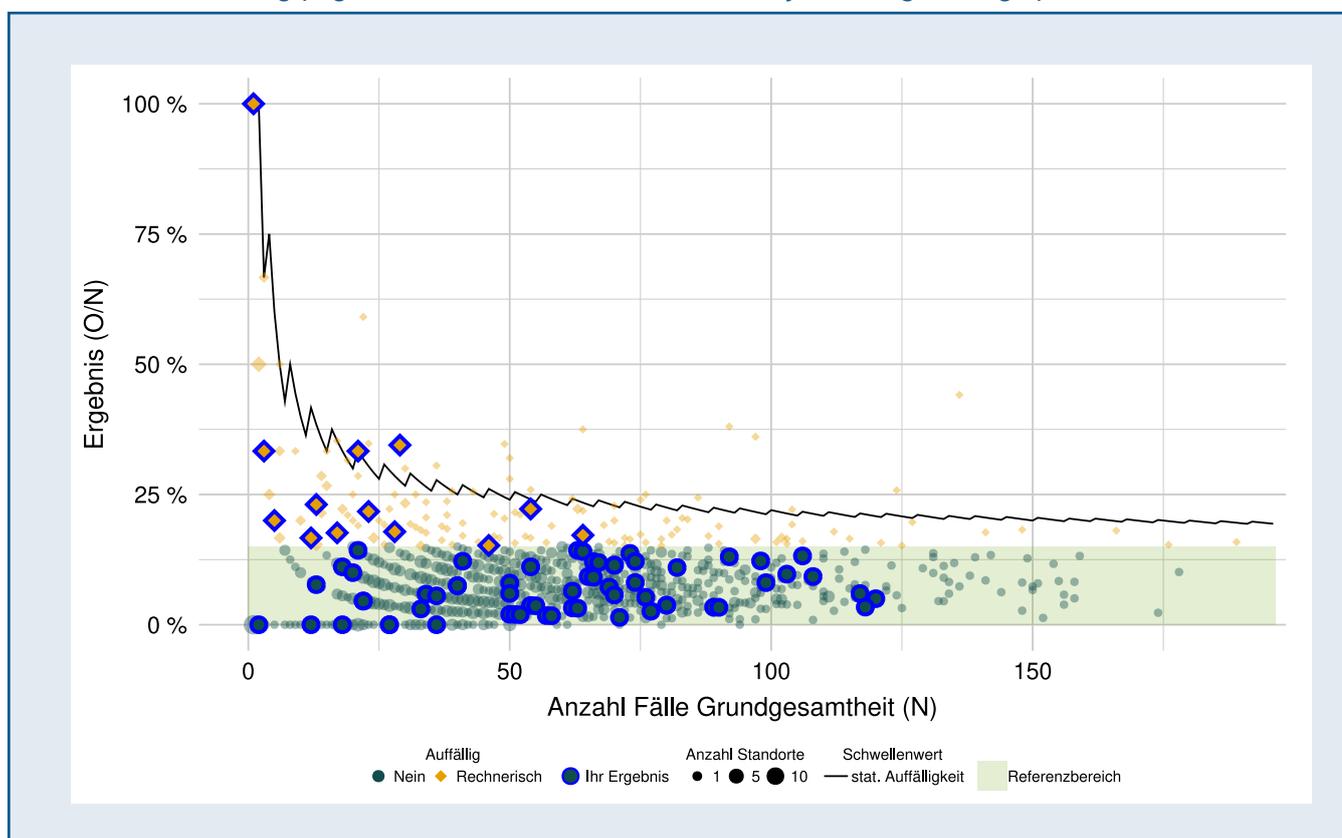


Abb. 3.12.1.2 Auszug aus dem Länderbericht 2020-2021 nach DeQS-RL (Quelle: IQTIG)

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
54030*	74	13	6	7	-	3
54050*	74	1	-	-	-	-
54033*	73	5	-	-	3	-
54029*	74	4	-	1	-	-
54042*	74	4	-	-	-	-
Summe		27	6	8	3	3

Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahren

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Für die osteosynthetisch versorgten Femurfrakturen wurden insgesamt fünf Qualitätsindikatoren berechnet (siehe Tab. 3.12.1.1).

Sowohl bei den Prozessindikatoren (Präoperative Verweildauer und Sturzprophylaxe) als auch bei den Ergebnisindikatoren (Gehunfähigkeit, spezifische und allgemeine Komplikationen) ist hier das hessische Ergebnis besser als der Bundesdurchschnitt. Im Gegensatz zur endoprothetischen Versorgung liegt hier das Ergebnis bei der Sturzprophylaxe signifikant über dem Bundesdurchschnitt.

Wie schon in den Vorjahren zeigt der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (QI-ID 54030) den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Standorten (13 von 74 - 17 %). Die Abbildung 3.12.1.2 zeigt die bundesweite Verteilung differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer. Die umrandeten Rauten und Kreise stellen die hessischen Standorte dar, die unmarkierten die Standorte der anderen Bundesländer. Aus der Abbildung ist unter anderem ersichtlich, dass diverse Einrichtungen, auch mit höheren Fallzahlen, bei diesem Qualitätsindikator signifikant über dem Referenzbereich liegen (oberhalb der gezackten Linie).

Stellungnahmeverfahren

Nach dem Stellungnahmeverfahren zeigen sich in der QI-ID 54030 (Präoperative Verweildauer) bei sechs von 13 Einrichtungen (46 %) mutmaßliche Qualitätsdefizite. Im Rahmen von Kollegialen Gesprächen wurden mit drei Standorten Zielvereinbarungen abgeschlossen. Diese Einrichtungen waren auch im entsprechenden Indikator bei den Hüftendoprothesen auffällig.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

In der Tabelle 3.12.1.3 werden die hessenweiten Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Datenvalidierung dargestellt. Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen gibt es kaum Unterschiede. Erfreulich sind die geringen Raten an irrtümlich angelegten Prozedurbögen sowie der Anteil der Minimaldatensätze in Hessen.

Bei zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnte in einem Fall auch ein Dokumentationsproblem aufgedeckt werden (Tab. 3.12.1.4).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,0004 23 / 58.941	0,0000 0 / 3.999
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	0,35 19 / 55	x %* ≤ 3 / ≤ 3*
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	44,01 % 290 / 659	30,56 % 11 / 36
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,35 % 59.014 / 58.811	100,6 % 4.004 / 3.980
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,12 % 73 / 58.811	0,13 % 5 / 3.980

Tab. 3.12.1.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

			Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850147	74	-	-	-
850148	2	1	-	-
850149	24	1	1	-
850352	71	-	-	-
850368	4	-	-	-
Summe		2	1	0

Tab. 3.12.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.12.2 HEP

Fallzahlverteilung 2021

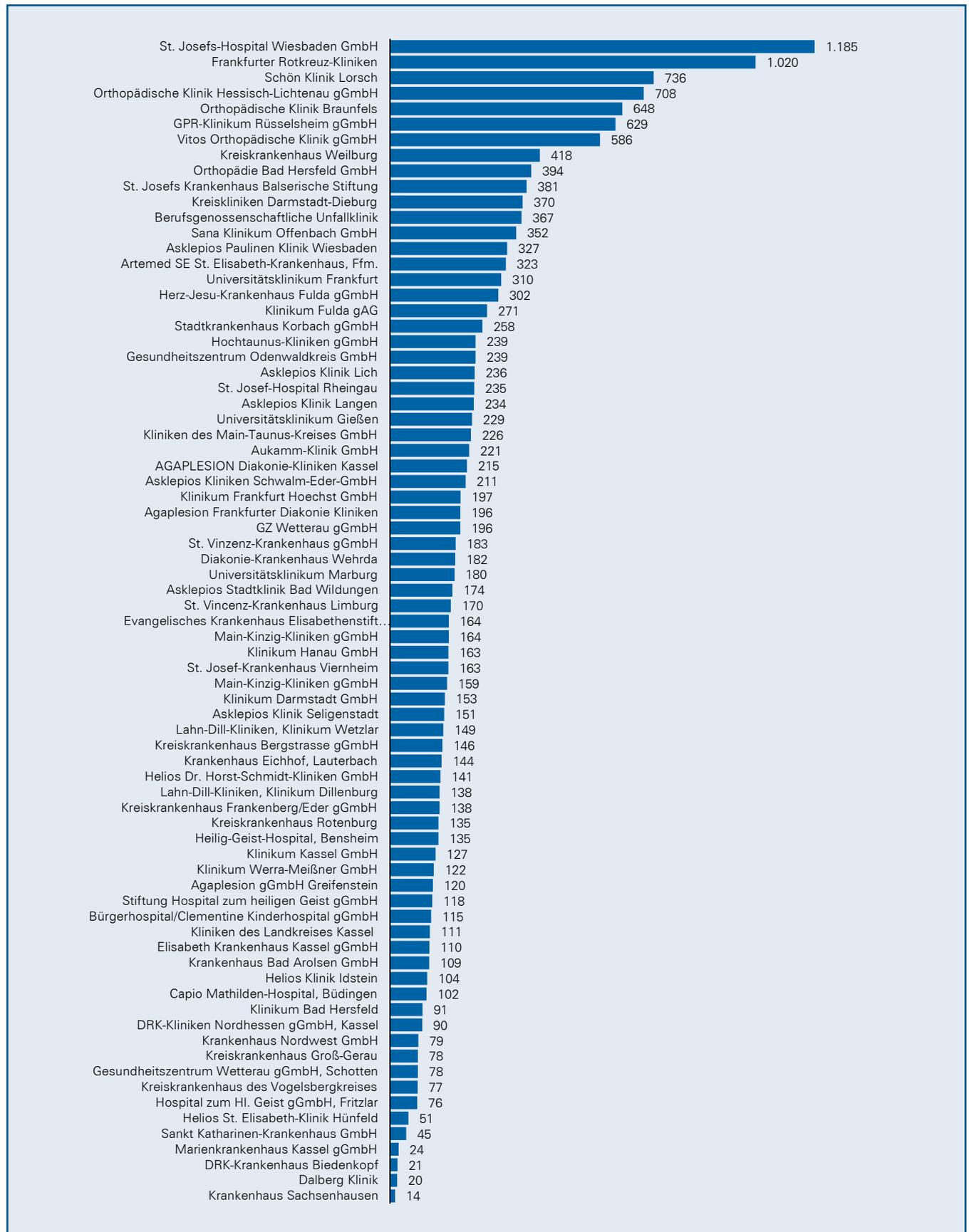


Abb. 3.12.2.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90 %	97,65 % 159.584 / 163.429	97,92 % 11.645 / 11.892
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86 %	92,06 % 16.426 / 17.843	91,8 % 1.120 / 1.220
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	8,82 % 5.414 / 61.362	7,91 % 347 / 4.385
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90 %	97,09 % 171.798 / 176.951	96,08 % 12.180 / 12.677
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,25 O / E	1,03 6.841 / 6.631 / 61.432 11,14 %	0,92 434 / 472 / 4.393 9,88 %
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 6,67 %	1,44 % 2.342 / 162.410	1,15 % 135 / 11.737
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 19,43 %	7,48 % 1.183 / 15.817	7,81 % 84 / 1.075
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 11,11 %	4,69 % 2.892 / 61.608	4,77 % 210 / 4.406
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 7,59 %	2,31 % 3.775 / 163.429	2,26 % 269 / 11.892
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 1,98 O / E	0,99 2.110 / 2.132 / 17.843 11,83 %	1 141 / 141 / 1.220 11,56 %
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,56 O / E	1,06 9.449 / 8.879 / 212.348 4,45 %	1,07 687 / 643 / 15.336 4,48 %
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 0 %	0,05 % 68 / 144.714	0,07 % 7 / 10.599

Tab. 3.12.2.1 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Zu den Hüftendoprothesen wurden insgesamt zwölf Qualitätsindikatoren berechnet, zwei davon zur Indikationsstellung (ID 54001 und 54002), zwei zu den Prozessen (ID 54003 und 54004) und acht zu den Ergebnissen (ID 54012-54019 und 54120). Bei drei der acht Ergebnisindikatoren wurde auch eine Risikoadjustierung durchgeführt (O/E). Insgesamt liegen die hessischen

Ergebnisse nahe am Bundesdurchschnitt, bei der Sturzprophylaxe ist das Ergebnis signifikant unter dem Bundeswert.

Sowohl bei den Prozessindikatoren (Präoperative Verweildauer und Sturzprophylaxe) als auch bei den Ergebnisindikatoren (Gehunfähigkeit, spezifische und allgemeine Komplikationen) sind die hessischen Ergebnisse besser als der Bundesdurchschnitt.

**QI ID 54003 - Präoperative Verweildauer > 24 Stunden bei Hüftendoprothese nach Femurfraktur
Bundesweite Verteilung (Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer)**

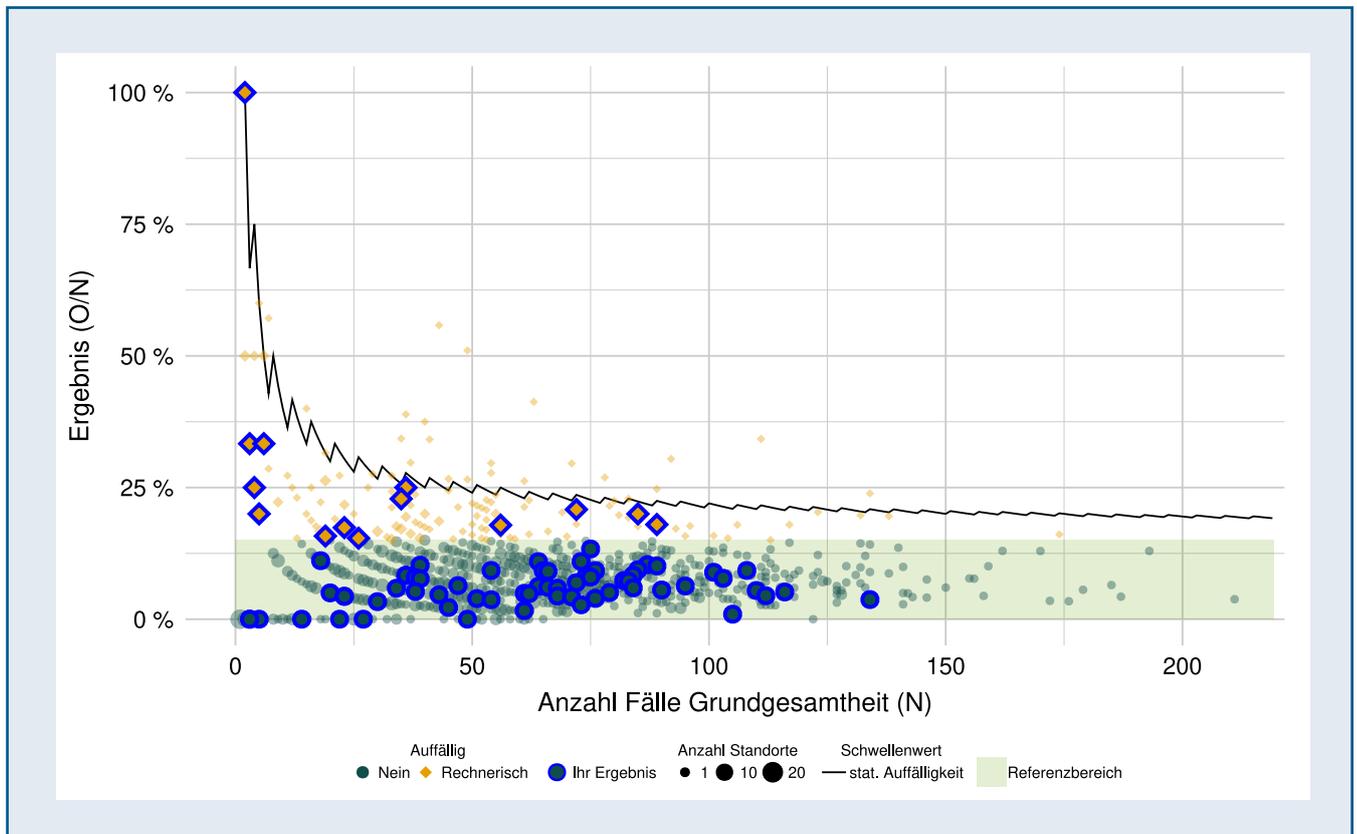


Abb. 3.12.2.2 Auszug aus dem Länderbericht 2020-2021 nach DeQS-RL (Quelle: IQTIG)

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
54001*	80	6	-	-	1	-
54002*	68	17	-	3	4	-
54003*	77	14	9	5	-	3
54004*	82	4	-	-	3	-
54015*	77	4	-	-	-	-
54016*	80	5	1	2	-	-
54017*	66	9	-	2	-	-
54018*	77	2	-	-	-	-
54019*	80	8	1	1	-	-
54120*	68	11	2	-	1	-
54012*	82	7	-	-	2	-
54013*	80	7	-	7	-	-
Summe		94	13	20	11	3

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahren

Der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) zeigt, wie auch im Modul HGV-QSFRAK (s. Kapitel 3.12.1) den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Standorten (14 von 77 - 18 %).

In der Abbildung 3.12.2.2 wird die bundesweite Verteilung differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer dargestellt. Die umrandeten Rauten und Kreise stellen die hessischen Standorte dar, die unmarkierten die Standorte der anderen Bundesländer. Auch Einrichtungen mit höheren Fallzahlen liegen bei dieser Kennzahl signifikant über dem Referenzbereich (oberhalb der gezackten Linie).

Stellungnahmeverfahren

Die Bewertung der Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren zeigt bei neun von 14 Einrichtungen (64 %) mutmaßliche Qualitätsdefizite. Mit drei Standorten (in beiden Kennzahlen auffällig) wurden im Rahmen von Kollegialen Gesprächen Zielvereinbarungen abgeschlossen.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

In der Tabelle 3.12.2.4 sind die hessenweiten Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Datenvalidierung dargestellt. Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen gibt es kaum Unterschiede. Erfreulich sind die geringen Raten an irrtümlich angelegten Prozedurbögen sowie der Anteil der Minimaldatensätze in Hessen.

Bei 16 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnte in 15 Fällen auch ein Dokumentationsproblem aufgedeckt werden. Besonders häufig betraf dies das Auffälligkeitskriterium 851907 (Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes) sowie die Unterdokumentation der Wechsel-Operation (AK 850276). Eine Klinik fiel mit einer massiven Unterdokumentation < 80 % auf. Hier wurde ein komplettes Quartal nicht geliefert. Auf Empfehlung der Geschäftsstelle konnten aus diesem Grund bei der Klinik die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren nicht entsprechend bewertet werden.

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850152	65	-	-	-
850151	46	-	-	-
851804	54	2	1	-
851905	74	1	1	-
851907	46	3	3	-
852102	82	1	1	-
850376	76	2	2	-
850273	76	-	-	-
850274	76	1	1	-
850275	76	-	-	-
850276	66	4	4	-
850277	66	2	2	-
850369	1	-	-	-
Summe		16	15	0

Tab. 3.12.2.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	24,85 % 753 / 3.030	24,76 % 51 / 206
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 40 %	20,42 % 420 / 2.057	17,76 % 27 / 152
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	< 3	0,1 300 / 3.098	0,07 20 / 303
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90 %	66,93 % 7.692 / 11.492	65,26 % 464 / 711
851907	Unterdoku. von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0,09 155 / 1.660	0,09 11 / 122
852102	Angabe von ASA 5	= 0	0,0003 77 / 242.964	0,0004 7 / 17.526
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,48 % 206.251 / 205.270	99,63 % 14.632 / 14.686
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,38 % 239.861 / 238.942	100,09 % 17.216 / 17.201
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,36 % 224.031 / 223.232	100,05 % 16.141 / 16.133
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,36 % 224.031 / 223.232	100,05 % 16.141 / 16.133
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	99,97 % 17.513 / 17.519	100 % 1.201 / 1.201
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	99,97 % 17.513 / 17.519	100 % 1.201 / 1.201
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,05 % 119 / 238.942	x %* ≤ 3* / 17.201

Tab. 3.12.2.4 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

* Datenschutz

3.13 QS-KEP - Knieendoprothetik

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

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

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

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	13.07.2022
2	17.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau M. Kohlenberg

Einleitung

Gegenstand des Verfahrens „Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)“ sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondyläre Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel. Das Verfahren soll (gemäß DeQS-RL) insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- Indikationsstellung
- Peri- und postoperative Komplikationen
- Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten

Für das Jahr 2021 wurden in Hessen etwas mehr als 11 Tsd. stationäre Prothesenimplantationen bzw. Prothesenwechsel am Knie durchgeführt. Abbildung 3.13.1 zeigt die Verteilung der unterschiedlichen Operationen in Hessen.

Fallzahlen Hessen

Verfahren	Fallzahlen
Knieendoprothesenversorgung:	
- elektive erstimplantierte unikondyläre Schlittenprothesen	1.534
- elektive erstimplantierte Totalendoprothesen	9.400
- Wechseloperationen	816

Tab. 3.13.1 Quelle IQTIG

Fallzahlverteilung 2021

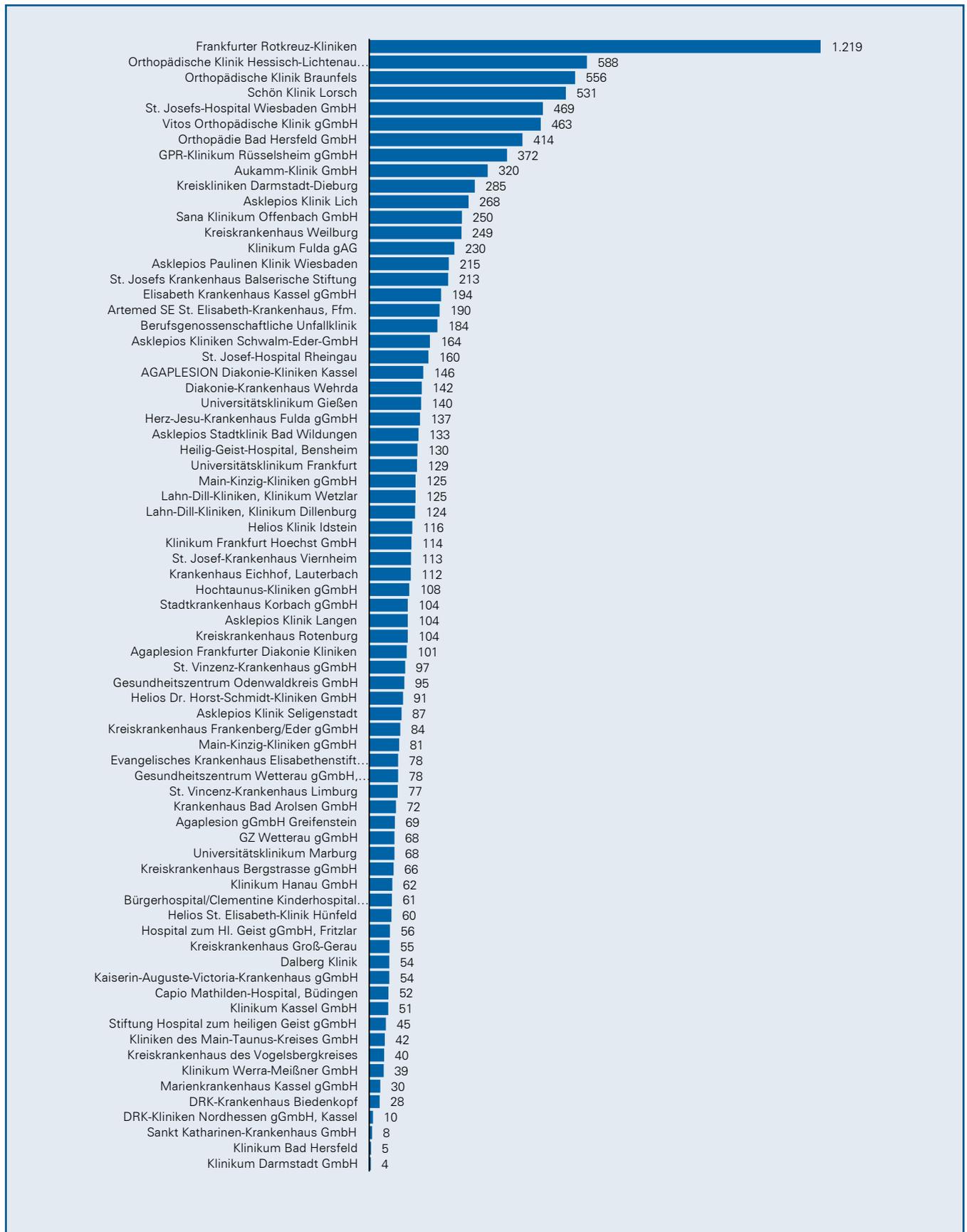


Abb. 3.13.1 Teilnehmende Kliniken (nach IKNr.) und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2021)
Darstellung der Standorte mit Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Zu dem Verfahren QS-KEP wurden insgesamt neun Qualitätsindikatoren berechnet, drei zur Indikationsstellung und sechs zur Ergebnisqualität. Nur ein Ergebnisindikator (QI-ID 54028 - Gehunfähigkeit bei Entlassung) wird auch risikoadjustiert berechnet, ein weiterer Qualitätsindikator (QI-ID 54127 - Sterblichkeit) wird, auch auf Grund der Seltenheit des Ereignisses, als Sentinel-Event ausgewiesen. Gegenüber den Bundesergebnissen gibt es bis auf den QI 54020 (Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation) keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnissen.

Stellungnahmeverfahren

Trotz durchschnittlich 7 % rechnerischer Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nur insgesamt zwei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ bewertet. Beide Qualitätsdefizite bezogen sich auf die Indikationsstellung bei unikondylären Schlittenprothesen. Weitere Maßnahmen wurden daraus bisher nicht abgeleitet. (Tab. 3.13.3)

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90 %	97,97 % 125.586 / 128.187	98,41 % 9.208 / 9.357
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	≥ 90 %	97,52 % 21.482 / 22.028	97,85 % 1.499 / 1.532
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86 %	92,25 % 10.863 / 11.776	90,18 % 735 / 815
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 4,55 %	1,07 % 1.607 / 150.114	0,97 % 105 / 10.869
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 11,45 %	3,2 % 371 / 11.584	2,35 % 19 / 808
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 4,2 %	1 % 1.502 / 150.801	0,88 % 96 / 10.929
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 14,29 %	4,19 % 493 / 11.776	3,68 % 30 / 815
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 5,66 O / E	1,22 888 / 725 / 155.152 0,57 %	1,18 56 / 47 / 11.278 0,5 %
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 0 %	0,04 % 59 / 151.264	0,06 % 7 / 11.074

Tab. 3.13.2 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			Maßnahmen Stufe 1
			Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	
54020*	74	3	-	-	1	-
54021*	59	5	2	1	-	-
54022*	65	15	-	4	1	-
54123*	77	5	-	1	-	-
50481*	65	1	-	-	-	-
54124*	77	4	-	3	-	-
54125*	65	4	-	-	-	-
54028*	78	4	-	-	3	-
54127*	78	4	-	4	-	-
Summe		45	2	13	5	-

* Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.13.3 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auch die Ergebnisse der zwölf Auffälligkeitskriterien in Hessen sind gegenüber dem Bundesergebnis vergleichbar (Tabelle 3.13.5). Ausnahmen bilden hierbei das AK 850306 (Häufige Angabe von ASA 4 bei elek-

tiven Erstimplantationen) und das AK 850370 (Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz), welche deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Bei allen rechnerisch auffälligen AKs wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens auch eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Als problematisch muss

ID	Standorte mit Datenlieferungen	Rechnerische Auffälligkeiten	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren	
			Fehlerhafte Dokumentation	Korrekte Dokumentation
850306	77	-	-	-
850307	28	1	-	-
850336	13	2	2	-
851908	67	1	1	-
851910	3	-	-	-
850375	75	2	2	-
850349	75	-	-	-
850344	74	1	1	-
850345	74	-	-	-
850346	63	-	-	-
850347	63	-	-	-
850370	3	-	-	-
Summe		7	6	-

Tab. 3.13.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	≤ 5 %	0,32 % 478 / 150.829	0,16 % 17 / 10.934
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	38,4 % 326 / 849	37,74 % 20 / 53
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	< 2	0,41 125 / 302	0,32 8 / 25
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100 %	73,86 % 6.246 / 8.456	75,98 % 370 / 487
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0,25 25 / 102	x %* ≤ 3* / 4
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,56 % 143.009 / 142.216	99,69 % 10.334 / 10.366
850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,43 % 161.877 / 161.188	99,98 % 11.687 / 11.689
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,39 % 150.276 / 149.698	99,9 % 10.880 / 10.891
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,39 % 150.276 / 149.698	99,9 % 10.880 / 10.891
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	100,82 % 11.715 / 11.620	100,74 % 813 / 807
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	100,82 % 11.715 / 11.620	100,74 % 813 / 807
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,09 % 143 / 161.188	0,03 % 4 / 11.689

Tab. 3.13.5 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

hierbei das AK 850336 gesehen werden, da hierdurch mutmaßlich eine Unterdokumentation im korrespondierenden Qualitätsindikator 54124 bzw. 54125 (Spezifische Komplikation) entsteht. Bedauerlicherweise ist bei solchen Konstellationen bisher keine Korrektur vorgesehen.

* Datenschutz

Indikationsstellung

Die Knieendoprothesenversorgung stellt, nicht zuletzt aufgrund demografischer Trends, innerhalb der orthopädisch-chirurgischen Disziplinen einen Bereich mit seit Jahren wachsender Eingriffshäufigkeit dar (nach Krankenhausstatistik ca. 174.000 Eingriffe im Jahr 2020). Die weitaus häufigste Indikation für die Implantation einer Knieendoprothese ist die Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose), die durch den fortschreitenden Verschleiß des Gelenkknorpels sowie der angrenzenden Kniebinnenstrukturen gekennzeichnet ist und überwiegend eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte darstellt (IQTIG 2022). Die Indikation zum Kniegelenkersatz ist dann gegeben, wenn erhebliche tägliche Schmerzen, funktionelle Beeinträchtigungen sowie radiologisch nachweisbare Gelenkspaltveränderungen vorhanden sind. Die röntgenologische Beurteilung arthrotischer Gelenkveränderungen erfolgt mittels des international etablierten Kellgren-Lawrence-Scores und stellt ein maßgebliches Kriterium für die Indikationsstellung zum endoprothetischen Ersatz des Kniegelenks dar. In dem Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplanta-

tion“ wird ein modifizierter „Kellgren-Lawrence-Score“ verwendet, der im Rahmen der externen Qualitätssicherung entstanden ist. Für die Indikationsstellung bei Patient*innen mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis bietet - ergänzend dazu - die Klassifikation nach Larsen-Dale-Eek röntgenologische Kriterien für die Einteilung der Schwere der erosiven Gelenkerstörung (IQTIG 2022).

Mit 98,41 % für Hessen (Bund 97,97 %) zeigt sich im Qualitätsindikator 54020, zumindest nach den vorliegenden Zahlen, ein hervorragendes Ergebnis. Nur drei Kliniken in Hessen (siehe Abb 3.13.3) liegen außerhalb des Referenzbereichs von ≥ 90 %, eine davon jedoch signifikant. Ob dies jedoch die Realität widerspiegelt, muss angezweifelt werden. Die Qualitätssicherung kommt hier, wie auch bei anderen Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung, an ihre Grenzen. Mit dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score kann der präoperative Röntgenbefund zwar grundsätzlich objektivierbar gemacht werden, die Validität dieses Scores ist jedoch noch nie im Rahmen der Qualitätssicherung evaluiert worden. Bei vielen rechnerisch auffälligen Kliniken lassen sich bei der Anwendung

QI-ID 54020 - Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

Grundgesamtheit:

Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk bei Patient*innen ab 18 Jahren.

Ausgeschlossen werden

- Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantates (M96.6) entstanden sind und die nicht bereits osteosynthetisch versorgt wurden
- Implantationen einer unikondylären Knieschlittenprothese
- Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma

Zähler:

Eingriffe bei Patient*innen, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten KellgrenLawrence-Score

ODER

die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen

ODER

die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur (S82.1* Fraktur des proximalen Endes der Tibia; S72.4 distale Fraktur des Femurs) hatten und bei denen nach Metallentfernung des Osteosynthesematerials eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird.

Abb. 3.13.2

dieses Scores zwar Dokumentationsfehler hinsichtlich einer Unterdokumentation der radiologischen Zeichen feststellen, andererseits gibt es jedoch keine klare Aussage wie hoch die Fehldokumentation des Kellgren-Lawrence-Scores bei den rechnerisch unauffälligen Standorten ist.

Im Jahr 2022 wurde erstmals wegen dauerhafter Qualitätsprobleme bei der Indikationsstellung ein krankenhausaufsichtsrechtliches Verfahren von Seiten des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration eingeleitet. Bei der betroffenen Klinik wurden seit 2018 auffällige Ergebnisse beobachtet und hinterfragt. Zur Verifizierung der Ergebnisse wurden unter anderem die präoperativen Röntgenbilder begutachtet. Nach erfolglosen Gesprächen kam es letztendlich zur Meldung des Krankenhauses bei der Planungsbehörde.

QI-ID 54020 - Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer

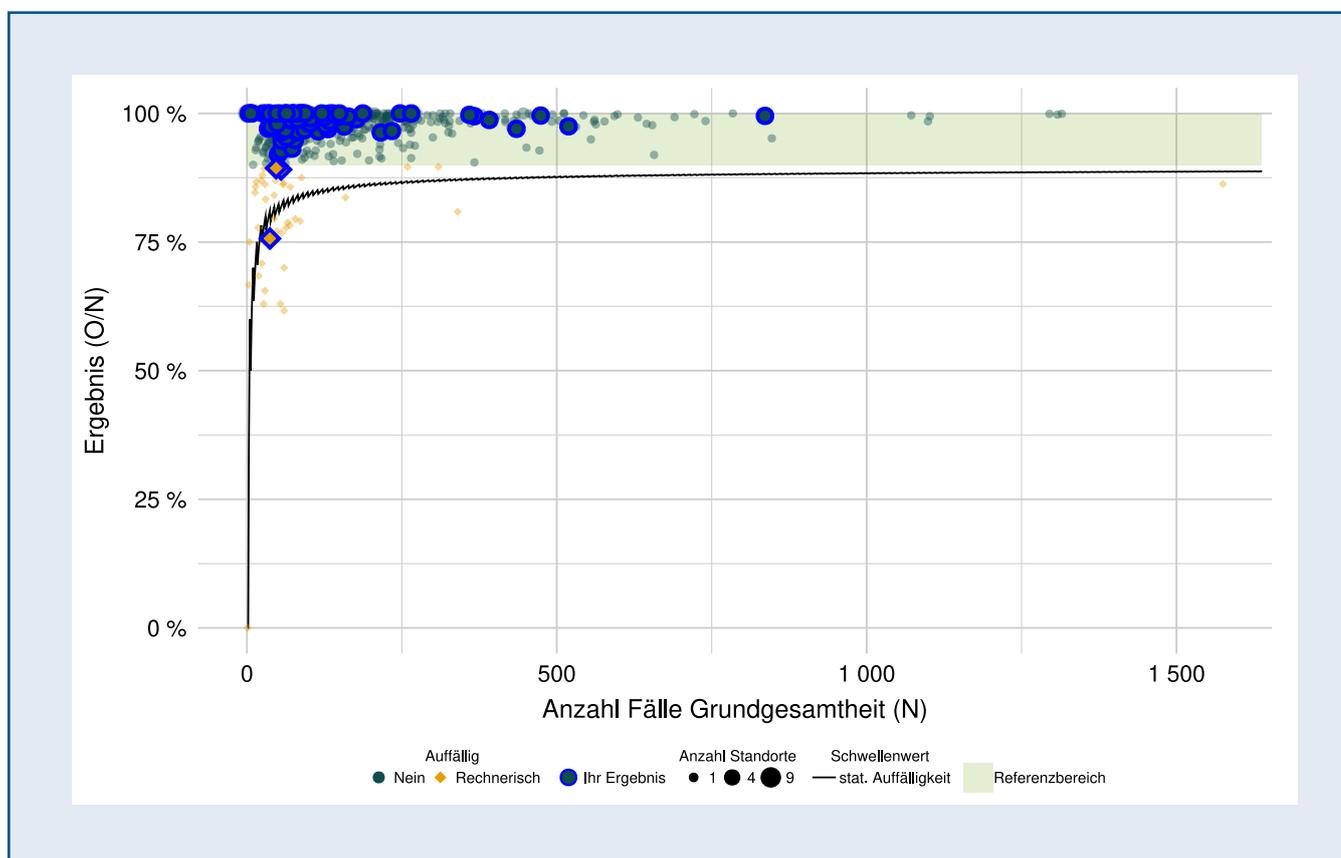


Abb. 3.13.3 Auszug aus dem Länderbericht 2020-2021 nach DeQS-RL (Quelle: IQTiG)

Nachdem zu den Erfassungsjahren 2019 und 2020 pandemiebedingt die in der plan. QI-RL festgeschriebene Datenvalidierung ausgesetzt war, erfolgte im Jahr 2022 wieder eine Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2021. Aufgrund der Aussetzung von Teilen der Richtlinie in den beiden Vorjahren wurde die Datenvalidierung nun nur bei statistisch auffälligen Krankenhausstandorten und bei einer Stichprobe aller datenliefernden Kliniken durchgeführt (Abb. 4.1).

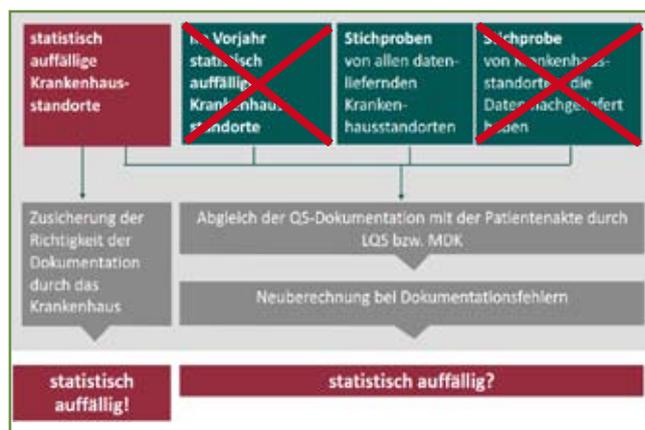


Abb. 4.1 Quelle IQTIG

Die Auswahl der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus dem frauenheilkundlichen Fachgebiet (aus den Modulen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie) sowie deren Referenzwerte haben sich nicht geändert (Tab. 4.1).

Die Anzahl an statistisch auffälligen Kliniken hat sich im Vergleich zum zuletzt berichteten Erfassungsjahr 2018 deutlich reduziert auf insgesamt zehn (2018: 15), fast ausschließlich aus dem Bereich der Geburtshilfe (Tab. 4.2).

Im Rahmen des Aktenabgleichs vor Ort in den Krankenhäusern (Datenvalidierung) konnten Dokumentationsfehler korrigiert werden, sodass sich die Zahl der

statistisch auffälligen Krankenhäuser nach entsprechender Neuberechnung durch das IQTIG auf sechs reduzierte, im Jahr 2018 waren es noch neun statistisch auffällige Kliniken.

Zu diesen sechs Auffälligkeiten wurden jeweils Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG durchgeführt. Die fachliche Bewertung (zureichende versus unzureichende Qualität) durch das IQTIG erfolgte in Zusam-

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzwert	Ergebnis Hessen	Ergebnis Bund
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	7,8 %	7,4 %
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebesentfernung	≤ 5 %	0,7 %	1,1 %
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	0,83	1,04
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	≤ 3 Fälle*	13 Fälle
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	97,6 %	97,3 %
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	98,6 %	97,6 %
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	99,4 %	98,9 %
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	0,97	1,01
Mammachirurgie	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel Event	0 Fälle	4 Fälle
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,1 %	99,0 %
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,6 %	99,5 %

Tab. 4.1 Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

* Datenschutz

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzwert	Anzahl stat. auffälliger Kliniken vor DV	Anzahl stat. auffälliger Kliniken nach DV
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	0	0
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5 %	0	0
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	1	0
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	1	1
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	5	4
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	2	0
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	0	0
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	1	1
Mamma-chirurgie	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0	0
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	0	0
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	0	0

Tab. 4.2 Statistische Auffälligkeit

menarbeit mit entsprechenden Fachkommissionen unter Zuhilfenahme möglicher relevanter Ausnahmetatbestände.

In vier Fällen konnte eine zureichende Qualität bescheinigt werden (Tab. 4.3). Dies betraf den Indikator 318 zur Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten und den Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (QI-ID 51803). Bei einer weiteren Auffälligkeit im Indikator 318 sowie einer bei E-E-Zeit über 20 Minuten (QI-ID 1058) wurde vom IQTIG eine unzureichende Qualität festgestellt. Damit gab es im Jahr 2021 nur noch zwei qualitative Auffälligkeiten (2018: fünf Auffälligkeiten).

Bei allen anderen rechnerisch, aber nicht statistisch auffälligen Ergebnissen aus den drei Modulen wurde das reguläre Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-Richtlinie durch die LAGQH durchgeführt (s. hierzu Kapitel 3.7, 3.8. und 3.11.1).

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Anzahl Standorte	
			zureichende Qualität	unzureichende Qualität
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	-	-
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	-	-
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	-	-
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	-	1
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	3	1
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	-	-
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	-	-
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1	-
Mamma-chirurgie	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	-	-
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	-	-
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	-	-

Tab. 4.3 Bewertung der statistisch auffälligen Standorte

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten und wurde seitdem mehrfach aktualisiert und geändert.

Zuletzt erfolgte dies am 20.10.2022 (mit Inkrafttreten am 01.01.2023), unter anderem wurde hierbei der klärende Dialog um ein Jahr verlängert.

Klärender Dialog

Der klärende Dialog gemäß § 8 Abs. 6 QFR-RL wurde mit Inkrafttreten des oben genannten Beschlusses vom 20.10.2022 bis zum 31.12.2023 verlängert.

Gemäß Beschluss des G-BA vom 17.12.2020 ist seit 2021 die verantwortliche Stelle für die Durchführung des klärenden Dialoges nicht mehr der Lenkungsausschuss der GQH, sondern das Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß § 5 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (nachfolgend LAG). Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium gemäß § 5 Absatz 2 DeQS-RL. Die organisatorische und inhaltliche Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs übernimmt die auf Landesebene beauftragte LAG.

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

Die Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über den Verlauf des klärenden Dialoges der elf Perinatalzentren Level I in Hessen im Hinblick auf die Erfüllungsquoten für die Jahre 2017 bis 2022.

Die elf Perinatalzentren Level I in Hessen sind als Klinik A bis K pseudonymisiert. Für das Jahr 2022 wurden vier Perinatalzentren Level I aus dem klärenden Dialog entlassen (Klärender Dialog: Beendet*). Zwei Kliniken haben 2022 beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen Antrag auf Wiederaufnahme in den klärenden Dialog gestellt. Der Antrag von einer Klinik wurde auch vom Lenkungsgremium angenommen.

Ein Perinatalzentrum Level I ist demnach, Stand 31.12.2022, im klärenden Dialog (Klärender Dialog: Teilnahme). Es wurden erneut individuelle Zielvereinbarungen geschlossen, die das Erreichen der Anforderungen nach QFR-RL unterstützen sollen.

Für die Berechnung der Erfüllungsquote werden seit 2020 auch sogenannte Ausnahmetatbestände berücksichtigt. Gemäß § 12 QFR-RL können die Krankenhäuser von den Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen abweichen.

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

Hinzu kommt, dass die Kliniken bis zum 30. Juni 2022 von den Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ebenfalls abweichen durften, wenn es als Folge von Pandemien, Epidemien oder vergleichbaren Ereignissen zu kurzfristigen krankheits- oder quarantänebedingten Personalausfällen oder starken Erhöhungen der Patient*innenzahlen kommt. Beides muss über das übliche Maß hinausgehen und einen flexiblen Personaleinsatz erfordern.

Diese beiden Ausnahmeregelungen unterstützen die Perinatalzentren in der Erreichung der Erfüllung der Anforderungen der QFR-RL dahingehend, dass sie kei-

* klärender Dialog 2022 beendet

Klärender Dialog 2017 bis 2021

Klinik	2017		2018		2019		2020	2021	2022	Erneute Meldung der Nicht-Erfüllung an den G-BA	Klärender Dialog
	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote		
A	88,8 %	NEIN	97,3 %	NEIN	96,6 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
B	79,6 %	NEIN	92,5 %	NEIN	87,3 %	NEIN	97,9 %	97,2 %	91,0 %	JA	Beendet**
C	64,4 %	NEIN	93,7 %	NEIN	64,0 %	NEIN	93,3 %	100,0 %	100,0 %	NEIN	Beendet*
D	Unterlagen nicht auswertbar	NEIN	95,0 %	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
E	91,9 %	NEIN	94,6 %	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
F	72,3 %	NEIN	81,0 %	NEIN	83,3 %	NEIN	92,2 %	93,3 %	97,0 %	NEIN	Beendet*
G	97,1 %	NEIN	95,1 %	NEIN	99,3 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
H	69,1 %	NEIN	96,6 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	87,0 %	JA	Teilnahme
I	71,3 %	NEIN	49,6 %	NEIN	96,0 %	NEIN	91,7 %	99,3 %	99,4 %	NEIN	Beendet*
J	99,4 %	NEIN	98,5 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
K	keine Aussage möglich	NEIN	90,0 %	NEIN	85,0 %	NEIN	99,5 %	92,1 %	99,2 %	NEIN	Beendet*

* klärender Dialog 2022 beendet

** Wiederaufnahme in den klärenden Dialog beantragt (Dez 2022)

Tab. 5.1

nen Eingang in die Berechnung der Erfüllungsquote finden.

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

Pflegeberufegesetz (PfIBG)

Das zum 01.01.2020 in Kraft getretene neue Pflegeberufegesetz hat auch Auswirkungen auf die QFR-RL und die damit einhergehende neonatologische Versorgung auf den Intensivstationen.

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

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

Zudem muss in jeder Schicht zukünftig mindestens eine GKiKP mit der Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt sein.

Somit ist zu befürchten, dass es nicht genügend Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen mit entsprechender Fachweiterbildung gibt, um die oben genannten Anforderungen des neuen Pflegeberufegesetzes zu erfüllen. Hinzu kommt, dass die Zahl der anerkannten langjährig erfahrenen Pflegekräfte durch die Fluktuation kontinuierlich abnimmt.

Diese Anpassungen wurden im Beschluss „Änderung der §§ 6, 8, 10, Anlagen 3 und 5 sowie Änderungen hinsichtlich des Pflegeberufegesetzes“ vom 17.12.2020 berücksichtigt. Am 16.02.2023 ist ein Änderungsbeschluss in Kraft getreten, welcher die Anpassungen der Begrifflichkeiten aufgreift. Der Ursprungsbeschluss ist jedoch bis dato noch nicht in Kraft getreten und somit auch die Richtlinienänderung nicht.

6. Veranstaltungen

Informationsveranstaltung „Externe Qualitätssicherung 2022“

Datum: 28.01.2022

Uhrzeit: 10:00 bis 14:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm

- 1 Begrüßung, Einführung und Aktuelles
- 2 Datenmanagement Erfassungsjahr 2021/2022
- PAUSE
- 3 Aktuelles zu den Landesverfahren
- 4 Ergebnisse und Erkenntnisse aus den DeQS-Verfahren
- 5 EsQS in der Pandemie

Informationsveranstaltung zur Patientenbefragung PCI (PPCI)

Datum: 20.06.2022

Uhrzeit: 14:00 bis 16:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm

Teil 1

- Entwicklung des Verfahrens PPCI
- Zeitlicher Ablauf der Einführung
- Vorstellung der Fragebögen
- Vorstellung des Indikatorensets
- Beispielhafte Darstellung eines Indikators

Teil 2

- Akteure
- Aufgaben
- Vollzähligkeitsprüfung
- Zeitdiagramm (Auslösung und Versandzeitpunkte)

Informationsveranstaltung QS-Portal

Datum: 28.06.2022

Uhrzeit: 14:00 bis 16:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm

Einführung

Teil 1

- Die IQTIG Rückmeldeberichte
- Dateinamenskonventionen
- Berichtsinhalte

Teil 2

- QS-Portal Registrierung / Anmeldung
- Funktionalität
- Verfahrensteilnehmer
- Beispiel Durchführen des Stellungnahmeverfahrens (QI S12-004)

Externe Qualitätssicherung in der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall

Datum: 11.07.2022

Uhrzeit: 14:00 bis 16:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm

TOP 1 Einführung und Vorstellung

TOP 2 Einführung in die Grundlagen der externen Qualitätssicherung

TOP 3 Qualitätssicherung in der hessischen Schlaganfallversorgung
- Strukturen und Historie

TOP 4 Hintergründe und Entwicklung der Kennzahlen der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall

TOP 5 Analyse und Diskussion der Kennzahlen und Jahresauswertungen

TOP 6 Diskussion und Schlusswort



7. Klinikbewertungen

Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung sind alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser seit dem Jahr 2003 dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von 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/#/suche>)

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 Leistungsreichen und ist regional nach Orten sortiert.

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren erfolgte bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen durch die jeweiligen Fachkommissionen in Hessen, bzw. bei planungsrelevanten Indikatoren durch das IQTIG.

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
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	U34	zureichende Qualität (Plan. QI)
	U61	Besondere klinische Situation
	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	D61	Unvollständige oder falsche Dokumentation
	D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
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	A43	unzureichende Qualität (plan. QI)
	A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
	A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	A99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	GEBH										NEO									
				330	50045	52249	1058	51831	318	51803	181800	51070	51901	50060	50062	52262	50063	50069	50074				
				Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeb. mit präpartalen stationären Aufenthalt von min. zwei Peripartale Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung										Kaiserschnittentbindung									
				E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten										Azidose bei frühgeborenen Einlingen									
				Anwesenheit eines Pädaters bei Frühgeburten										Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen									
				Qualitätsindex zum Demmrisss Grad IV										Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen									
				Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung										Nosokomiale Infektion									
				Pneumothorax unter oder nach Beatmung										Zunahme des Kopfumfangs									
				Durchführung eines Hörtests										Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen									
				Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen																			
Nordhessen																							
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U34	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01				
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U34	R10	U62											
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	R10				
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											
	Melsungen	Asklepios Klinik Melsungen	773530	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10											
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Wolfhagen	Kreisklinik Wolfhagen	772507	N01	N01	R10	N01	N01	N01	R10	R10	R10											
Mittelhessen																							
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771878	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balesische Stiftung	772166	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U34	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01				
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
Osthessen																							
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10											
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01				
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	R10	R10	R10	A43	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10				
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											
Frankfurt a. M.																							
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	Clementine Kinderhospital	771983										R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10	N01	N01				
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01				
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	N01	R10	R10	R10	R10	R10	A43	A71	R10											
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	U34	R10											
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
Westhessen																							
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01				
	Bad Nauheim	GZ Wetterau, Hochwaldkrankenhaus	771758	N01	R10	R10	R10	H99	A71	R10	R10												
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	U63	N01	N01	N01	N01	N01	N01				
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A72	N01	R10				
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10				
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	N01	R10	H99	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01				
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10				
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	N01	N01				
Südosthessen																							
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10				
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	N01	R10	R10	R10	A71	R10	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01	N01				
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	N01	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10											
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
Südthessen																							
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715										U62	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	N01	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01	N01				
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01	N01				
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	N01	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10											

Implantierbare Defibrillatoren				DEFI-IMPL								DEFI-AGGW		DEFI-REV		
Region	Ort	Krankenhausname	Standort													
				50055	50005	52131	131801	52316	131802	52325	51186	52321	141800	151800	52324	51196
				Leitlinienkonforme Indikation	Leitlinienkonforme Systemwahl	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	Dosis-Flächen-Produkt	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Sondenlokalisation oder -dysfunktion	Sterblichkeit im Krankenhaus	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Sterblichkeit im Krankenhaus
Nordhessen																
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508			R10						R10	R10			
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	DRK-Klinik Wehlheiden	772805	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	R10	R10	A72	R10	R10	R10	H99	A72	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schwalmstadt	Asklepios Klinik Schwalmstadt	773531	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	N01	R10
Mittelhessen																
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10			
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus	772975	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	U63	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	N01	R10
Osthessen																
	Alsfeld	Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises	771129	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	777226	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz- und Kreislaufzentrum	771267	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Frankfurt																
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	U63	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	R10	R10	H99	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10
Westhessen																
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	R10	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	H99	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	D80	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen																
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken, Standort Gelnhausen	772471	H99	R10	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141									H99		R10	N01	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
Südthessen																
	Bensheim	Heilig-Geist Hospital	772453	R10	R10	H99	H99	R10	R10	R10	R10					
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	R10	R10	R10	R10	R10	H99	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Groß-Umstadt	Kreis Kliniken Darmstadt-Dieburg	772772	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	R10	R10	R10	A71	R10	H99	R10	H99	R10	R10			

Knieendoprothesenversorgung

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	KEP									
				Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation									
				54020	54021	54022	54123	50481	54124	54125	54028	54127	
Nordhessen													
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	R10	N01	R10	R10						
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	R10	N01	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10
	Hofgeismar	Kreislinik Hofgeismar	772508	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik	771064	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	DRK-Klinik Wehlheiden	772805	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	R10	N01	R10	R10						
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Melsungen	Asklepios Klinik Melsungen	773530	R10	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Volkmarzen	St. Elisabeth-Krankenhaus	771765	R10	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
Mittelhessen													
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	R10	N01	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	R10	A71	D80	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771878	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	R10	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Frankenberg	Kreis Krankenhaus Frankenberg	772704	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	R10	N01	R10	R10						
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Baleserische Stiftung	772166	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	R10	N01	H99	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62
	Weilburg	Kreis Krankenhaus Weilburg	771397	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	R10	N01	R10	R10						
Osthessen													
	Alsfeld	Kreis Krankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	D80	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	N01	R10	R10							
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	R10	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	A99	N01	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda, Standort Gersfeld	772144	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	R10	R10	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	R10	A71	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreis Krankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken	772469	R10	R10	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
Frankfurt													
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	R10	N01	N01	H99	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10	R10	U62	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	R10	R10	N01	R10	N01	H99	N01	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	R10	N01	R10	R10						
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U62	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	R10	N01	R10	R10						
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Westhessen													
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	GZ Wetterau, Hochwaldkrankenhaus	771758	R10	H99	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik	772313	R10	R10	R10	R10	R10	S99	S99	R10	R10	R10
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10

Knieendoprothesenversorgung

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	KEP									
				Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	Indikation zur unikondylären Schrittlentprothese	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimpl. und -Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
				54020	54021	54022	54123	50481	54124	54125	54028	54127	
Südosthessen													
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	R10	R10	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	N01	R10	N01	R10	N01	U62	N01	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10
	Schotten	GZ Wetterau, Kreiskrankenhaus Schotten	771757	D80	D80	D80	D80	D80	D80	D80	D80	D80	D80
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	R10	R10	R10	U62	R10	R10	R10	R10	R10	U62
Südthessen													
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	N01	R10	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreiskrankenhaus Groß-Gerau	772158	R10	N01	N01	R10	N01	R10	N01	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	H99	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	PCI													
				56000	56001	56003	56004	56005	56006	56007	56008	56009	56010	56011	56014	56016	
				Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation													
				Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil													
				Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt													
				Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt													
				Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²													
				Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy													
				Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy													
				Dosis-Flächen-Produkt unbekannt													
				Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml													
				Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml													
				Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml													
				Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI													
				Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI													
Nordhessen																	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen GmbH	772509	R10	R10	N01	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	DRK-Kliniken Wehlheiden	772805	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10
	Kassel	Elisabeth-Krankenhaus	773027	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	R10	R10	R10	R10	A71	R10	A71	R10	A71	R10	A71	R10	D80	R10
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel gGmbH	771764	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339	N01	N01	R10	R10	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01	R10	R10	N01
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Mittelhessen																	
	Braunfels	Lahn-Dill-Kliniken	771878	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771877	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	UKGM, Kinder und Jugendpsychotherapie	773136	R10	N01	N01	N01	R10	N01	R10	R10	H99	N01	R10	R10	N01	R10
	Weilmünster	Vitos Weilmünster	772808	N01	N01	N01	N01	N01	N01	N01	S99	R10	N01	N01	R10	N01	N01
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Osthessen																	
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10	R10	A71	A71	A71	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	N01	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz-Kreislauf-Zentrum	771267	R10	R10	N01	N01	R10	R10								
	Schlüchtern	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern	772469	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01
	Witzenhausen	Klinikum Werra Meißner	772877	R10	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01
Frankfurt a. M.																	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	R10	N01	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01	S99	R10	N01	R10	N01	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Westhessen																	
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	A71	R10	R10	R10	A71
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	N01	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Usingen	Hochtaunus-Kliniken Usingen	772999	N01	N01	R10	N01	R10	R10	H99							
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	D80	R10	R10	R10	R10	R10
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südosthessen																	
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	N01	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vincenz-Krankenhaus Hanau	772141	R10	R10	N01	S99	R10	N01	R10	S99	R10	N01	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	R10	R10	A71	R10	R10									
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	R10	R10	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01
Südthessen																	
	Bensheim	Heilig-Geist Hospital	772453	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01	N01	N01	N01
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	R10	R10	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	A71	R10	A71	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A71	R10	R10

8. Publikationen

Publikationen 2022

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Dezember 2022

Analyse der Ergebnisse der sonographischen Screeninguntersuchungen gemäß der Mutterschafts-Richtlinien vor und nach Einführung des erweiterten Basis-Screenings (IIb-Screening) in Hessen

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

Abstract

Studienziel Ziel der Arbeit ist es, die Entdeckungsraten von Fehlbildungen vor und nach Einführung des erweiterten Basis-Screenings in Hessen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 01.07.2013 zu untersuchen.

Methode Es handelt sich um eine retrospektive, überwiegend explorative Datenanalyse von Qualitätssicherungsdaten der Geschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen (GQH), die im Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2016 in den geburtshilflichen Abteilungen der hessischen Krankenhäuser mittels Dokumentationsbögen erhoben wurden. Die Einteilung und Auswertung der Diagnosen erfolgen auf Grundlage der ICD-10-GM-2019.

Ergebnisse In 0,7% der Fälle liegt mindestens eine Fehlbildung vor. Mit einem Anteil von 30,0% sind die meisten angeborenen Fehlbildungen aus dem Bereich des Muskel-Skelett-Systems, 12,2% stammen aus dem Bereich der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte und 11,3% aus dem Bereich des Kreislaufsystems. Die höchste pränatale Detektionsrate (PDR) findet sich bei den angeborenen Fehlbildungen des Nervensystems mit 56,8%. Die niedrigste PDR findet sich bei denen der Genitalorgane mit 2,1%. Insgesamt wird eine PDR von 25,2% erreicht. Es konnte keine Veränderung in der Anzahl der pränatalen Fehlbildungsdiagnosen nach Einführung des erweiterten Basis-Ultraschalls gezeigt werden. Auch die Verteilung der pränatal nicht entdeckten Fehlbildungsdiagnosen auf die Organsysteme hat sich nach der Einführung nicht verändert.

Schlussfolgerungen Die Einführung des erweiterten Basis-Ultraschalls hat nicht die erwünschte Verbesserung im Hinblick auf die PDR in Hessen gebracht. Es sollte über alternative Vorgehensweisen nachgedacht werden.

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

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

Christian Foerch, Martin A Schaller-Paule, Helmuth Steinmetz, Björn Misselwitz, Ferdinand O Bohmann

Abstract

(Background): Effective prevention strategies and acute therapies have been established and distributed in recent years to reduce the global burden of stroke. However, beyond randomized clinical trials, limited data exist on the real-world impact of these measures. Our goal was to analyze whether the stroke-associated disability in the population decreased over time based on a state-wide stroke registry analysis. **(Methods):** Consecutive data from a state-wide inpatient stroke registry covering the entire federal state of Hesse, Germany, were obtained. The clinical data of 141,287 patients with ischemic stroke (ICD-10: I63) admitted between 2010 and 2019 were included. The primary outcome was the odds ratio for a change of modified Ranking Scale (mRS) at discharge over time, estimated by ordinary logistic regression and adjusted for age and sex. The secondary outcome was the odds ratio for a lower National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score at hospital admission. **(Results):** The absolute number of severely disabled (mRS 4–5) stroke patients at discharge decreased over time (2010: 3223 (equivalent to 53/100,000 population); 2019: 2429 [39/100,000 population]). The odds at hospital admission for a higher mRS at discharge decreased significantly by 3.7% per year (OR 0.963 (95% CI 0.960–0.966), $p < 0.001$). The absolute number of severely affected stroke patients (NIHSS > 15) at admission declined over time (2010: 1589 [26/100,000]; 2019: 1185 [19/100,000]; $p < 0.001$). The odds for a higher NIHSS score at admission to hospital decreased by 3.8% per year (OR 0.962 (95% CI 0.959–0.965), $p < 0.001$). Trends were most prominent for patients aged 80 years and older and for patients with atrial fibrillation but absent in patients < 60 years.

(Conclusions): Stroke-associated disability in the population steadily decreased between 2010 and 2019. The improved prevention of severe strokes in elderly patients may be a major driver of this observation.

PMID: 36498520 PMCID: PMC9737852 DOI: 10.3390/jcm11236942

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

Jan Hendrik Schaefer, Ferdinand O Bohmann, Franziska Lieschke, Björn Misselwitz, Christian Foerch
Affiliations

Abstract

Background The incidence of ischemic stroke was previously expected to rise among countries with an aging population. Lately, several studies from developed countries have reported a decline in certain cohorts. Whether this applies to all sexes, however, is uncertain, with limited data on the temporal development in incidence, treatment, and recovery. **Methods and Results** We analyzed a prospective stroke inpatient quality-assurance registry of the federal state of Hesse, Germany. Recruitment of all patients with a final diagnosis of ischemic stroke at hospital discharge (International Classification of Diseases, Tenth Revision [ICD-10]: I63) is mandatory by law. Incidence rates were calculated based on census data of all inhabitants and stratified according to age. Between 2010 and 2019, there were 141 277 patients included, 73 770 (52.2%) male patients and 67 507 (47.8%) female patients. Overall, the incidence of ischemic stroke was 228 per 100 000 in 2010 and 226 per 100 000 in 2019 (-0.8%; odds ratio [OR], 0.99 [95% CI, 0.96-1.02]; $P=0.50$). For male patients, the incidence increased continuously from 236 per 100 000 to 245 per 100 000 (+3.8%); in female patients it decreased from 220 per 100 000 to 208 per 100 000 (-5.6%). After adjusting for age, the OR for ischemic stroke between male and female patients was 1.40 in 2010 (95% CI, 1.35-1.44; $P<0.001$) and 1.48 in 2019 (95% CI, 1.43-1.53; $P<0.001$). This development was most pronounced in male patients aged 45 to 59 years with an increase from 151 per 100 000 to 176 per 100 000. In this age group, male patients showed increasing rates of prior strokes and atrial fibrillation, surpassing the prevalence in female patients over time. After multivariable regression analysis, male patients had a lower modified Rankin Scale at discharge compared with female patients, but this difference has decreased since 2015 (common OR in 2010, 0.83 [95% CI, 0.78-0.88]; common OR in 2019, 0.90 [95% CI, 0.84-0.95]), which coincided with rising rates of endovascular treatment. **Conclusions** Over the past decade in the federal state of Hesse, the overall incidence of ischemic stroke has declined predominantly in the female population. In contrast, for male patients, the incidence has risen by about 4%, with a steeper increase of 16% in male patients aged 45 to 59 years, which might be related to increasing rates of recurrent strokes and atrial fibrillation in this cohort. This finding provides a cautionary tale for effective secondary prevention. Female patients were generally less likely to achieve a favorable outcome, but since the introduction of endovascular treatment, the outcome gap is decreasing.

PMID: 36250659 PMCID: PMC9673666 DOI: 10.1161/JAHA.122.027130

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

Max Geraedts, Dijana Ebbeler, Nina Timmesfeld, Manfred Kaps, Klaus Berger, Björn Misselwitz, Christian Günster, Patrik Dröge, Michael Schneider

Abstract

Background: older patients are less frequently treated in stroke units (SUs). Clinicians do not seem convinced that older patients benefit from specialised treatment in SU similarly to younger patients.

Objective: our study aimed to compare older patients' long-term outcomes with and without SU treatment.

Methods: this study used routinely collected health data of 232,447 patients admitted to hospitals in Germany between 2007 and 2017 who were diagnosed with ischaemic stroke (ICD 10 I63). The sample included 29,885 patients aged ≥ 90 years. The outcomes analysed were 10-, 30- and 90-day, and 1-, 3- and 5-year mortality and the combinations of death or recurrence, inpatient treatment and increase in long-term care needs. Bivariate chi-square tests and multivariable logistic regression analyses were used, adjusting for the covariates age, sex, co-morbidity, long-term care needs before stroke and socioeconomic status of the patients' region of origin.

Results: between 2007 and 2017, 57.1% of patients aged < 90 years and 49.6% of those aged ≥ 90 years were treated in a SU. The 1-year mortality rate of ≥ 90 -year-olds was 56.9 and 61.9% with and without SU treatment, respectively. The multivariable-adjusted risk of death in ≥ 90 -year-olds with SU treatment was odds ratio (OR) = 0.67 (95% confidence interval [CI] = 0.62-0.73) 10 days after the initial event and OR = 0.76 (95% CI = 0.71-0.82) 3 years after stroke.

Conclusions: even very old patients with stroke benefit from SU treatment in the short and long term. Therefore, SU treatment should be the norm even in older patients.

PMID: 36057988 DOI: 10.1093/ageing/afac197

Publikationsliste 2016 – 2022

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Dezember 2022

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.

2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2020

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

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

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

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

Haas K, Rücker V, Hermanek P, Misselwitz B, Berger K, Seidel G, Janssen A, Rode S, Burmeister C, Matthis C, Koennecke HC, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study.

Seijmonsbergen-Schermer AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binka L, Frith L, Gross MM, Misselwitz B, Hálfhárdóttir 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.eplepsyres.2020.106286. Epub 2020 Feb 5.

2019

Eignung von Qualitätsindikatorensets in der Gesundheitsversorgung für verschiedene Einsatzgebiete – Forschungs- und Handlungsbedarf.

Döbler K, Schrappe M, Kuske S, Schmitt J, Sens B, Boywitt D, Misselwitz B, Nothacker M, Geraedts M. *Gesundheitswesen*. 2019 Oct;81(10):781-787. doi: 10.1055/a-1007-0811. Epub 2019 Oct 1.

Characteristics, management and outcomes of very preterm triplets in 19 European regions.

Dudenhausen JW, Misselwitz B, Piedvache A, Maier RF, Weber T, Zeitlin J, Schmidt S; EPICE Research Group. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019 Dec;147(3):397-403. doi: 10.1002/ijgo.12939. Epub 2019 Sep 15.

Mode of delivery and mortality and morbidity for very preterm singleton infants in a breech position: A European cohort study.

Schmidt S, Norman M, Misselwitz B, Piedvache A, Huusom LD, Varendi H, Barros H, Cammu H, Blondel B, Dudenhausen J, Zeitlin J, Weber T; EPICE Research Group. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Mar;234:96-102. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.01.003. Epub 2019 Jan 11.

2018

[Is it Reasonable to Establish an Independently Managed Obstetric Unit in a Small Hospital and Does it Result in Measurable Changes in Quality of Maternity Care?].

Reitter A, Doehring N, Maden Z, Hessler PA, Misselwitz B. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2019 Jun;223(3):147-156. doi: 10.1055/a-0749-9024. Epub 2018 Dec 7.

Duration and Time Trends in Hospital Stay for Very Preterm Infants Differ Across European Regions.

Maier RF, Blondel B, Piedvache A, Misselwitz B, Petrou S, Van Reempts P, Franco F, Barros H, Gadzinowski J, Boerch K, van Heijst A, Draper ES, Zeitlin J; MOSAIC and EPICE Research Groups. *Pediatr Crit Care Med*. 2018 Dec;19(12):1153-1161. doi: 10.1097/PCC.0000000000001756.

Cohort study from 11 European countries highlighted differences in the use and efficacy of hypothermia prevention strategies after very preterm birth.

Wilson E, Zeitlin J, Piedvache A, Misselwitz B, Christensson K, Maier RF, Norman M, Bonamy AE; EPICE research group. *Acta Paediatr*. 2018 Jan 21

2017

Epidemiology and Outcome of Major Congenital Malformations in a Large German County.

Wittekindt B, Schloesser R, Doberschuetz N, Salzmann-Manrique E, Grossmann J, Misselwitz B, Rolle U. *Eur J Pediatr Surg.* 2019 Jun;29(3):282-289. doi: 10.1055/s-0038-1642630. Epub 2018 May 1.

One decade of oral anticoagulation in stroke patients: Results from a large country-wide hospital-based registry.

Tanislav C, Allendörfer J, Pfeilschifter W, Fuest S, Stein M, Meyer M, Reuter I, Kaps M, Misselwitz B. *Int J Stroke.* 2017 Jan 1

Decision-to-Delivery Time and Perinatal Complications in Emergency Cesarean Section.

Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Sep 4;114(35-36):589-596.

Is mortality a useful parameter for public reporting in pacemaker implantation? Results of an obligatory external quality control programme.

Nowak B, Misselwitz B, Przibille O, Mehta RH. *Europace.* 2017 Apr 1;19(4):568-57

Stroke unit care in Germany: the German Stroke Registers Study Group (ADSR).

Hillmann S, Wiedmann S, Rücker V, Berger K, Nabavi D, Bruder I, Koennecke HC, Seidel G, Misselwitz B, Janssen A, Burmeister C, Matthis C, Busse O, Hermanek P, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR). *BMC Neurol.* 2017 Mar 9;17(1):49

2016

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

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

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

Pfeilschifter W, Farahmand D, Niemann D, Ikenberg B, Hohmann C, Abruscato M, Thonke S, Strzelczyk A, Hedtmann G, Neumann-Haefelin T, Kollmar R, Singer OC, Ferbert A, Steiner T, Steinmetz H, Reihls A, Misselwitz B, Foerch C. *Cerebrovasc Dis.* 2016 Jul 21;42(5-6):415-420

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

Wilson E, Maier RF, Norman M, Misselwitz B, Howell EA, Zeitlin J, Bonamy AK; Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE) Research Group. *J Pediatr.* 2016 Aug;175:61-67.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.016.

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

Stein M, Hamann GF, Misselwitz B, Uhl E, Kolodziej M, Reinges MH. *World Neurosurg.* 2016 Apr;88:306-10. doi: 10.1016/j.wneu.2015.11.075.

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

Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Kolodziej M, Reinges MH, Uhl E. *J Clin Neurosci.* 2016 Apr;26:42-5. doi: 10.1016/j.jocn.2015.05.069.

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

Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Kolodziej MA, Reinges MH, Uhl E. *Biomed Res Int.* 2016;2016:9095263. doi: 10.1155/2016/9095263.



Leseanleitung

Ergebnistabellen der Qualitätsindikatoren sowie der Auffälligkeitkriterien der Bundesverfahren

Die vom IQTIG berechneten Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsindikatoren (blaue Tabellen, Bsp. Abb.9.1) bzw. Auffälligkeitskriterien (grüne Tabellen) sind in entsprechenden „Ergebnistabellen“ dargestellt.

Hier werden neben den IDs auch die Bezeichnung der QIs/AKs abgebildet sowie der Bundesreferenzbereich und das Bundes- sowie das hessische Ergebnis. Ist das hessische Ergebnis signifikant besser so sind die betreffenden Felder bei den Qualitätsindikatoren **grün** (s. Abb. 9.1) hinterlegt. Sollte das hessische Ergebnis im Vergleich zum Bundesergebnis signifikant schlechter ausfallen, so sind die Ergebnisse bei den QIs als auch bei den AKs **grau** hinterlegt.

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	
54143	Systeme 3. Wahl	n. d.	2,02 % 1.352 / 66.880	1,48 % 69 / 4.656	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. 9.1 Muster-Ergebnistabelle der Qualitätsindikatoren

Farbliche Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Landesverfahren

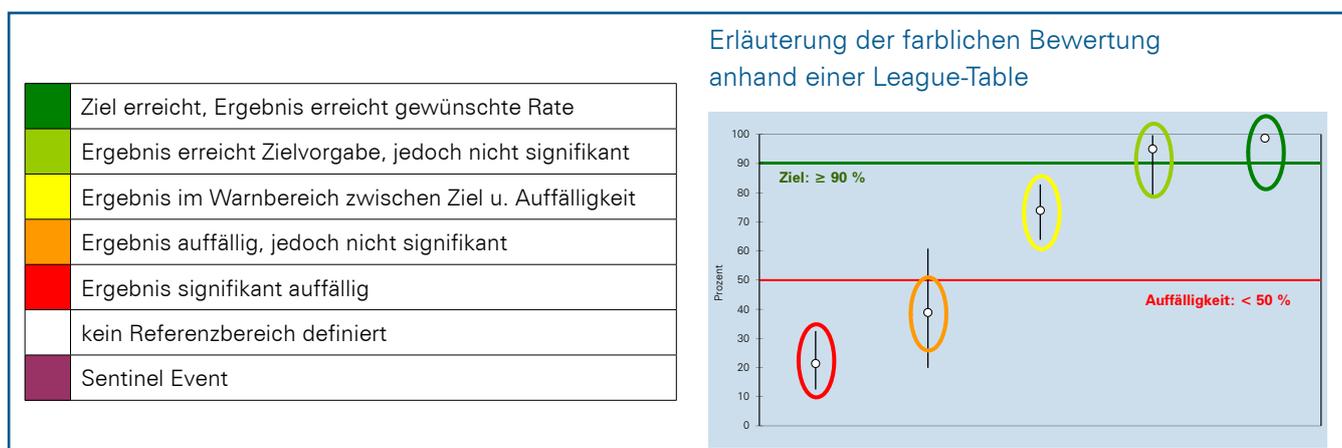


Abb. 9.2

Ärztliches Peer Review

Begehung und Begutachtung einer Klinik und eines Leistungsbereiches durch unabhängige Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet (Peers). Zentrale Aspekte des Peer Reviews sind der Dialog auf Augenhöhe, Wertschätzung und gegenseitiges Lernen. Zusammen mit der Klinik werden die Strukturen und Prozesse in der jeweiligen Abteilung und im Rahmen des jeweiligen Leistungsverfahrens diskutiert. Damit soll das Review einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Prozesse und zur Qualitätssicherung in der Klinik leisten.

Auffälligkeit

Unterschied rechnerische vs. statistische Auffälligkeit

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

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

Bundesbezogene QS-Verfahren

In diesen QS-Verfahren finden aufgrund der kleinen Anzahl durchführender Leistungserbringer*innen die Stellungnahmeverfahren direkt über das IQTIG statt. Es handelt sich dabei zurzeit um die Verfahren der Transplantationsmedizin und Herzchirurgie. Die Datenannahme läuft hier über die Datenannahmestelle der Krankenhäuser.

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*innen 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 Leistungserbringer*innen im Rahmen der externen Qualitätssicherung dokumentierten Daten auf Korrektheit, Vollständigkeit und Vollzähligkeit. Folgende Verfahren kommen hierbei zur Anwendung:

- **Statistische Basisprüfung**

Mit der statistischen Basisprüfung werden an Hand bestimmter Kriterien die vorliegenden Daten der Qualitätssicherung auf „inhaltliche“ Unplausibilität geprüft. Weiterhin sollen mit Hilfe einiger Kennzahlen zum Teil unter Nutzung von Risikomodellen unglaubwürdige Ergebnisse aufgedeckt werden.

- **Stichprobenverfahren**

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 Unterdokumentation (< 95 % Vollzähligkeitsrate) sowie eine Überdokumentation (> 110 %) führt in der Regel zu einem Stellungnahmeverfahren.

- **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 Leistungsbereiches nicht für die Dokumentation geeignet ist. Minimaldatensätze werden für die Sollstatistik gezählt, nicht aber zur Berechnung von Indikatoren verwendet. Eine Rate von mehr als 5 % Anteil an MDS in einem Modul kann in der Regel ein Stellungnahmeverfahren 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/-kennzahlen.

Follow-Up

Nachbeobachtung einer initialen Versorgungsleistung zu weiteren Zeitpunkten. Follow-Up-Indikatoren bewerten die Qualität des Behandlungsergebnisses unter Berücksichtigung dieser weiteren Beobachtungen über einen festgelegten Zeitraum (z. B. 1-Jahres-Follow-up).

Länderbezogene Verfahren

Diese Verfahren betreffen vergleichsweise viele Leistungserbringer*innen, Das Stellungnahmeverfahren wird von den Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) durchgeführt.

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) eines interessierenden Ereignisses zur erwarteten Rate (expected, E). Die beobachtete Rate gibt an, wie häufig das interessierende Ereignis (z.B. Auftreten einer Komplikation) eingetreten ist. Die erwartete Rate gibt an, wie häufig basierend auf einer Referenzpopulation erwartet wird, dass das interessierende Ereignis unter Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren eintritt. Zur Berechnung der erwarteten Raten werden Regressionsmodelle herangezogen, die in der Regel auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet beispielsweise, dass die beobachtete Rate eines interessierenden Ereignisses um den Faktor 1,2 größer ist als die erwartete Rate (also um 20%). Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate eines interessierenden Ereignisses um 10% kleiner ist als die erwartete. Ein O/E-Wert von 1 bedeutet, dass die unter Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen eingetreten ist.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)

Sinn und Zweck der planungsrelevanten Indikatoren soll sein, den Planungsbehörden der Länder Entscheidungsgrundlage für die Krankenhausplanung zu liefern. Die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sollen an die Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden und diesen Einrichtungen Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse an die Hand geben. Es sollen quartalsweise Zwischenberichte (Quartals- und rollierende Jahresauswertungen) zu den plan. QI's vom IQTIG erstellt werden. Die Berichte gehen an die DAS, die diese an die Kliniken weiterleitet. Auffälligkeiten in den Auswertungen sollen zu Mitteilungen an das Krankenhaus durch die LAG führen. Krankenhäuser, die in der Jahresauswertung statistisch auffällig werden, lösen eine Datenvalidierung aus.

Plausibilitätsprüfung

Prüfung der Daten auf Korrektheit und Vollständigkeit.

Pseudonymisierung

„Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, in der die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die Daten keiner betroffenen Person zugewiesen werden können“ (§ 46 Bundesdatenschutzgesetz).

Qualitätsindikatoren

Konstrukt, das aus Versorgungsdaten nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität ableitet. Jeder Qualitätsindikator hat ein Qualitätsziel, ein spezifisches Dokumentations- und Messverfahren und ein Bewertungskonzept. Das Indikatorergebnis für einen Leistungserbringer wird basierend auf dem Referenzbereich als rechnerisch auffällig oder unauffällig bewertet (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Rechnerische Auffälligkeit

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

Referenzbereich

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

Zielbereich:

anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

Auffälligkeitsbereich:

Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

Risikoadjustierung

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z. B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (IQTIG) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z. B. Tod) eintritt. Risikoadjustierte Ergebnisse werden immer als O/E-Ratio angegeben.

Risikostatistik

Jedes Krankenhaus muss jährlich, neben einer Sollstatistik, auch eine Risikostatistik erstellen und an die DAS übermitteln. Es handelt sich hier um einen Bestandteil der QS-Spezifikation. Diese wird aktuell zur Risikoadjustierung im Verfahren DEK verwendet.

Rollierende Auswertungen

Hierbei handelt es sich um nach einem bestimmten Turnus erstellte und aktualisierte Auswertungen, z. B. eine quartalsweise Darstellung, bei der das aktuelle Quartal den letzten vier Quartalen (diese beinhalten auch das aktuelle Quartal) gegenübergestellt wird.

Beispiel:

Die Ergebnisse des 4. Quartals stehen den Ergebnissen des 1. – 4. Quartals 2017 (1. Quartal 2017 + 2. Quartal 2017 + 3. Quartal 2017 + 4. Quartal 2017) gegenüber.

Für die Auswertung im nachfolgenden Quartale (z. B. 1. Quartal 2018) wird Darstellung für die vier Quartale dementsprechend angepasst. Dabei ersetzt das aktuelle Quartal das „älteste“ Quartal (in diesem Beispiel 2. Quartal 2017 + 3. Quartal 2017 + 4. Quartal 2017 + 1. Quartal 2018).

Sentinel Event

Sentinel Events sind seltene, schwerwiegende Ereignisse von besonderer Bedeutung. Jeder Fall in einem Sentinel-Event-Indikator führt zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die eine weitere Beurteilung im Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren nach sich zieht, bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Spezifikation

Bei der Spezifikation handelt es sich um die Datensatzbeschreibung, d. h. Festlegung, wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden und welche Instrumente dafür geeignet sind (z. B. für Plausibilitätsprüfungen).

Eine Spezifikation besteht aus Dateien für die technische Realisierung, Softwareprodukten zum Einsatz bei den Verfahrensteilnehmern und Dokumenten zur Erläuterung der Umsetzung. Ziel der Spezifikationen ist eine identische Umsetzung der Vorgaben. Dies erhöht die Dokumentationsqualität und sorgt für ein höchstes Maß an Datenschutz.

Statistische Auffälligkeit

Eine statistische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer auch unter Berücksichtigung fallzahlbedingter statistischer Unsicherheit außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ergänzend zur rechnerischen Auffälligkeit berücksichtigt die statistische Auffälligkeit damit, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Diese Einflüsse fallen bei kleineren Fallzahlen stärker ins Gewicht als bei größeren. Ein rechnerisch unauffälliges Ergebnis ist stets auch statistisch unauffällig. Für planungsrelevante Qualitätsindikatoren ziehen statistische Auffälligkeiten üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Stellungnahmeverfahren), bei der entschieden wird, ob es sich um eine indikative Auffälligkeit handelt (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Strukturierter Dialog/ Stellungnahmeverfahren

Bei Leistungserbringer*innen mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Ergebnis eines Qualitätsindikators liegt außerhalb eines bundes- oder landesweit definierten Referenzbereiches) wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Fachgremium ein Strukturierter Dialog (Landesverfahren) bzw. Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Hierbei wird zur Klärung eines oder mehrerer abweichender 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. (www.iqtig.de)

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

Ein Vertrauensbereich ist ein Bereich um einen berechneten Ergebniswert eines Indikators. Der Vertrauensbereich berücksichtigt, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Die Breite des Vertrauensbereichs gibt an, wie stark diese unbeobachteten Einflüsse ins Gewicht fallen. Je schmaler der Vertrauensbereich, desto belastbarer ist die Information, die aus den erhobenen Daten über das Ergebnis gewonnen werden kann. Die Breite des Vertrauensbereichs hängt unter anderem von der Fallzahl ab, die dem Ergebnis zugrunde liegt. Je größer die Fallzahl, desto schmaler ist der Vertrauensbereich. Liegt der Vertrauensbereich eines Ergebnisses außerhalb des Referenzbereiches, so ist das Ergebnis auch unter Berücksichtigung der unbeobachteten Einflüsse auffällig (Qualitätsreport IQTIG).

Abkürzungsverzeichnis

4MRGN	s. MRGN	GQH	Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
AK	Auffälligkeitskriterium	H	Hinweis
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums	HE	Hessen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung	HEP	Hüftendoprothesenversorgung
aQua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	HEP_IMP	Hüftendoprothesenimplantation
ASA	American Society of Anesthesiologists (Schema zur Klassifikation von Patient*innen nach Risikogruppen)	HEP_WE	Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel
BI	Barthel-Index (Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag)	HER2	human epidermal growth factor receptor 2 (epidermaler Wachstumsfaktor)
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie	HGV	Hüftgelenkversorgung
BQS	vormals Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung jetzt Institut für Qualität und Patientensicherheit	HHyGVo	Hessische Hygieneverordnung
CHE	Cholezystektomie	HI	Hirninfarkt
CT	Computertomografie	HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
DA	Versorgungsgebiet Darmstadt	HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
DAS	Datenannahmestelle	HSMDEF	Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren
DEF / DEFI	implantierbare Defibrillatoren	IAT	Intraarterielle Therapie
DEK	Dekubitusprophylaxe	ICB	Intrazerebrale Blutung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)
DIAL	Dialyse	ID	Identifikationskennzahl
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
DOAK	Direkte orale Antikoagulanzen	INR	Internatiol Normalized Ratio (Gerinnungsfähigkeit des Blutes)
DS/DSA	Digitale Subtraktionsangiografie	INVN	Interdisziplinäres Neurovaskuläres Netzwerk Rhein-Main
DV	Datenvalidierung	i.V.m.	in Verbindung mit
EDOK	Einrichtungsspezifische Dokumentation	KB	keine Bewertung
E-E-Zeit	Zeit vom Entschluss zur Notsectio bis zur Entbindung	KEP	Knieendoprothesenversorgung
EJ	Erfassungsjahr	KEP_IMP	Knieendoprothesenimplantation
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung	KEP_WE	Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel
FAST	SchlaganFAllconSortTium Rhein-Neckar	KG	Kollegiale Fachgespräche
FD-HEF	Versorgungsgebiet Fulda - Bad Hersfeld	KH	Krankenhaus
FFM-OF	Versorgungsgebiet Frankfurt am Main - Offenbach	KS	Versorgungsgebiet Kassel
FRBI	Frührehabilitations-Barthel-Index	KSV	kein Stellungsverfahren
FU	Follow-up	KV	Kassenärztliche Vereinigung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	LÄKH	Landesärztekammer Hessen
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts	LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
GI-MR	Versorgungsgebiet Gießen - Marburg	LAGQH	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
GKiKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	LB	Leistungsbereich
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	LE	Leistungserbringer

MACCEmajor adverse cardiac and cerebrovascular events (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen)	QIQualitätsindikator
MDMedizinischer Dienst	QI-IDIdentifikationsnummer des Qualitätsindikators
MDSMinimaldatensatz	QMQualitätsmanagement
MRMagnetresonanz	QSQualitätssicherung
MREMultiresistente Erreger	QSKH-RLRichtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
MRGNMultiresistente gramnegative Erreger	QSFFx-RLRichtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femur- fraktur
MRSAMethicillin-resistenter Staphylococcus aureus	QSRQualitätssicherung mit Routinedaten
MRTMagnetresonanztomografie	QUqualitativ unauffällig
NAnzahl	r.a.E.rechnerisch auffällige Ergebnisse
NGSNasogastrale Sonde	RLRichtlinie
NIH-SSNational Institut of Health Stroke Scale	SASchlaganfall
NWIEANosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Befragung ambulant	SABSubarachnoidalblutung
NWIESNosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Befragung stationär	SDStrukturierter Dialog
NWIFNosokomiale Wundinfektion	SESentinel Event
n. b.nicht berechnet	SGBSozialgesetzbuch
n. d.nicht definiert	SNVStellungnahmeverfahren
n. n. b.nicht näher benannt	SOStandort
O/EVerhältnis der beobachteten (o bserved) zur erwarteten (e xpected) Rate	SSWSchwangerschaftswoche
OPOperation	Statstationär
OPSOperationen- und Prozedurenschlüssel	stat. auffälligstatistisch auffällig
PBPatientenbefragung	SUStroke Unit
PCIPerkutane Koronarintervention	SVStellungnahmeverfahren
PDPrivatdozent	SVLFGSozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
PEGPerkutane endoskopische Gastrostomie	TIATransitorisch Ischämische Attacke
PEJPerkutane endoskopische Jejunostomie	TICIThrombolysis in Cerebral Infarction
PfIBGPflegerberufegesetz	Tsd.Tausend
PID/PI-DatenPatienten Identifizierende Daten	VDEKVerband der Ersatzkassen e. V.
plan. QI-RLRichtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	VGVersorgungsgebiet
PNEUPneumonie	VHFVorhofflimmern
POAPresent on Admission	VKVollkraft
PPCIPatientenbefragung PCI	WI-LMVersorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg
QAqualitativ auffällig	VWDVerweildauer
QBQualitätsbericht	WIWundinfektion
Qb-RRegelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	WI-AWundinfektion ambulant
Qesü-RLRichtlinie über einrichtungs- und sektorüber- greifende Maßnahmen der Qualitätssicherung	WI-SWundinfektion stationär
QFR-RLQualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene	

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 HKG, S. 5 LAGQH

© LAGQH GbR 2023



LAGQH

**Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen GbR**

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Telefon: (06196) 5 86 52 50

Telefax: (06196) 5 86 52 58

eMail: info@lagqh.de

Internet: www.lagqh.de