

TOP 2: Die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung in Hessen

Externe Qualitätssicherung 2024 – Teil B – 31.01.2024

Simone Puttins / Dr. Björn Misselwitz



AGENDA



Schlaganfallversorgung

- Schlaganfall - Akutbehandlung
- Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

Herr Dr. Misselwitz

Frau Puttins

MRE-Projekt Hessen

Frau Puttins



Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation



Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

- Spezifikation 2024
- Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für 2023/2024
- Sonstiges

- Spezifikation 2024
- Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für 2023/2024
- Sonstiges

Alt (bis 2023)

QS-Filter SA-HE

(HDIAG IN SA_ICD_HI ODER HDIAG IN SA_ICD_ICB ODER HDIAG IN SA_ICD_SAB) UND DIAG KEINSIN SA_ICD_EX UND (PROZ KEINSIN SA_OPS_FR ODER PROZ EINSIN SA_OPS_NKOMP) UND ALTER >= 18

Neu (ab 2024)

QS-Filter SA-HE

(HDIAG IN SA_ICD_HI ODER HDIAG IN SA_ICD_ICB ODER HDIAG IN SA_ICD_SAB) UND DIAG KEINSIN SA_ICD_EX UND (PROZ KEINSIN SA_OPS_FR ODER PROZ EINSIN SA_OPS_NKOMP) UND ALTER >= 18

Zählleistungsbereiche (ZLB):

ZLB HI (I63/G45)

ZLB ICB (I61)

ZLB SAB (I60)

Erweiterung der methodischen Sollstatistik !

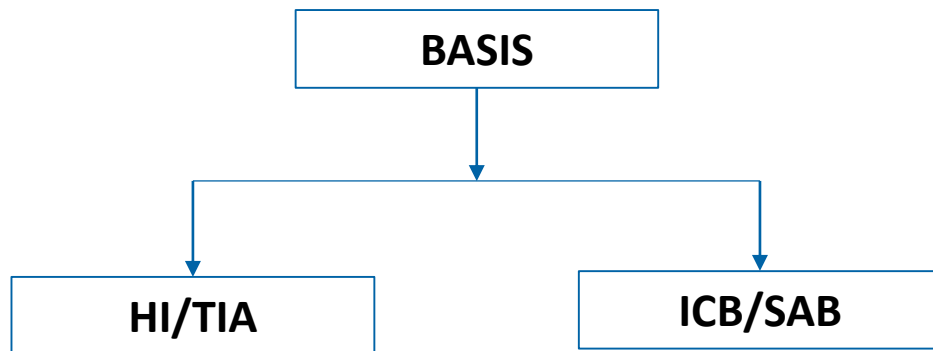
Auszug methodische Sollstatistik

Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (LZ):

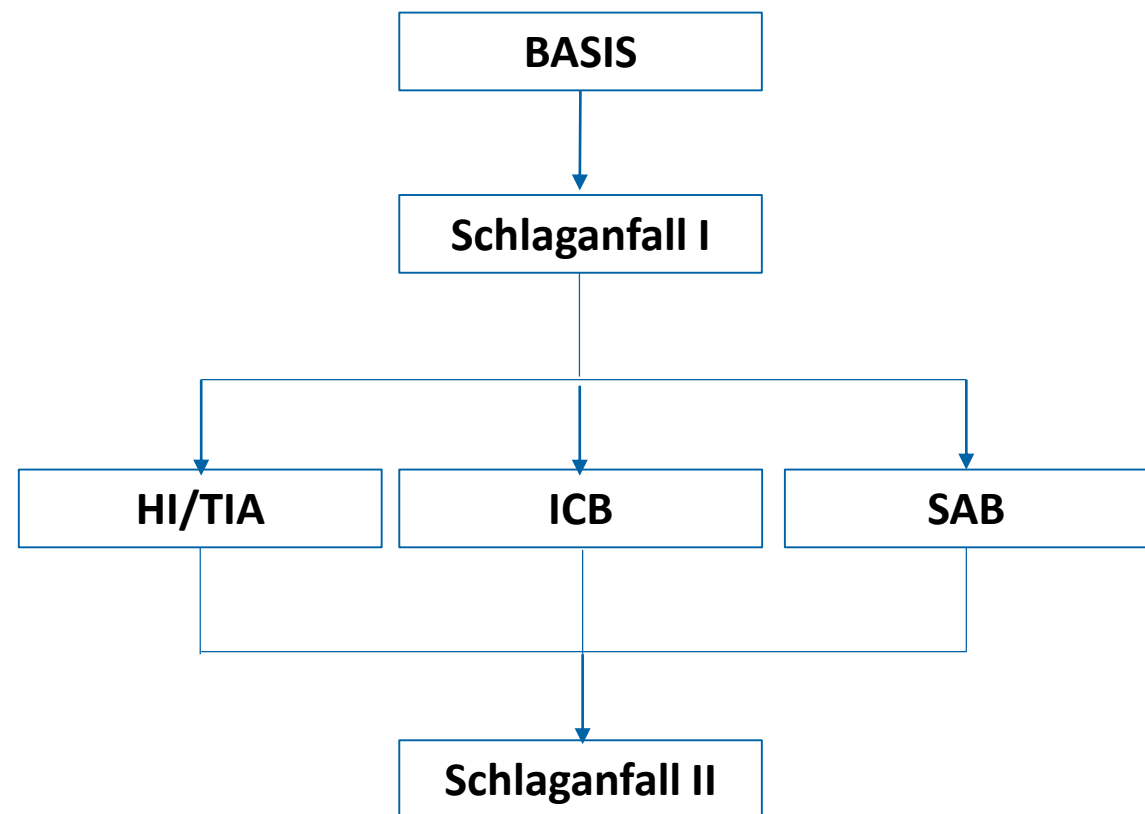
Modul	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fäl- len	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt- Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2024	2. Quartal 2024	3. Quartal 2024	4. Quartal 2024						
QS-Verfahren-Schlaganfall											
SA_HE_HITIA (nur-Hessen)	2024	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
SA_HE_ICB (nur-Hessen)	2024	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
SA_HE_SAB (nur-Hessen)	2024	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
QS-Verfahren-MRE											
MRE_HE_MRSA (nur-Hessen)	2024	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
MRE_HE_MRGN (nur-Hessen)	2024	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○

QS-Instrument

Alt (bis 2023)



Neu (ab 2024)



QS-Filter / QS-Instrument

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) ~~und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung)~~ und die Aufnahme ist im Jahr 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2024

		□□□□□
10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
11	Aufnahmezeit Krankenhaus HH:MM	□□:□□
12	Aufnahmegrund §301-Vereinbarung	□□□□
	Schlüssel 1	
13	Hauptdiagnose ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses	□□□.□□

Seit 2023 werden auch die vorstationären Fälle (Aufnahmegrund 04xx) ausgelöst

Ab 2024 wird der 4-stellige Aufnahmegrund abgefragt

QS-Instrument

Alt (bis 2023) HI/TIA bzw. ICB/SAB

52-58	AUFNAHME
52	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="text"/><input type="text"/></div> 1 = <= 1 h 2 = > 1 – 2 h 3 = > 2 – 3 h 4 = > 3 – 4 h 5 = > 4 – 5 h 6 = > 5 – 6 h 7 = > 6 – 9h 8 = > 9 – 24 h 9 = > 24 - 48 h 10 = > 48 h 11 = Inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich
<i>wenn Feld 52 = 11</i>	
53.1>	Datum des Inhouse-Stroke TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
53.2>	Uhrzeit des Inhouse-Stroke HH:MM <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

Neu (ab 2024) Schlaganfall

18-24	AUFNAHME
18	Inhouse-Stroke 0 = nein 1 = ja
19	Schlaganfalldatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Uhrzeit des Schlaganfalls (+/- 15 Minuten) HH:MM <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>wenn Feld 20 leer:</i>	
21>	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="text"/><input type="text"/></div> 1 = <= 1 h 2 = > 1 – 2 h 3 = > 2 – 3 h 4 = > 3 – 4 h 5 = > 4 – 5 h 6 = > 5 – 6 h 7 = > 6 – 9 h 8 = > 9 – 24 h 9 = > 24 – 48 h 10 = > 48 h 11 = Wake-up Stroke 12 = keine Angabe möglich

QS-Instrument

Alt (bis 2023)

HI/TIA bzw. ICB/SAB

Vorbehandlung mit
Antikoagulanzen

- 0 = nein
- 1 = Vitamin K-Antagonisten
- 2 = DOAK (direkte orale Koagulanzen)

Neu (ab 2024)

Schlaganfall

Vorbehandlung mit
Antikoagulanzen

- 0 = nein
- 1 = Vitamin K-Antagonisten
- 2 = Thrombinhemmer (Dabigatran)
- 3 = Faktor Xa Inhibitor (Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban)

ICB/SAB

Normalisierung INR

1 = ja

Antagonisierung DOAK

1 = ja

ICB

Neu (ab 2024)

ICB

50	Hypertonie bei Aufnahme (Def.: RR-Syst > 140mmHg): 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 50 = 1		
50.1>	Blutdrucksenkende Therapie innerhalb von 1h nach Aufnahme durchgeführt? 0 = keine blutdrucksenkende Therapie durchgeführt 1 = Blutdrucksenkende Therapie erfolgreich (Def. RR-syst < 140 mmHg) durchgeführt 2 = Blutdrucksenkende Therapie nicht erfolgreich (Def. RR-syst < 140 mmHg) durchgeführt	<input type="checkbox"/>

Geplante Neue Kennzahlen: I32– Blutdrucksenkende Therapie

- I32a
Blutdrucksenkende Therapie innerhalb 1 h nach Aufnahme
 - *Zähler:* Alle Patient*innen mit blutdrucksenkender Therapie innerhalb 1 h nach Aufnahme
 - *Nenner:* Patient*innen mit Hypertonie bei Aufnahme und ICB

- I32b
Erfolgreiche blutdrucksenkende Therapie
 - *Zähler:* Alle erfolgreichen Therapien (Feld 50.1=1)
 - *Nenner:* ICB und blutdrucksenkende Therapie durchgeführt (Feld 50.1=1;2)

AGENDA

- Spezifikation 2024
- **Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für 2023/2024**
- Sonstiges

- Keine Änderung der Auffälligkeitsbereiche für 2023
- Anpassung des QI 13c (Angio im Anschluss an native Bildgebung) – Beschränkung auf Hirninfarkt-Fälle mit NIHSS ≥ 6
- Kennzahlen zur Mismatch-Diagnostik mit Zielwert definiert (25%-Perzentile)
- Bereitstellung der Auswertungen zum EJ 2023 für Anfang April 2024 geplant



Q-ID	Gesamtfallzahl Q3/2023 (ohne Minimaldatensätze): 4462	Referenzwerte		Q3/2023	Q4/2022 - Q3/2023	Jahr 2022
		Ziel:	Auffälligkeit:	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,46 %		96,46 % [95,77 ; 97,04] 3163 / 3279 Fällen	96,55 % [96,23 ; 96,84] 13108 / 13577 Fällen	96,63 % [96,32 ; 96,91] 14008 / 14497 Fällen
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: >= 79,70 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 79,20 %		79,20 % [77,06 ; 81,19] 1169 / 1476 Fällen	75,66 % [74,60 ; 76,69] 4924 / 6508 Fällen	67,80 % [66,74 ; 68,85] 5094 / 7513 Fällen
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 93,46 %		93,46 % [91,36 ; 95,08] 643 / 688 Fällen	90,25 % [89,14 ; 91,26] 2703 / 2995 Fällen	84,04 % [82,71 ; 85,28] 2627 / 3126 Fällen
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 94,05 %		94,05 % [93,28 ; 94,74] 3797 / 4037 Fällen	93,82 % [93,45 ; 94,18] 15507 / 16528 Fällen	93,97 % [93,60 ; 94,33] 15449 / 16440 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,76 %		96,76 % [96,06 ; 97,33] 2923 / 3021 Fällen	97,04 % [96,73 ; 97,32] 12339 / 12715 Fällen	96,97 % [96,66 ; 97,25] 12885 / 13288 Fällen
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,60 %		96,60 % [95,89 ; 97,18] 2953 / 3057 Fällen	95,49 % [95,13 ; 95,83] 12865 / 13472 Fällen	93,52 % [93,13 ; 93,90] 14685 / 15702 Fällen
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 85,49 %		85,49 % [81,93 ; 88,45] 383 / 448 Fällen	77,72 % [75,86 ; 79,48] 1577 / 2029 Fällen	64,05 % [62,05 ; 66,01] 1445 / 2256 Fällen
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: >= 75,00 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 79,17 %		79,17 % [74,11 ; 83,46] 228 / 288 Fällen	77,91 % [75,45 ; 80,19] 917 / 1177 Fällen	73,89 % [71,20 ; 76,42] 801 / 1084 Fällen
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: >= 90,00 % Auffälligkeit: < 77,10 % Ø in Hessen: 90,12 %		90,12 % [86,83 ; 92,66] 365 / 405 Fällen	89,76 % [88,21 ; 91,13] 1490 / 1660 Fällen	90,90 % [89,34 ; 92,25] 1369 / 1506 Fällen
25a-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	Ziel: >= 78,40 % Auffälligkeit: < 50,00 % Ø in Hessen: 72,04 %		72,04 % [66,74 ; 76,79] 219 / 304 Fällen	69,11 % [66,53 ; 71,58] 886 / 1282 Fällen	66,49 % [63,72 ; 69,16] 768 / 1155 Fällen
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: >= 90,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 86,84 %		86,84 % [82,58 ; 90,19] 264 / 304 Fällen	88,38 % [86,51 ; 90,02] 1133 / 1282 Fällen	86,58 % [84,49 ; 88,43] 1000 / 1155 Fällen
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 89,26 %		89,26 % [82,48 ; 93,61] 108 / 121 Fällen	90,12 % [87,21 ; 92,42] 456 / 506 Fällen	85,14 % [81,57 ; 88,13] 384 / 451 Fällen
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,44 %		97,44 % [96,47 ; 98,14] 1369 / 1405 Fällen	97,60 % [97,19 ; 97,96] 5987 / 6134 Fällen	97,55 % [97,14 ; 97,90] 6281 / 6439 Fällen
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,64 %		96,64 % [95,65 ; 97,42] 1555 / 1609 Fällen	96,88 % [96,45 ; 97,27] 6682 / 6897 Fällen	96,02 % [95,54 ; 96,45] 6760 / 7040 Fällen
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,50 %		96,50 % [94,76 ; 97,68] 607 / 629 Fällen	95,90 % [95,09 ; 96,58] 2619 / 2731 Fällen	95,53 % [94,71 ; 96,23] 2735 / 2863 Fällen
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,93 %		96,93 % [96,36 ; 97,42] 4015 / 4142 Fällen	96,31 % [96,02 ; 96,58] 16559 / 17193 Fällen	95,56 % [95,25 ; 95,85] 17472 / 18284 Fällen
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: >= 91,40 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 86,23 %		86,23 % [83,98 ; 88,22] 877 / 1017 Fällen	84,38 % [83,31 ; 85,39] 3975 / 4711 Fällen	85,74 % [84,75 ; 86,69] 4282 / 4994 Fällen
11-004	Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,60 Hessen: 3,70% O/E=0,73		0,73 [0,61 ; 0,87] 115 / 3104 Fällen	0,89 [0,82 ; 0,96] 640 / 13061 Fällen	0,89 [0,83 ; 0,96] 661 / 13677 Fällen

Quartalsauswertungen:

Rollierende Ergebnisse
(immer die vier letzten Quartale)

oder

Kumulierende Ergebnisse ?
(nur die fortlaufenden Quartale
des aktuellen Jahres)

AGENDA

- Spezifikation 2024
- Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für 2023/2024
- **Sonstiges**

- (Wieder-)Einführung von Auffälligkeitskriterien geplant
- Datenvalidierungen vor Ort (ggf. im Rahmen von QS-Maßnahmen)
- Treffen der Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall Hessen (ASH) im April 2024
- Weiterentwicklung des Datensatzes in Absprache mit der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG)

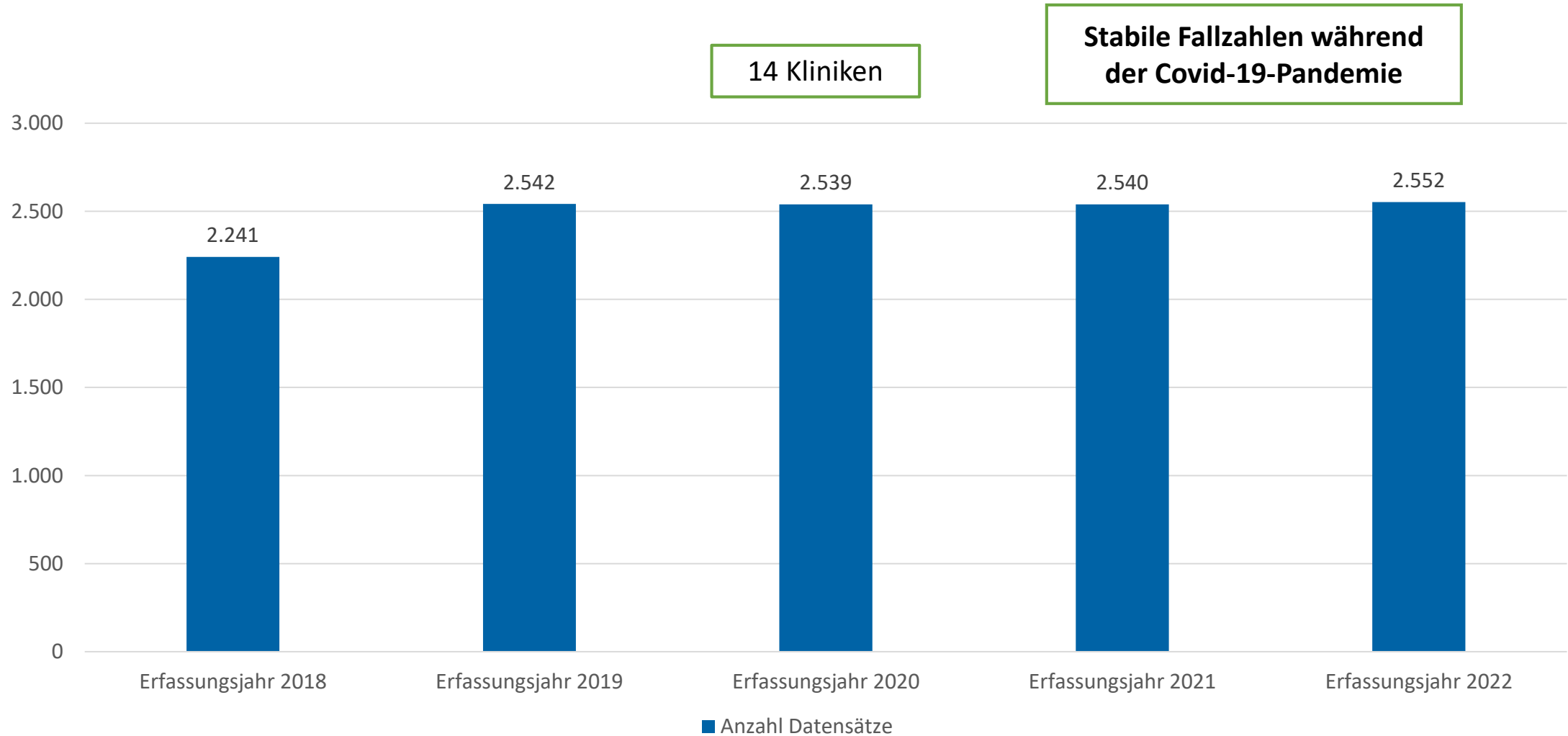


Schlaganfall-Projekt

Schlaganfall - Akutbehandlung

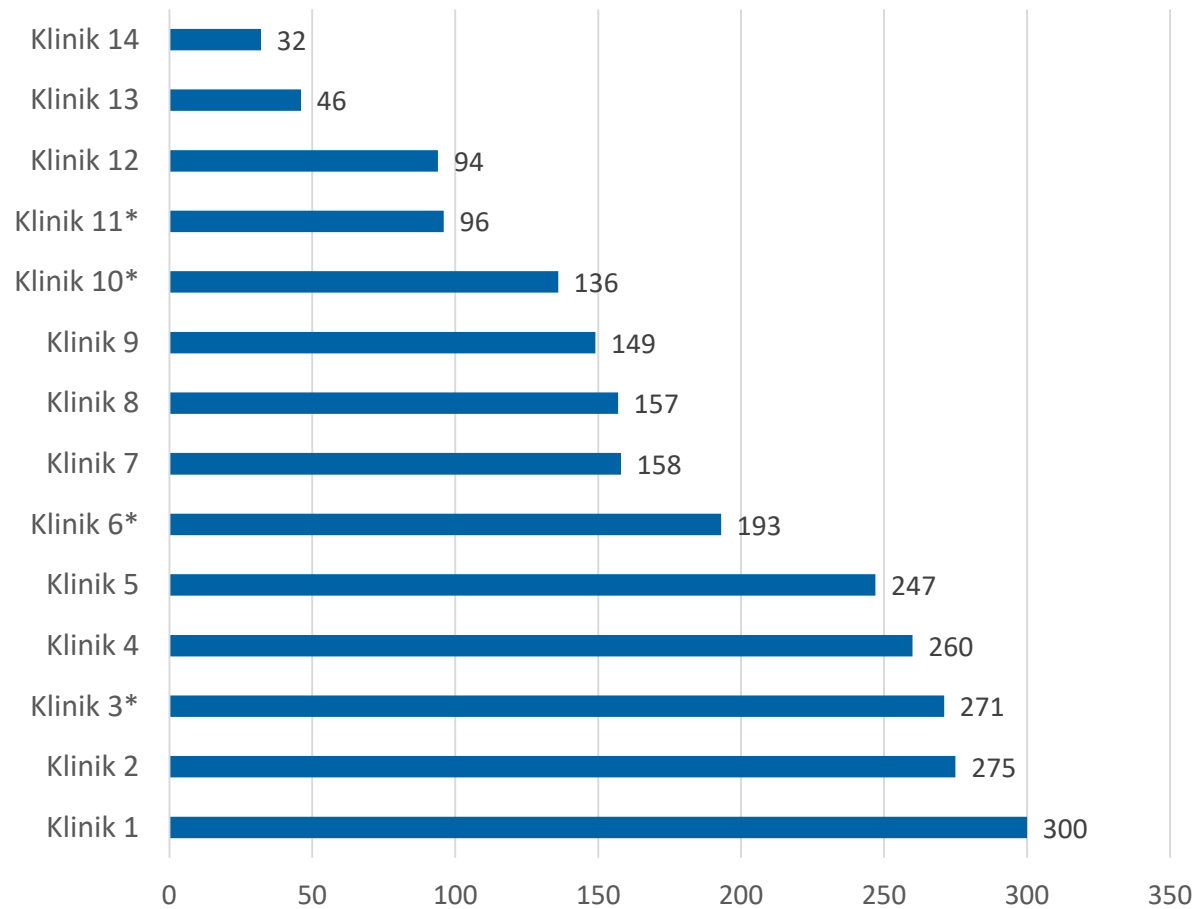
Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

Fallzahlverteilung Phase B von 2018 - 2022

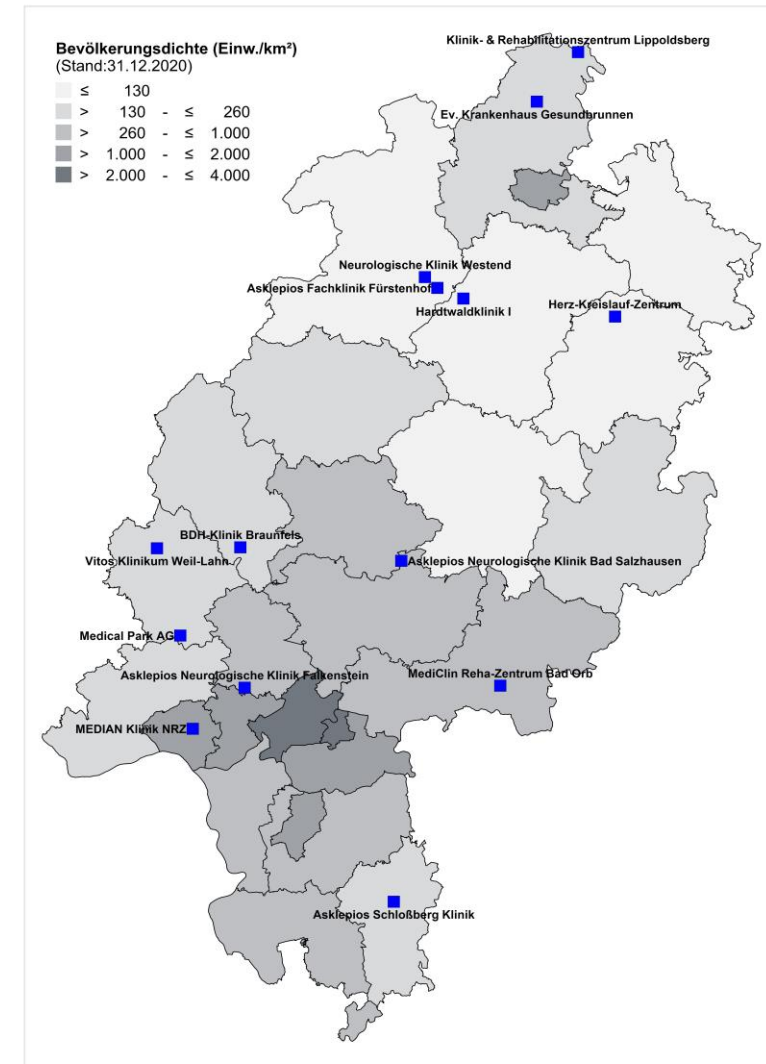


Einrichtungen/Fallzahlen der Phase B nach SA

Fallzahlen EJ 2022 (N=2.552)

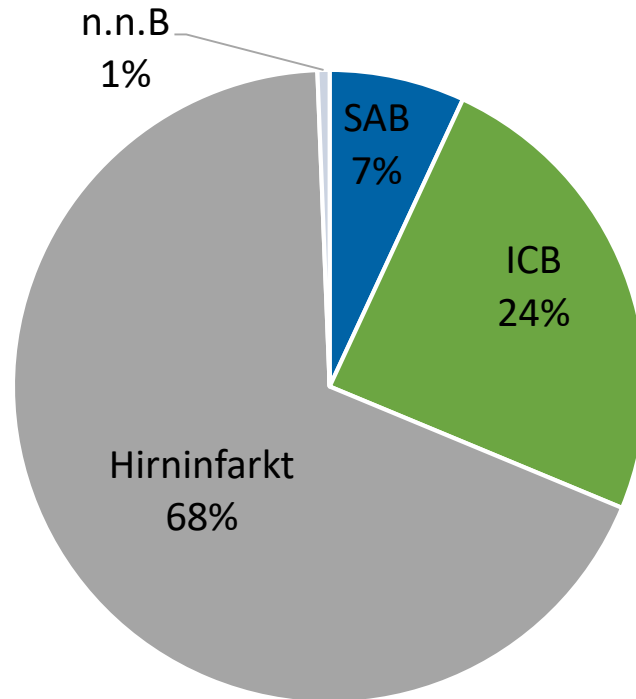


*Beatmungsplätze

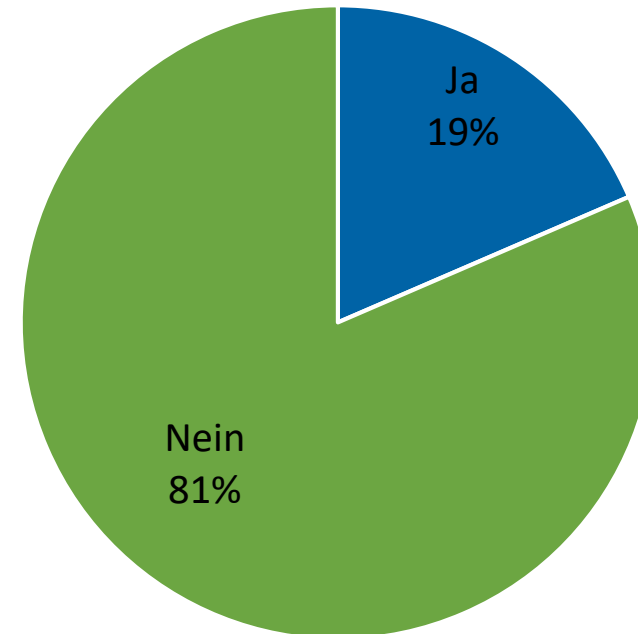


Hauptdiagnosen und Beatmungsfälle in der Phase B (Erfassungsjahr 2022)

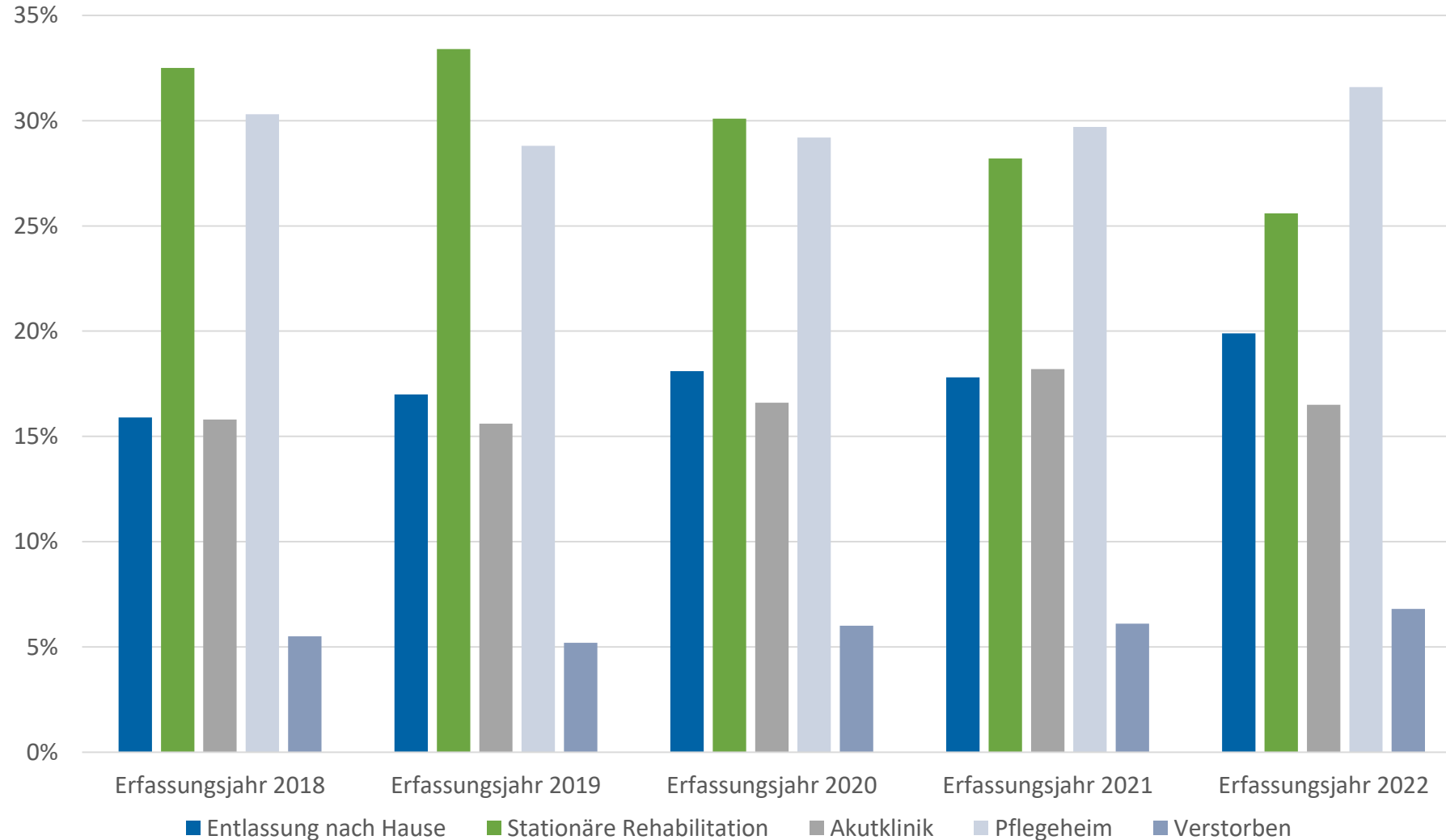
Diagnoseverteilung



Beatmung bei Aufnahme



Entlassungs-/Verlegungsstatus 2018 – 2022 (Phase B)



Ziel- und Auffälligkeitsbereiche

Kennzahlen	Kurzbezeichnung	Zielbereich	Auffälligkeitsbereich
1-4	Rückbildungen (Schluckstörungen,Verständigungsstörungen) Mobilitätsverbesserung Dekanülierung	75%-Perzentile Hessen	10%-Perzentile Hessen
5a-d	Sterblichkeit	25%-Perzentile Hessen	90% Perzentile Hessen
6-9	Devices bei Entlassung/Verlegung Entwöhnung	75%-Perzentile Hessen	10%-Perzentile Hessen
10a-b	Dekubitus	25%-Perzentile Hessen	90% Perzentile Hessen

Ergebnisübersicht Erfassungsjahr 2022

Hessen

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 2540

QI-ID Siehe Seite		Referenzwerte	Ergebnis 2021 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Q1/2022 - Q4/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
1 Seite 4	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: $\geq 46,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,00\%$ Ø in Hessen: 31,50 %	31,50 % [29,48 ; 33,59] 617 / 1959 Fällen	32,01 % [29,93 ; 34,16] 596 / 1862 Fällen
1a Seite 5	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\geq 53,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 15,90\%$ Ø in Hessen: 33,63 %	33,63 % [31,17 ; 36,18] 457 / 1359 Fällen	33,21 % [30,71 ; 35,8] 437 / 1316 Fällen
1b Seite 6	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	34,25 % [29,55 ; 39,29] 124 / 362 Fällen
1c Seite 7	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	29,28 % [25,55 ; 33,31] 154 / 526 Fällen
2 Seite 8	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	Ziel: $\geq 48,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 26,80\%$ Ø in Hessen: 38,92 %	38,92 % [36,36 ; 41,55] 527 / 1354 Fällen	37,92 % [35,3 ; 40,62] 482 / 1271 Fällen
3a Seite 9	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte)	Ziel: $\geq 21,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,80\%$ Ø in Hessen: 16,18 %	16,18 [14,69 ; 17,8] 347 / 2144 Fällen	16,83 % [15,27 ; 18,52] 343 / 2038 Fällen
3b Seite 10	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte)	Ziel: $\geq 10,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,90\%$ Ø in Hessen: 8,16 %	8,16 % [7,08 ; 9,4] 175 / 2144 Fällen	8,29 % [7,17 ; 9,57] 169 / 2038 Fällen
4 Seite 11	Dekanülierung	Ziel: $\geq 60,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 36,30\%$ Ø in Hessen: 56,90 %	56,90 % [52,83 ; 60,87] 330 / 580 Fällen	64,39 % [59,56 ; 68,95] 255 / 396 Fällen



Ergebnisübersicht Erfassungsjahr 2022

5 Seite 12	Sterblichkeit	Ziel: $\leq 1,80\%$ Auffälligkeit: $\geq 9,70\%$ Hessen: 36,18% 6,10%	6,10% [5,24 ; 7,1] 155 / 2540 Fällen	6,75% [5,82 ; 7,82] 163 / 2414 Fällen
5a Seite 13	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 12,20\%$ Ø in Hessen: 4,73%	4,73% [3,86 ; 5,79] 88 / 1860 Fällen	4,30% [3,45 ; 5,35] 76 / 1766 Fällen
5b Seite 14	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma	Ziel: $\leq 5,40\%$ Auffälligkeit: $\geq 15,00\%$ Ø in Hessen: 9,85%	9,85% [7,83 ; 12,32] 67 / 680 Fällen	13,43% [11,02 ; 16,27] 87 / 648 Fällen
5c Seite 15	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,80\%$ Ø in Hessen: 2,17%	2,17% [1,58 ; 2,98] 37 / 1706 Fällen	2,12% [1,53 ; 2,93] 35 / 1654 Fällen
5d Seite 16	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: $\leq 4,20\%$ Auffälligkeit: $\geq 8,30\%$ Ø in Hessen: 6,55%	6,55% [4,51 ; 9,42] 26 / 397 Fällen	11,84% [8,97 ; 15,48] 45 / 380 Fällen
6 Seite 17	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 31,40\%$ Auffälligkeit: $\leq 8,00\%$ Ø in Hessen: 25,49%	25,49% [23,65 ; 27,42] 522 / 2048 Fällen	28,16% [26,22 ; 30,2] 552 / 1960 Fällen
7 Seite 18	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 47,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 29,90\%$ Ø in Hessen: 38,67%	38,67% [35,36 ; 42,1] 309 / 799 Fällen	40,71% [37,34 ; 44,17] 322 / 791 Fällen
8 Seite 19	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 13,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 0,00\%$ Ø in Hessen: 9,60%	9,60% [7,28 ; 12,57] 46 / 479 Fällen	13,08% [10,16 ; 16,67] 54 / 413 Fällen
9 Seite 20	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\geq 100,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 97,00\%$ Ø in Hessen: 98,38%	98,38 [96,27 ; 99,31] 304 / 309 Fällen	96,43 [93,55 ; 98,05] 270 / 280 Fällen
10 Seite 21	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,10\%$ Ø in Hessen: 1,70%	1,70% [1,24 ; 2,32] 38 / 2238 Fällen	2,20% [1,65 ; 2,92] 46 / 2089 Fällen
10a Seite 22	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 2,50\%$ Ø in Hessen: 1,23%	1,23% [0,8 ; 1,87] 21 / 1710 Fällen	1,50% [1,01 ; 2,22] 24 / 1603 Fällen
10b Seite 23	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 5,10\%$ Ø in Hessen: 3,22%	3,22% [2,02 ; 5,1] 17 / 528 Fällen	4,53% [3,01 ; 6,76] 22 / 486 Fällen



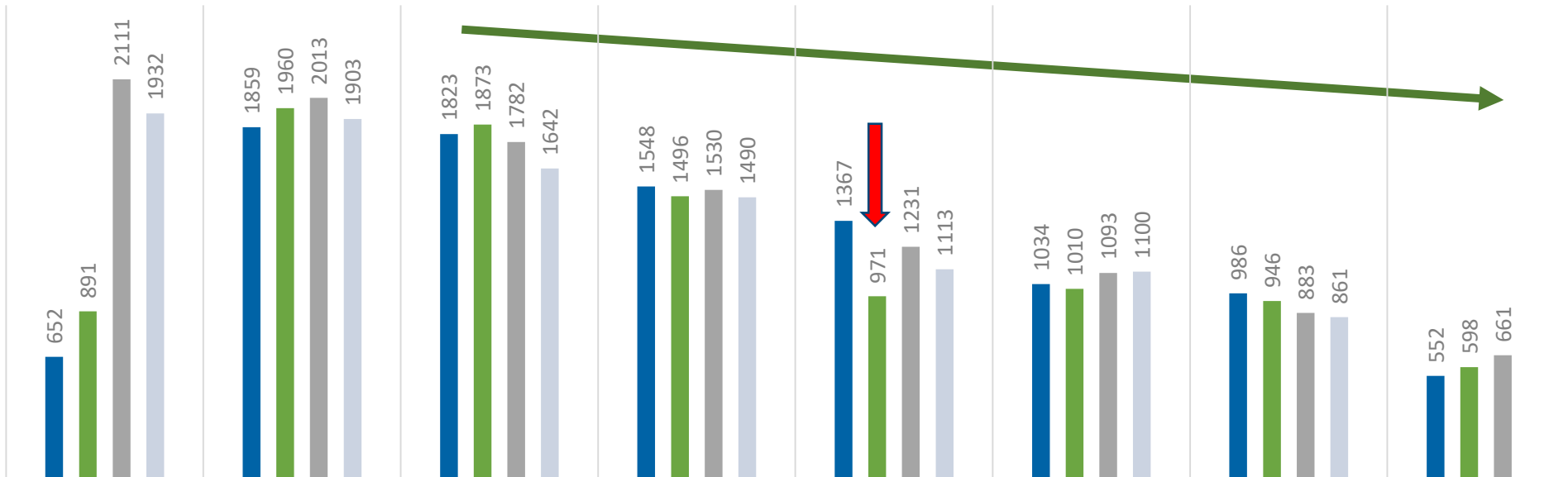
**Ausblick:
Kennzahlen zur
Dekanülierung und
Beatmungsentwöhnung
in der Weiterentwicklung
zu Qualitätsindikatoren**



MRE-Projekt Hessen

Ergebnisse – Fallzahlen MRSA

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



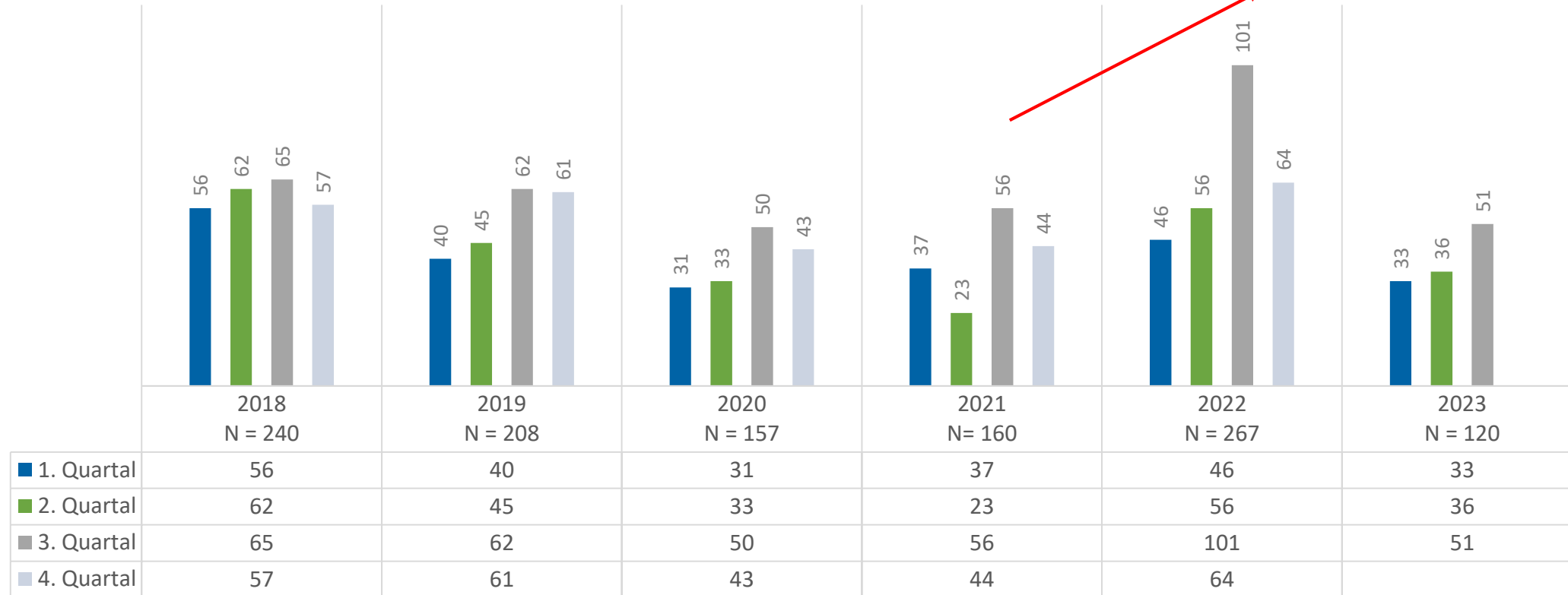
Jahr	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Gesamt (N)
2016	652	891	2111	1932	N = 5597
2017	1859	1960	2013	1903	N = 7.735
2018	1823	1873	1782	1642	N = 7.120
2019	1548	1496	1530	1490	N = 6.064
2020	1367	971	1231	1113	N = 4.682
2021	1034	1010	1093	1100	N = 4.237
2022	986	946	883	861	N = 3.672
2023	552	598	661		N = 1.811

■ 1. Quartal	652	1859	1823	1548	1367	1034	986	552
■ 2. Quartal	891	1960	1873	1496	971	1010	946	598
■ 3. Quartal	2111	2013	1782	1530	1231	1093	883	661
■ 4. Quartal	1932	1903	1642	1490	1113	1100	861	

ICD-Kode: U80.00!

Ergebnisse - Fallzahlen 4MRGN

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



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

Ergebnisse Erfassungsjahr 2022 – Dekolonisierung und Informationsweitergabe

2021

2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Q4/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,13 %	Ergebnis 93,13 %	Intervall [89,91 ; 95,38]	Fälle 312 / 335
		Q3/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,67 %	Ergebnis 93,67 %	Intervall [90,52 ; 95,83]	Fälle 311 / 332
		Q2/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 94,21 %	Ergebnis 94,21 %	Intervall [91,39 ; 96,15]	Fälle 358 / 380
		Q1/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 94,01 %	Ergebnis 94,01 %	Intervall [91,17 ; 95,98]	Fälle 361 / 384
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,78 %	Ergebnis 93,78 %	Intervall [92,41 ; 94,92]	Fälle 1342 / 1431

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

4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Q4/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 94,93 %	Ergebnis 94,93 %	Intervall [93,24 ; 96,21]	Fälle 805 / 848
		Q3/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 94,96 %	Ergebnis 94,96 %	Intervall [93,34 ; 96,2]	Fälle 866 / 912
		Q2/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,44 %	Ergebnis 95,44 %	Intervall [93,9 ; 96,61]	Fälle 880 / 922
		Q1/2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 96,79 %	Ergebnis 96,79 %	Intervall [95,46 ; 97,75]	Fälle 906 / 936
		Jahr 2022	Ziel: ≥ 95,00 %	Auffälligkeit: < 90,00 %	Hessen: 95,55 %	Ergebnis 95,55 %	Intervall [94,83 ; 96,18]	Fälle 3457 / 3618

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

Ergebnisse Erfassungsjahr 2022 – Isolierung

2021

3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Q4/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 3		Fälle 3
		Q3/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 2		Fälle 2
		Q2/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 3		Fälle 3
		Q1/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 2		Fälle 2
		Jahr 2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 10		Fälle 10
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Q4/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 6		Fälle 6
		Q3/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 6		Fälle 6
		Q2/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9		Fälle 9
		Q1/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9		Fälle 9
		Jahr 2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 30		Fälle 30

2 Fälle

32 Fälle

Ergebnisse Erfassungsjahr 2022 – Inzidenzindikator MRSA

2021

1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle	79
		Q3/2022				Fälle	79
		Q2/2022				Fälle	82
		Q1/2022				Fälle	104
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,09	Hessen: 0,05	Ergebnis: 0,05	Intervall: [0,04 ; 0,05]

0,06 [0,05 ; 0,06]
420 Fälle / 7213533 Tage

2021

1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle	30
		Q3/2022				Fälle	29
		Q2/2022				Fälle	27
		Q1/2022				Fälle	29
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,04	Hessen: 0,02	Ergebnis: 0,02	Intervall: [0,01; 0,02]
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle	16
		Q3/2022				Fälle	13
		Q2/2022				Fälle	21
		Q1/2022				Fälle	26
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01	Ergebnis: 0,01	Intervall: [0,01; 0,01]
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle	8
		Q3/2022				Fälle	4
		Q2/2022				Fälle	13
		Q1/2022				Fälle	14
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,02	Hessen: 0,01	Ergebnis: 0,01	Intervall: [0 ; 0,01]

0,02 [0,01 ; 0,02]
119 Fälle / 7213533 Tage

0,01 [0,01 ; 0,01]
69 Fälle / 7213533 Tage

0,01 [0,01 ; 0,01]
70 Fälle / 7213533 Tage

Unterkennzahlen

Ergebnisse Erfassungsjahr 2022 – Inzidenzindikator MRSA

2022

Kennzahl: MRE - 1

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

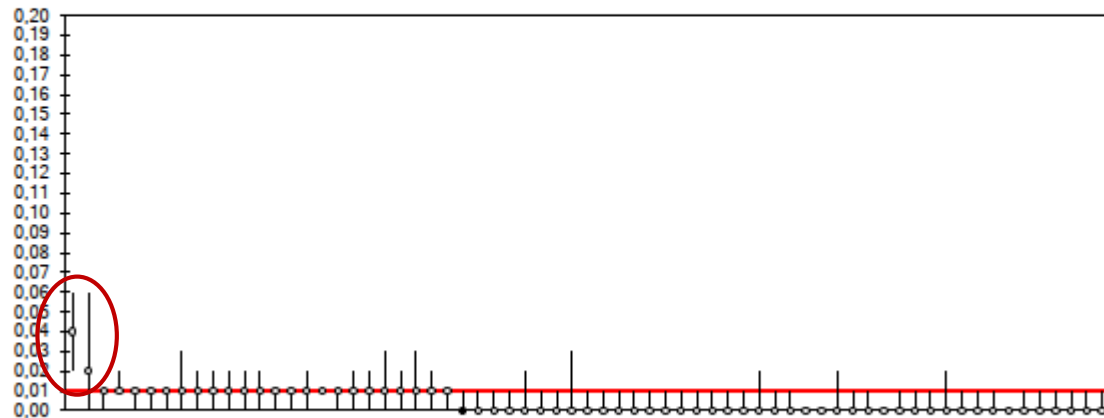
Jahr 2022

N	Rate
7355 914	
344	0,00

95. CI

0 ; 0,01

Vertrauensbereich



Verteilung der
Kliniken

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,04

2021

Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage

Kennzahl: MRE - 1

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

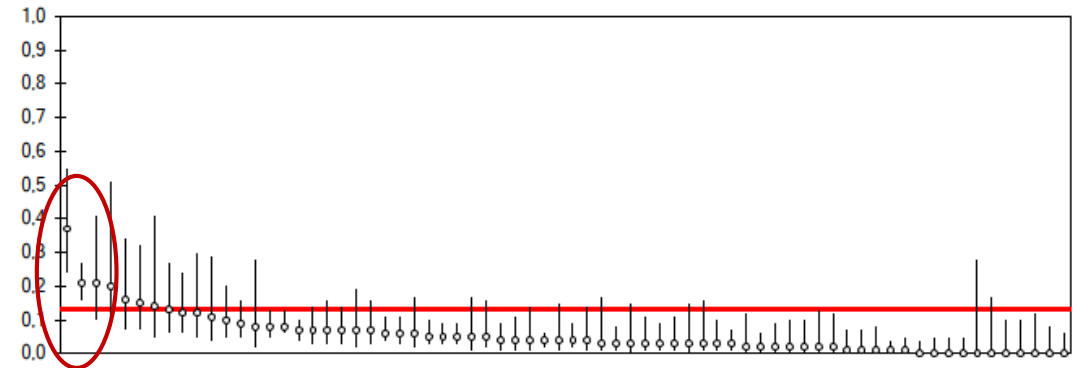
Q1/2021-Q4/2021

N	Rate
7213 533	
420	0,06

95. CI

0,05 ; 0,06

Vertrauensbereich



Verteilung der
Kliniken

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

Ergebnisse Erfassungsjahr 2022 – Inzidenzindikator 4MRGN

5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle 13
		Q3/2022				Fälle 32
		Q2/2022				Fälle 11
		Q1/2022				Fälle 22
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,01	Ergebnis 0,01

2021

0,01 [0; 0,01]
44 Fälle / 7213533 Tage

2021

Unterkennzahlen

5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle 2
		Q3/2022				Fälle 17
		Q2/2022				Fälle 4
		Q1/2022				Fälle 0
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle 5
		Q3/2022				Fälle 5
		Q2/2022				Fälle 4
		Q1/2022				Fälle 0
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2022				Fälle 1
		Q3/2022				Fälle 3
		Q2/2022				Fälle 1
		Q1/2022				Fälle 1
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00

0,00 [0; 0]
20 Fälle / 7213533 Tage

0,00 [0; 0]
10 Fälle / 7213533 Tage

0,00 [0; 0]
4 Fälle / 7213533 Tage

Ergebnisse 2022 – Nosokomiale Fälle 4MRGN

6	Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist	Q4/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 2		Fälle 2
		Q3/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 11		Fälle 11
		Q2/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 1		Fälle 1
		Q1/2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 3		Fälle 3
		Jahr 2022	Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 17		Fälle 17

2021

13 Fälle

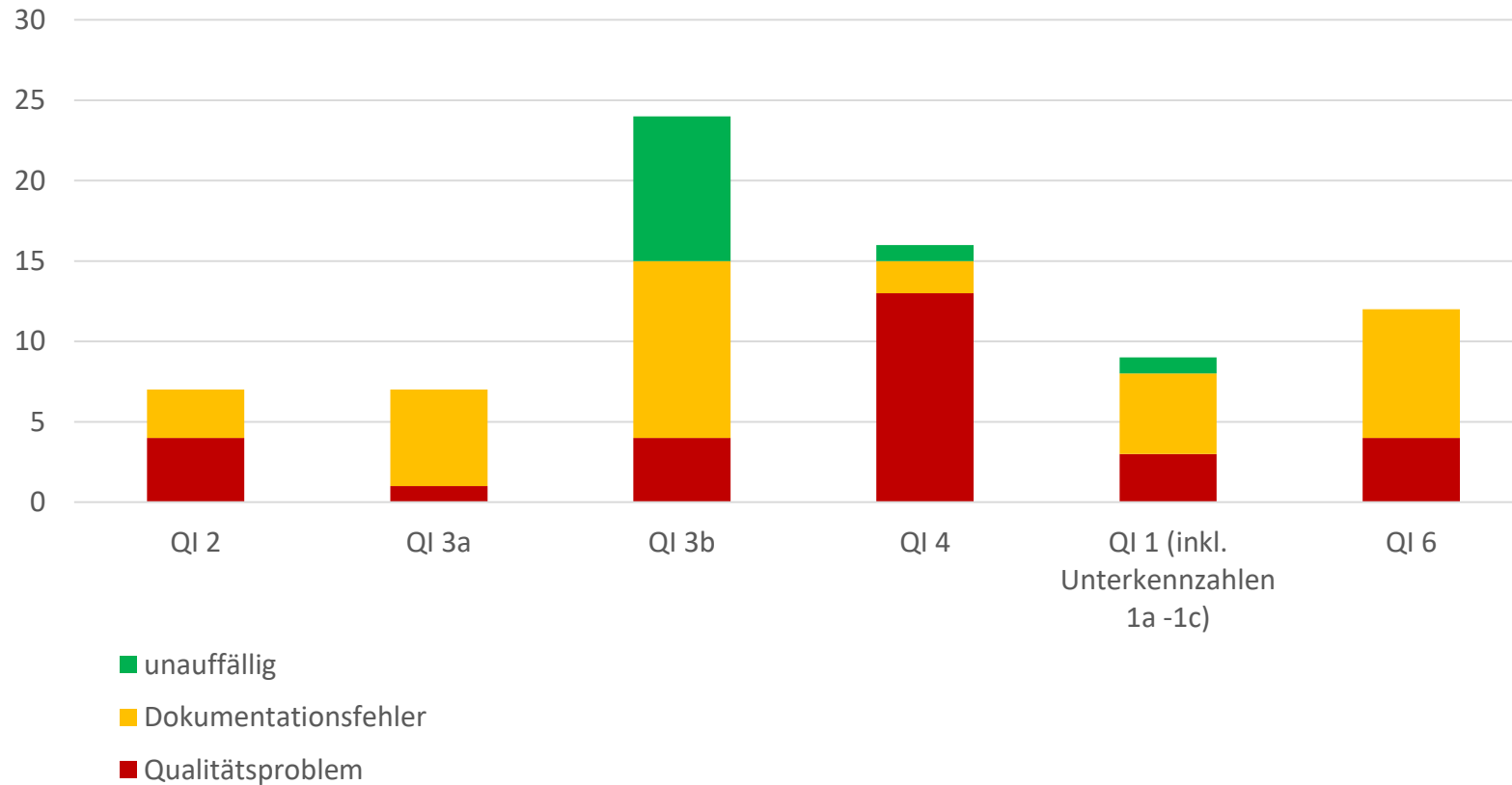
Meldung der Belegungstage 2023

- Zur Berechnung der Inzidenzindikatoren übermitteln die Leistungserbringer bis 28.02.2024 die Belegungstage 2023 (Korrekturfrist: 15.03.2024)
- Abfragezeitraum: **alle in 2023 entlassenen Patient*innen (inklusive Überlieger)**
- Exceldatei auf der Homepage der LAGQH
- Meldung an Frau Schultheiß (lschultheiss@lagqh.de) per Mail

- Einführung von Zählleistungsbereichen
- Strukturell veränderter Aufbau des Dokumentationsbogens in Basis- und Teildatensätze
- Einführung von Auffälligkeitskriterien geplant

Strukturierter Dialog – Übersicht 2022

Bewertungen im SD



75 angeforderte Stellungnahmen:

- 29 Qualitätsmängel
- 35 Dokumentationsmängel
- 2 KG zur weiteren Klärung

Strukturierter Dialog - Gesamtübersicht

	2016	1Q2017	2Q2017	3Q2017	4Q2017 EJ2017	1Q2018	2Q2018	3Q2018	4Q2018 EJ2018	1Q2019	2Q2019	3Q2019	4Q2019 EJ2019	1+2Q 2020	3+4Q2020 EJ2020	1+2Q 2021	3+4Q2021 EJ2021	1+2Q 2022	3+4Q2022 EJ2022		
QI 1	-	-	-	-	3 1	-	-	-	8 6 KG 1	-	-	-	8 4 2 KG 3	-	5+2KG 4	-	5+2KG 1	-	7+2 KG 1		
QI 1a	-	-	-	-	1 1	-	-	-	10 10	-	-	-	4 4	-	5	-	2	-	-		
QI 1b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-		
QI 1c	-	-	-	-	4 1	-	-	-	7 6 KG 1	-	-	-	5 4 1	-	7	-	5	-	-		
QI 1d	-	-	-	-	6 3 1 2	Indikator entfallen															
QI 2	-	-	8 7 9	1 1 1	3 9 1	1 9 1	2 4 1	1 5 1	2 3 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 4 6	2 3 1	1 2 1	-	-	2 1 5	3 2 1	
QI 3a	-	-	1 1 1	1 1 1	6 5 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	-	1 1 1	1 1 1	13** 14 2	1 2 3	2 1 1	2 1 1	2 1 1	2 2 5	1 4 1	
QI 3b	-	-	1 1 2	1 1 1	2 1 1	7 4 3	5 2 1	3 3 3	3 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	2 2 2	2 3 2	-	11** 1 10	15 2 3	2 9 2	1 1 1	
QI 4	8 5 12 8	4 2 1	1 KG 3*	3 10 5	10 5 10	6 5 1	1 2 2	1 1 1	3 2 4	2 4 6	1 1 3	2 2 4	2 4 4	6 4 6	1 KG 3	4 1 1	1 1 1	9 7 7	7 6 6	1 1 1	
QI 5	-	-	-	-	-	-	-	-	30 30	-	-	-	-	-	22 Frage bogen	-	-	-	-		
QI 6	-																10	1 6 3	-	12	4 8

- Qualitätsproblem
- Hinweis
- Dokumentationsfehler
- Unauffällig

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

Strukturerhebung 2023

Inhalte

Allgemeine Strukturen

- vollstationäre Fälle
- Betten
- Organisationsstruktur/Hygienemanagement
 - Hygienekommission
 - Hygienepläne
- Personelle Strukturen
- Hygieneschulungen
- Surveillance nosokomialer Infektionen/(multi-)resistenter Erreger
- Screening
- Hygienemanagement bei Erregernachweis
- Antibiotika

- 120 angeschriebene Häuser mit 90 beantworteten Erhebungsbögen
- Auswertungserstellung und Zusendung an die teilnehmenden Kliniken

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!