

TOP 3: Die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung in Hessen

Informationsveranstaltung 2026 – Teil A – 27.01.2026

Simone Puttins



TOP 1 Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

TOP 2 Ablauf und Inhalte der Verfahren

- Spezifikation
- Qualitätsindikatoren
- Auswertungen
- Fachgremien
- Strukturierter Dialog
- Datenvalidierung

TOP 3 Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

- **Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V): Sicherung der Qualität der Leistungserbringung §§ 135 ff und**
- **Qualitätssicherungsmaßnahme gemäß § 112 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 3 SGB V**

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

➡ (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

- ➡
1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
 - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
 2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
 4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
 5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
 6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1.

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

Abschluss von Landesvereinbarungen

- einsehbar auf den Internetseiten der LAGQH

The screenshot displays the LAGQH website interface. The main navigation bar includes 'LAGQH', 'QS-Verfahren', 'QS-Instrumente', 'Datenmanagement', and 'Login'. The 'Landesverfahren' section is highlighted, showing links to 'MRE-Projekt Hessen (MRE_HE)' and 'Schlaganfall Akutbehandlung (SA_HE)'. The 'MRE-Projekt Hessen (MRE_HE)' page features a sidebar with 'Verträge und Berichte' (circled in red) containing links to 'Landesvereinbarung MRE-Projekt Hessen' and 'Zwischenbericht MRE-Projekt Hessen 2024'. The 'Schlaganfall Akutbehandlung (SA_HE)' page features a sidebar with 'Verträge' (circled in red) containing a link to 'Landesvereinbarung Schlaganfall'. The footer includes links for 'Übersicht', 'Barrierefreiheit', 'Datenschutz', 'Impressum', and 'Anfahrt'.

Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse und kontinuierlichen Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Schlaganfallbehandlung

Hauptziel

Flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Schlaganfallpatient*innen in Hessen gewährleisten.

Vertragspartner

Hessische Krankenhausgesellschaft
Verbände der Krankenkassen in Hessen

Organisation und Durchführung

LAGQH ab 2022, vorab durch die GQH seit 1996

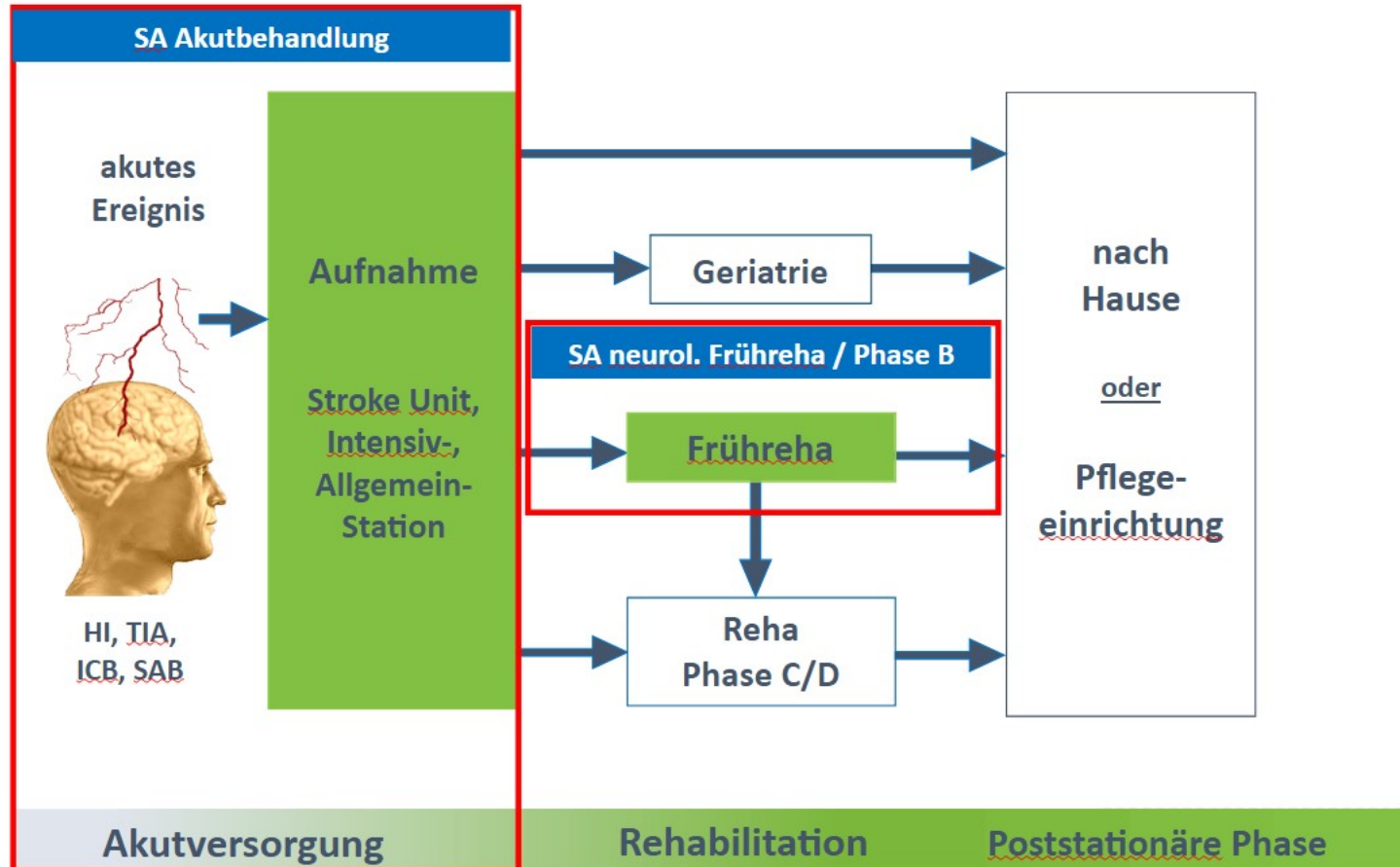
Fachgremien

Schlaganfall - Akutbehandlung → Fachausschuss

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation → Arbeitsgruppe als beratendes Gremium

Landesverfahren Schlaganfallversorgung Hessen (SA)

Modularer Aufbau



Landesverfahren Schlaganfallversorgung Hessen (SA)

Historische Entwicklung

Schlaganfall - Akutbehandlung

- 1996: Einführung Pilotprojekt (Akutbehandlung)
- 1997: Ausweitung der QS in der Akutbehandlung bei freiwilliger Teilnahme
- 1999: Teilnahmeverpflichtung Stroke Units
- 1999: Einführung von Qualitätsindikatoren in der Akutbehandlung
- 2003: Teilnahmeverpflichtung aller Akutkliniken
- 2004: Erstmalige Durchführung von Strukturierten Dialogen
- 2006: Einführung der ADSR*-Qualitätsindikatoren
- 2007: Implementierung der Subarachnoidalblutung (SAB)
- 2017: Einführung von Qualitätsindikatoren für die Intrazerebrale Blutung (ICB)
- 2021: Einführung von Qualitätsindikatoren für die SAB
- 2024: Einführung von Zählleistungsbereichen
- 2025: Einführung von Auffälligkeitskriterien

Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation

- 1998: Einführung der QS in der Rehabilitation
- 2007: Einführung der QS in der Frührehabilitation
- 2012: Vollerhebung in der Frührehabilitation
- 2014: Strukturerhebung im Bereich der Frührehabilitation
- 2014: Entwicklung von Kennzahlen für die Rehabilitationsphasen C und D
- 2020: Entwicklung von Kennzahlen für die Frührehabilitation
- 2022: Erhebung der Phase C und D wird ausgesetzt
- 2023: Schärfung geeigneter Kennzahlen zu Qualitätsindikatoren
- 2024: Erstmaliger Strukturierter Dialog und Datenvalidierung
- 2025: Einführung von Auffälligkeitskriterien

*Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall Register

**Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE)
in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE**

Hauptziel

Identifizierung und Bekämpfung von nosokomialen MRE-Infektionen in hessischen Krankenhäusern

Vertragspartner

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG)

Hessische Krankenhausgesellschaft

Verbände der Krankenkassen in Hessen

Organisation und Durchführung

LAGQH seit 2022, vorab durch die GQH seit 2016

aktuell befristet bis 2030

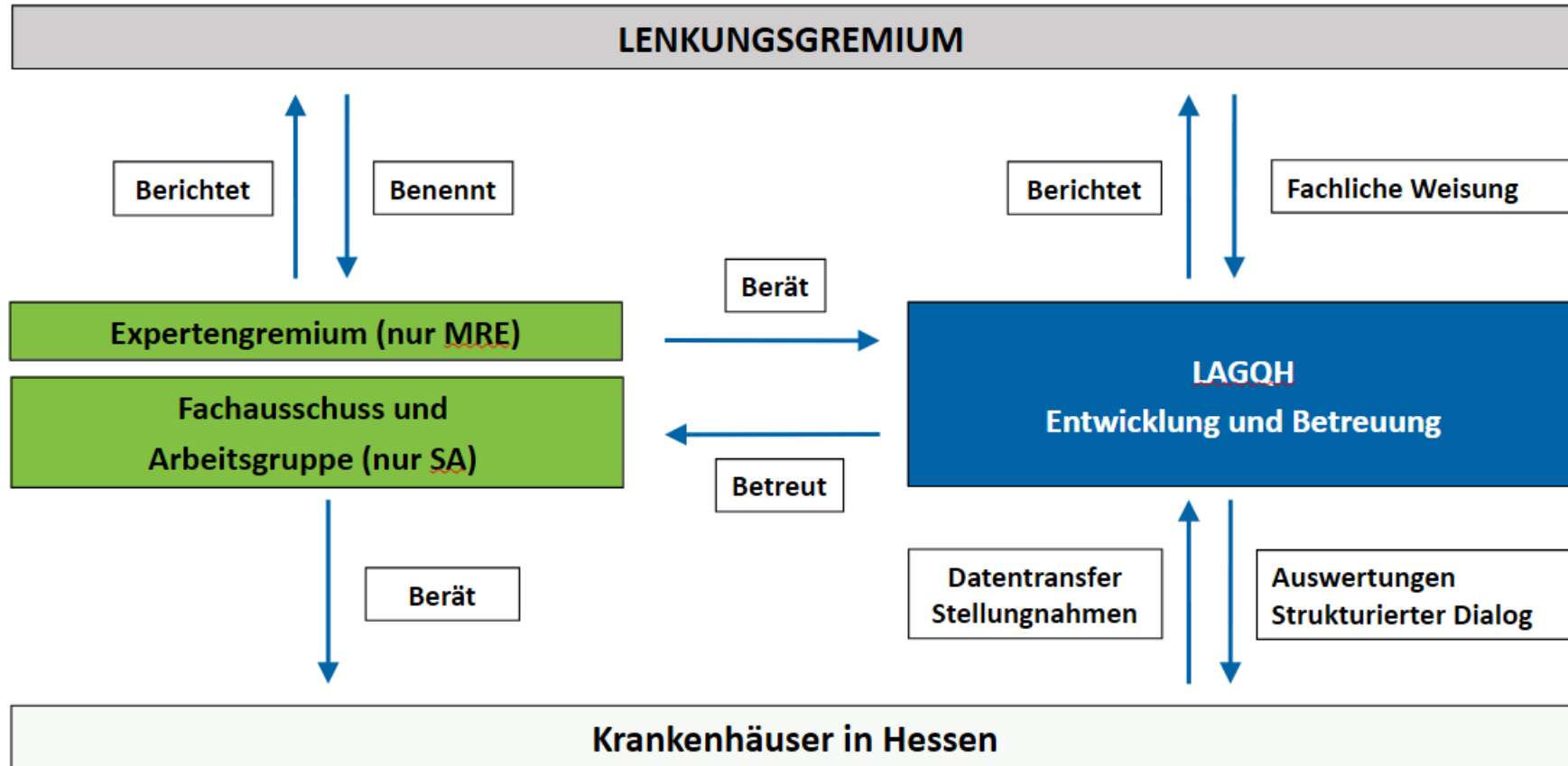
Fachgremien

Expertengremium und Fachausschuss

Landesverfahren MRE-Projekt Hessen (MRE)

Historische Entwicklung

2016	Standortbezogene Strukturierung/Datenerhebung/Falldokumentation
2017	Etablierung eines quartalsweise durchgeführten Strukturierten Dialogs
2018	Berechnung von Inzidenzindikatoren auf Basis der Belegungstage und Strukturiertes Dialog
2019/2023	Erneute standortbezogene Strukturierung
Ab 2023	Jährliche Informationsveranstaltung für die hessischen Gesundheitsämter mit dem HMFG
2024	Einführung von Zählleistungsbereichen
2025	Erweiterung des beleuchteten 4MRGN-Keimspektrums
2025	Einführung von Auffälligkeitskriterien



Spezifikation – Erstellung und Weiterentwicklung

Anwenderinformationen/QS-Filter:

Definieren die Einschluss- und Auslösekriterien für ein Verfahren
(Algorithmus, administratives Einschlusskriterium, Diagnosen)

LAGQH

Anwenderinformation QS-Filter
Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung HIRNINFARKT (nur Hessen) (SA_HE_HI)

Stand: 31. März 2025 (QS-Spezifikation 2026 V01)

Textdefinition

Schlaganfall-Akutbehandlung (Hessen) bei Patienten ab 18 Jahren mit Hirninfarkt oder einer zerebralen transitorischen Ischämie

Algorithmus

Algorithmus als Formel

HDIAG IN SA_ICD_HI UND DIAG KEINSIN SA_ICD_EX U

Diagnose(n) der Tabelle MRE_ICD_MRGN

ICD-Code	Titel
U81.40!	Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN
U81.41!	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN
U81.51!	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 1
und
mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle MRE_ICD_MRSA

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (= v
nicht 10 (= stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (= Übergangspflege) und die Aufnahme ist im Jahr 2026 und da
2028

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04';'10';'11') UND AUFN DATUM >= '01.01.2026' UND AUFN
<= '31.12.2027')

Spezifikation – Erstellung und Weiterentwicklung

Dokumentations-/Erhebungsbogen:

Legen fest welche Informationen pro Fall
von der Klinik dokumentiert werden müssen

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden	
Datensatz Schlaganfall Frührehabilitation Hessen SA_FRUEHREHA_HE (Spezifikation 2025 V01)	
Basisdatensatz Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	15 Voraufenthalt/e in der Klinik 0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt
1-19 Basisdokumentation	16 Vorzeitiger Abschluss des F 1 = ja
1 Institutionskennzeichen □□□□□□□□	17> Erläuterung zum Grund für M Textfeld 256 Zeichen
2 Entlassender Standort □□□□□□□□	18 Entlassungsdatum Phase B TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
3 Betriebsstätten-Nummer □□	19 Entlassungs-/Verlegungssta 1 = nach Hause - selbstständig 2 = nach Hause - mit Laienunterstützung 3 = nach Hause - mit professioneller Hilfe 4 = stationäre Reha 5 = Akutdirekt 6 = Pflegeheim 7 = verstorben
4 Fachabteilung § 901-Vereinbarung http://www.digev.de □□□□	
5 Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□	
6 Geburtsdatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	
7 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = divers 9 = unbestimmt	
8 Postleitzahl □□□□□□	

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden	
Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung Hessen SA_HE (Spezifikation 2025 V02)	
Schlaganfall wenn Feld 14 leer	24.3 Sprechstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
17-23 AUFNAHME	24.4 Schluckstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
17 Inhouse-Stroke 0 = nein 1 = ja	25 Neurologischer Befund
18 Schlaganfalldatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	25 Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme 0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung
19 Uhrzeit des Schlaganfalls (+/- 15 Minuten) HH:MM □□:□□	26 Diagnostik
20> wenn Feld 19 leer: Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme □□	26 Bildgebung durchgeführt 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus
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	27.1> Bildgebung durchgeführt am □□.□□.□□□□

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden	
Datensatz MRE - Projekt Hessen MRE_HE (Spezifikation 2025 V01)	
MRSA ICD-10-Kode U80.001 Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.	16-17 Maßnahmen
12.15.7 Identifikation	16 Dekolonisierung durchgeführt 0 = nein 1 = begonnen 2 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung negativ
12 Nosokomialer MRSA-Fall (Erstnachweis ab Tag 3 des Aufenthaltes)	Wenn Feld 16 = 0
	17> Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund) 1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolgslosigkeit 8 = sonstige 9 = nicht dokumentiert

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden	
Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung Hessen SA_HE (Spezifikation 2025 V02)	
29.2> Barthel Lage 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol	29.3> Barthel Fortb 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol
29.2> Barthel Lage 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol	30 Weit 0 = ne 1 = ja 9 = nicht
29.3> Barthel Fortb 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol	31.1> Risiko 0 = ne 1 = ja
30 Weit 0 = ne 1 = ja 9 = nicht	31.2> Vorh 0 = ne 1 = ja

Spezifikation – Erstellung und Weiterentwicklung

Ausfüllhinweise:

Erläutern einzelne Items der Dokumentationsbögen genauer und stellen eine vergleichbare Dokumentation sicher

Ausfüllhinweise MRE-Projekt Hessen			
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Frühreha Barthel
5	Identifikationsnummer de*der Patient*in	-	Der Frühreha-Barthel ist ebenfalls am Aufnahmetag zu dokumentieren. Einzelnen Variablen sind mit „keine Störung“ (0) bzw. „Störung vorhanden“ (-50) zu bewerten, außer bei „Schwerer Verständigungsstörung“ (-25) zu bewerten
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	30.1 Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	30.2 Absaugpflichtiges Tracheostoma
8	Postleitzahl	-	30.3 Dauerhafte / intermittierende Beatmung

30.1	Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. vegetative Krise, Se-Anfällen oder Status epilepticus
30.2	Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Wegen des Schlaganfalls aufgetretener Komplikation: angelegtes Tracheostoma Absaugen wegen starke Verschleimung notwendig übersteigt deutlich die Überforderung der Bronchealtoilette bei Tracheostomie
30.3	Dauerhafte / intermittierende Beatmung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. invasive Beatmung auch CPAP-Therapie im Beatmungsentwöhnung
30.4	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Situative Orientierungsstörung bei mobilem Patienten mit Weglauftendenz, der deswegen eine intensiven pflegerischen Überwachung wegen potentieller Eigen- und/oder Fremdgefährdung bedarf. Des Weiteren Gefährdung durch...

Aufnahme			
18	Inhouse-Stroke	0 = nein 1 = ja	-
19	Schlaganfalldatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
20	Uhrzeit des Schlaganfalls (+/- 15 Minuten)	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) des Schlaganfalls oder ggf. des Inhouse-Stroke an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen Sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages. Auch bei Schlaganfällen, die sich während des stationären Aufenthaltes ereignen, sollen möglichst Datum und Uhrzeit des Ereignisses angegeben werden. Diese müssen dann nach dem Aufnahmezeitpunkt liegen.
Wenn Feld 20 leer:			
21	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme	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	Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Wake-up-Stroke: Schlaganfälle, bei denen die Betroffenen mit den Symptomen erwachen.

Spezifikation – Erstellung und Weiterentwicklung

Basisdatensatz – (Minimaldatensatz):

- In der klinischen Praxis können im **Ausnahmefall Fallkonstellationen** auftreten, die **laut QS-Filter als dokumentationspflichtig** gelten, die **aber nicht „abschlussfähig“** sind.
- Nicht abschlussfähig bedeutet: **der Bogen kann nicht komplett ausgefüllt werden, ohne fehlerhafte oder nicht wahrheitsgemäße Angaben zu machen.**

Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung Hessen	
SA_HE (Spezifikation 2025 V03)	
Basis Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden. 1-16 Basisdokumentation 1 Institutionskennzeichen □□□□□□□□ 2 Entlassender Standort □□□□□□□□ 3 Aufnehmender Standort □□□□□□□□ 14 Vorzeitiger Abschluss des Falles ☐ 1 = Ereignis älter als 7 Tage 2 = Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bildgebung 3 = nur neurologische Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) 4 = nur geriatrische Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) 5 = bereits vor Aufnahme wurde eine palliative Zielsetzung festgelegt 15 Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	

Auszug Schlaganfallvereinbarung § 1 Abs. 3

Die LAGQH erarbeitet und definiert Qualitätsindikatoren sowie weitere notwendige Instrumente der vorliegenden externen Qualitätssicherungsmaßnahme und entwickelt diese im erforderlichen Maß weiter. Zielsetzung ist u. a.:

1. die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu verbessern.
2. valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer zu gewinnen.
3. Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen.
4. das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen.
5. ein transparentes Verfahren für alle Beteiligten bei der Vorbereitung, Entwicklung, Auswertung, Bewertung und Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten.
6. Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.



Indikatortypen, Rechenregeln... analog zu den DeQS-Verfahren

Ratenbasiert

- Zähler / Nenner
- Bsp.: Anzahl Fälle mit erfolgreicher Beatmungsentwöhnung bei Entlassung
- fester oder Perzentil-basierter Referenzwert

Sentinel-Events

- Referenzwert = 0
- Bsp.: nicht-nosokomiale MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden

Risikoadjustiert (aktuell keine)

- Observed / Expected
- Bsp.: Anzahl Todesfälle / erwartete Anzahl an Todesfällen
- Berechnung der erwarteten Rate anhand der Zusammensetzung des betrachteten Kollektivs (Fälle im KH) im Vergleich zur Referenzpopulation (Fälle hessenweit) in Bezug auf das Vorkommen von Risikofaktoren

Auswertungen

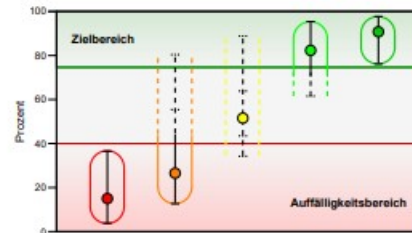
- Quartalsweise **Auswertungen der Qualitätsindikatoren (QI)** für alle teilnehmenden Leistungserbringer, je nach Verfahren teilweise mit Unterauswertungen

Qualitätsindikatoren

QI-ID	Beschreibung	Referenzwerte	Vergleichszeitraum ↓ Gesamt EJ2024 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	Aktuelles Ergebnis ↓ EJ2025 Q1-Q3 Ergebnis [95% CI] Zähler / Nenner	
MRE-2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Ziel: $\geq 95\%$ Auffälligkeit: $< 95\%$ Ø in Hessen: 96,59%	96,59% [95,50 - 97,43] 1332 / 1379 Fälle	96,51% [95,09 - 97,53] 858 / 889 Fälle	
MRE-3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 Ø in Hessen: 1,31%	1,31% [0,73 - 2,32] 11 / 842 Fälle	0,60% [0,23 - 1,54] 4 / 663 Fälle	

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse

	Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
	Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
	Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
	Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
	Klinikwert signifikant auffällig
	kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
	Sentinel Event; Einzelfallanalyse empfohlen
	Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollzähligkeit
	keine Auffälligkeit bei der Datenvalidität oder Vollzähligkeit



- Quartalsweise **Basisauswertungen** im Modul SA-Akutbehandlung und im MRE-Projekt
- Jährliche Basisauswertung im Modul SA - neurologische Frührehabilitation

Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung - Akutphase

Hessen

	Hessen gesamt		Vergleichskollektiv überregionale Stroke Unit		Vergleichskollektiv regionale Stroke Unit		Vergleichskollektiv ohne Stroke Unit	
Vorzeitiger Abschluss des Falles (Ausgeschlossen von der Basisauswertung)	N	%	N	%	N	%	N	%
Ereignis älter als 7 Tage	1012	4,0	381	3,0	509	4,4	122	122
Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bildgebung	40	0,2	9	0,1	6	0,1	25	25
nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung)	146	0,6	≤ 3	...	31	0,3	113	113
bereits vor Aufnahme wurde eine palliative Zielsetzung festgelegt	214	0,8	134	1,1	58	0,5	22	22
sonstiger Grund	470	1,8	226	1,8	124	1,1	120	120
Grundgesamtheit ohne vorzeitigen Fallabschluss	23547	92,6	11910	94,1	10902	93,7	735	735

§ 3 Fachausschuss

- (1) Zur fachlichen Bewertung richtet die LAGQH einen Fachausschuss ein
- (2) Die Aufgaben des Fachausschusses sind insbesondere:
 1. Fachliche Beratung hinsichtlich der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und der Qualitätsindikatoren
 2. Fachliche Beratung hinsichtlich der Rechenregeln sowie bei Festlegung von Referenzbereichen
 3. Prüfung der übermittelten Auswertungen sowie fachliche Bewertung im Hinblick auf Auffälligkeiten
 4. Empfehlung der Einleitung sowie zur Art und Weise des Strukturierten Dialoges (gem. Anlage)
 5. Bewertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialoges
 6. Empfehlung über den Abschluss des Strukturierten Dialoges
 7. Weitere Aufgaben können im Rahmen der Umsetzung der Landesvereinbarung übernommen werden

Auszug Schlaganfallvereinbarung § 3 Abs. 1 und 2

§ 3 Expertengremium und Fachausschuss

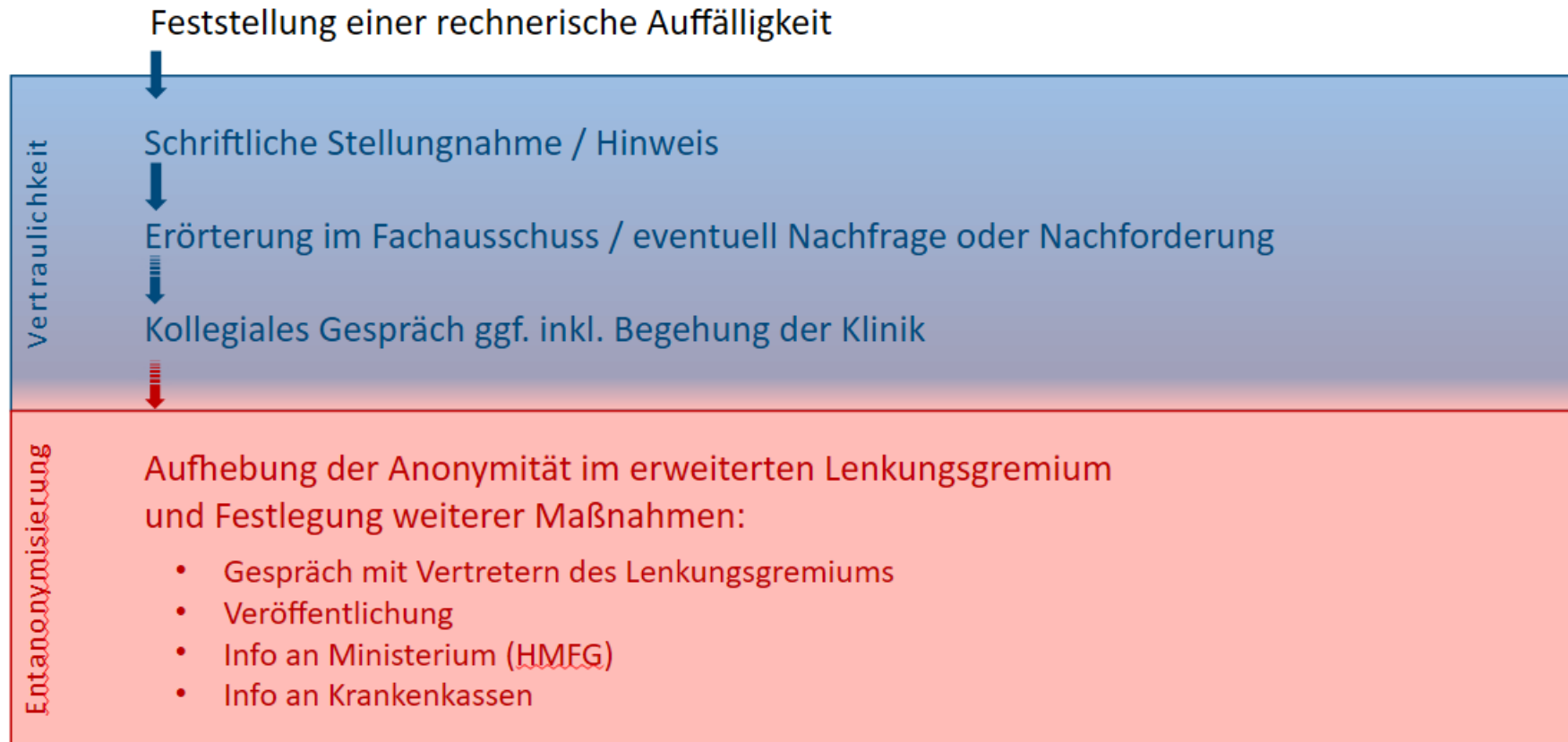
- (1) Das von den Partnern bestellte Expertengremium und der etablierte Fachausschuss werden fortgeführt. Eine Vertreterin/ein Vertreter des HMSI wird weiterhin Mitglied des Expertengremiums sein.
- (2) Das Expertengremium entwickelt Instrumente und Indikatoren zur Erreichung des gemeinsamen Ziels der Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE in Hessischen Krankenhäusern.

Auszug MRE-Vereinbarung § 3 Abs. 1 und 2

Sitzungsfrequenz

Fachausschuss Schlaganfall	2 x jährlich und bei Bedarf
Arbeitsgruppe Schlaganfall – Neurologische Frührehabilitation	2 x jährlich und bei Bedarf
Expertengremium MRE	1 x jährlich und bei Bedarf
Fachausschuss MRE	4 x jährlich und bei Bedarf

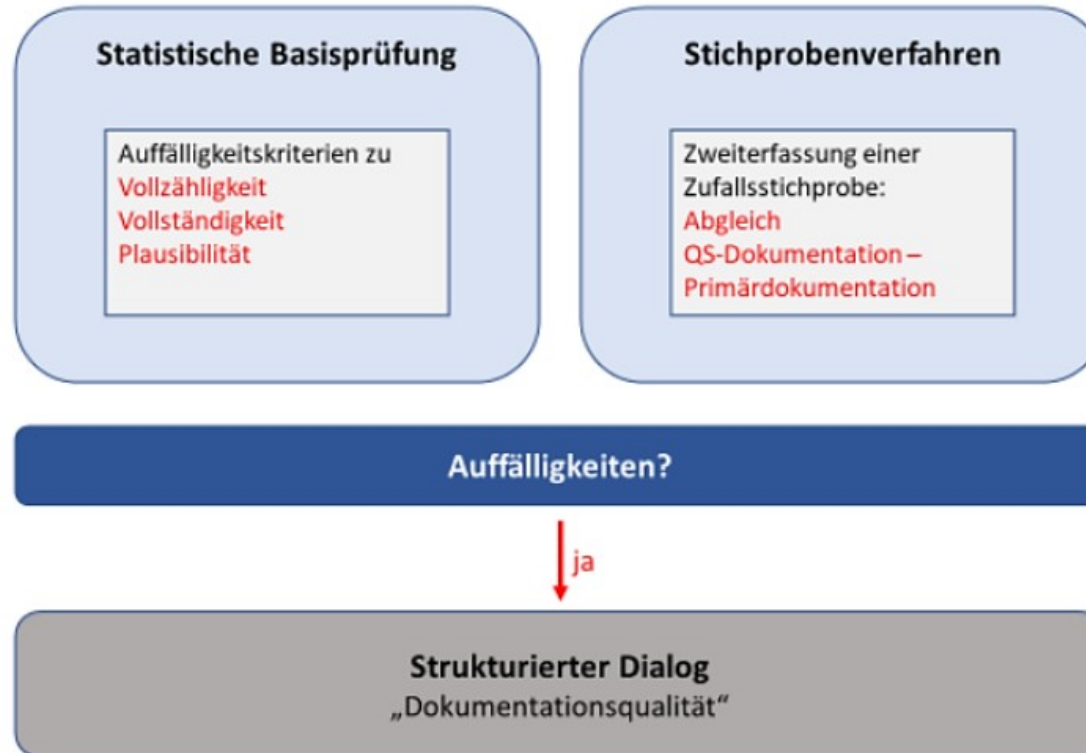
- Bei Leistungserbringern mit **rechnerisch auffälligen Ergebnissen** (Ergebnis eines Qualitätsindikators liegt außerhalb eines landesweit definierten Referenzbereiches) wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Fachausschuss ein sogenannter **Strukturierter Dialog eingeleitet**.
- Hierbei wird **zur Klärung eines oder mehrerer abweichender Ergebnisse Kontakt** mit den verantwortlichen Personen des Krankenhauses **aufgenommen**. Dies geschieht entweder durch **explizite Hinweise (ggf. Empfehlungen)** oder auch durch **Einfordern einer schriftlichen Stellungnahme**. Diese wird dann von den Mitgliedern des **zuständigen Fachausschusses gesichtet und bewertet, ob eine qualitative Auffälligkeit** ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit ist.
- Bei **wiederkehrenden Auffälligkeiten** kann im Rahmen der Vertraulichkeit ein **Kollegiales Fachgespräch** durchgeführt werden.
- Als **letzte Eskalationsstufe** kommt die Aufhebung der Anonymität im Lenkungsgremium zum Tragen.



Beispiel für eine angeforderte Stellungnahme im Rahmen des Strukturierten Dialogs:

Anfrage: Ihr Ergebnis im Indikator 4 (weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert) weicht vom Referenzbereich ab. Bitte erläutern Sie aus krankenhaushygienischer bzw. mikrobiologischer Sicht, welche Ursachen/Rahmenbedingungen zu diesem Ergebnis geführt haben. Ihre Stellungnahme sollte unter Einbezug des/der behandelnden Arztes/Ärztin so formuliert und vom Inhalt und Umfang so abgefasst sein, dass der Fachausschuss die geschilderte Situation ohne weitere Nachfragen beurteilen kann und in jedem Fall eine abschließende zusammenfassende Einschätzung aus Sicht der Klinik beinhalten. Mit der entsprechenden Vorgangsnummerndatei können Sie die Fälle aus den angefragten Quartalen identifizieren. Bitte nutzen Sie für die Bearbeitung immer die aktuellste Datei, denn dort werden alle bisher gemeldeten Fälle dargestellt und Nachlieferungen bzw. Korrekturen mitberücksichtigt.

Antwort: Nach eingehender Prüfung der Dokumente gab es keine Benachrichtigung an die weiterbehandelnden Ärzte. Im Arztbrief befand sich keine Information und es lag auch kein Überleitungsbogen vor. Bei einem Fall lag ein positiver Wundabstrich auf MRSA vor. Demnach aus klinischem Material, aber im Rahmen des Aufnahmescreenings. Der zweite positive MRSA-Nachweis wurde im Aufnahmescreening detektiert. Ein Dokumentationsfehler lag nicht vor. Mit den verantwortlichen ärztlichen Kollegen wurde das Versäumnis und die ggf. auftretenden Folgen, besprochen. Das ärztliche Personal wird durch die QMB über die Problematik geschult werden, um ein besseres Verständnis für die Problematik zu schaffen



Vereinfachter Verfahrensplan zur Datenvalidierung

- Analog aufgebaut wie die Qualitätsindikatoren
- **Bewerten** im Gegensatz dazu **nicht die Qualität der Behandlung, sondern die Qualität der Dokumentation**
- Stellen sicher, dass die Datengrundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren aussagekräftig und gut vergleichbar ist

Auffälligkeitskriterien zur:

Vollständigkeit

Überdokumentation und Underdokumentation

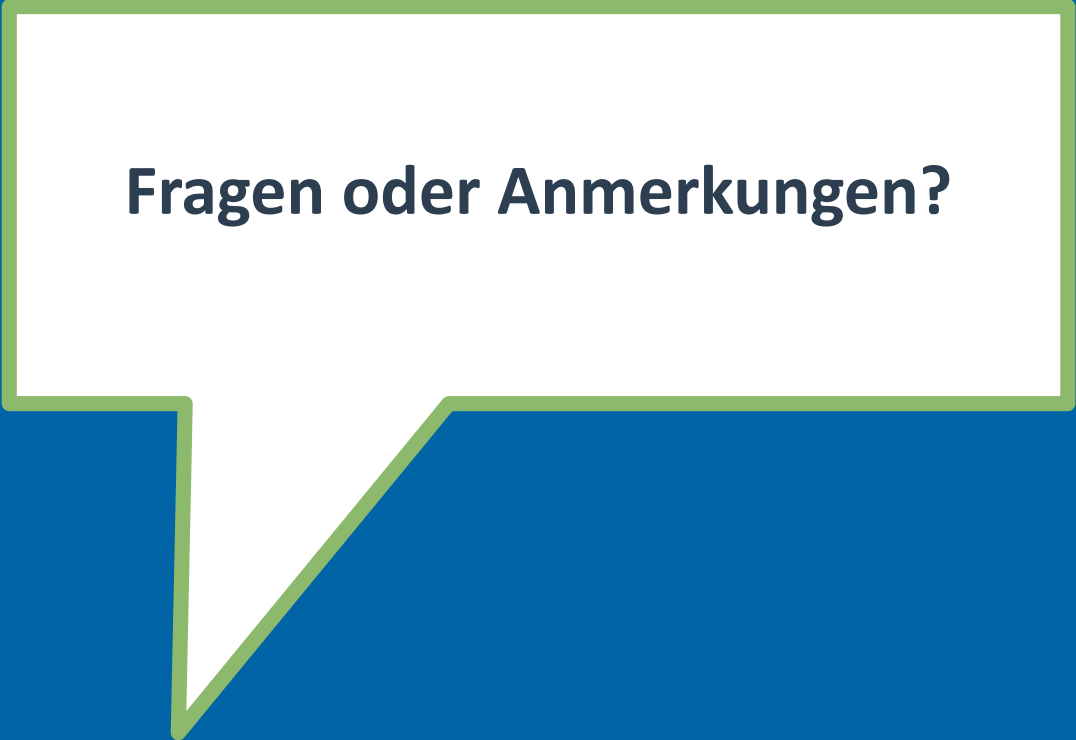
Plausibilität der Daten

z. B. häufige Dokumentation des Items „Motorische Ausfälle = nicht bestimmbar“, obwohl Patient bei Aufnahme wach war und Ausfälle mutmaßlich hätten beurteilt werden können. Die Dokumentation Motorische Ausfälle „nicht bestimmbar“ nimmt Einfluss auf den Prozessindikator „Rehabilitation – Physio-/Ergotherapie“. (Verfahren SA Akutbehandlung)

vorhandenen Datenbasis

z. B. häufige Abgabe von Basisdatensätzen. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern.

- Landesverfahren werden in dieser Form nur in Hessen durchgeführt
- Ausgestaltung der gesetzlichen Verpflichtung auf vertraglicher Grundlage vs. DeQS-RL auf Bundesebene
- Erarbeitung und Weiterentwicklung der Verfahrensinhalte, wie z. B. Erhebungsinstrumente, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen erfolgt durch die beauftragten Stellen in Hessen direkt
- Ermöglicht die zeitnahe Auswertungserstellung sowie Anpassung und Weiterentwicklung der Verfahren ebenfalls direkt durch die LAGQH



Fragen oder Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei weitere Fragen oder Anmerkungen, kontaktieren Sie uns gerne unter info@lagqh.de.



Pause bis 11:00 Uhr

Informationsveranstaltung 2026 – Teil A
27.01.2026, 09:00 – 12:00

