

# TOP 3: Die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung in Hessen

Externe Qualitätssicherung 2025 – Teil A – 28.01.2025

Simone Puttins



Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

Ablauf und Inhalte der Verfahren

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

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

## **Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick**

### Ablauf und Inhalte der Verfahren

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

### Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V): Sicherung der Qualität der Leistungserbringung §§ 135 ff

Zusätzlich greift bei den Landesverfahren:

## 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 breadcrumb trail shows 'Startseite > QS-Verfahren > Landesverfahren > MRE-Projekt Hessen (MRE\_HE)'. The page title is 'MRE-Projekt Hessen (MRE\_HE)'. The main content area contains a paragraph about nosocomial infections (NI) in Germany. On the right side, a sidebar titled 'Verträge und Berichte' is circled in red, containing two links: 'Landesvereinbarung MRE-Projekt Hessen' and 'Zwischenbericht MRE-Projekt Hessen 2024'. Below this, another screenshot shows the page for 'Schlaganfall Akutbehandlung (SA\_HE)'. The breadcrumb trail is 'Startseite > QS-Verfahren > Landesverfahren > Schlaganfall Akutbehandlung (SA\_HE)'. The page title is 'Schlaganfall Akutbehandlung (SA\_HE)'. The main content area contains a paragraph about stroke treatment in Hessian hospitals. On the right side, a sidebar titled 'Verträge' is circled in red, containing one link: 'Landesvereinbarung Schlaganfall'. At the bottom of the page, there is a footer with 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 Schlaganfallpatienten in Hessen gewährleisten.

## Vertragspartner

- Hessische Krankenhausgesellschaft
- Verbände der Krankenkassen in Hessen

## Organisation und Durchführung

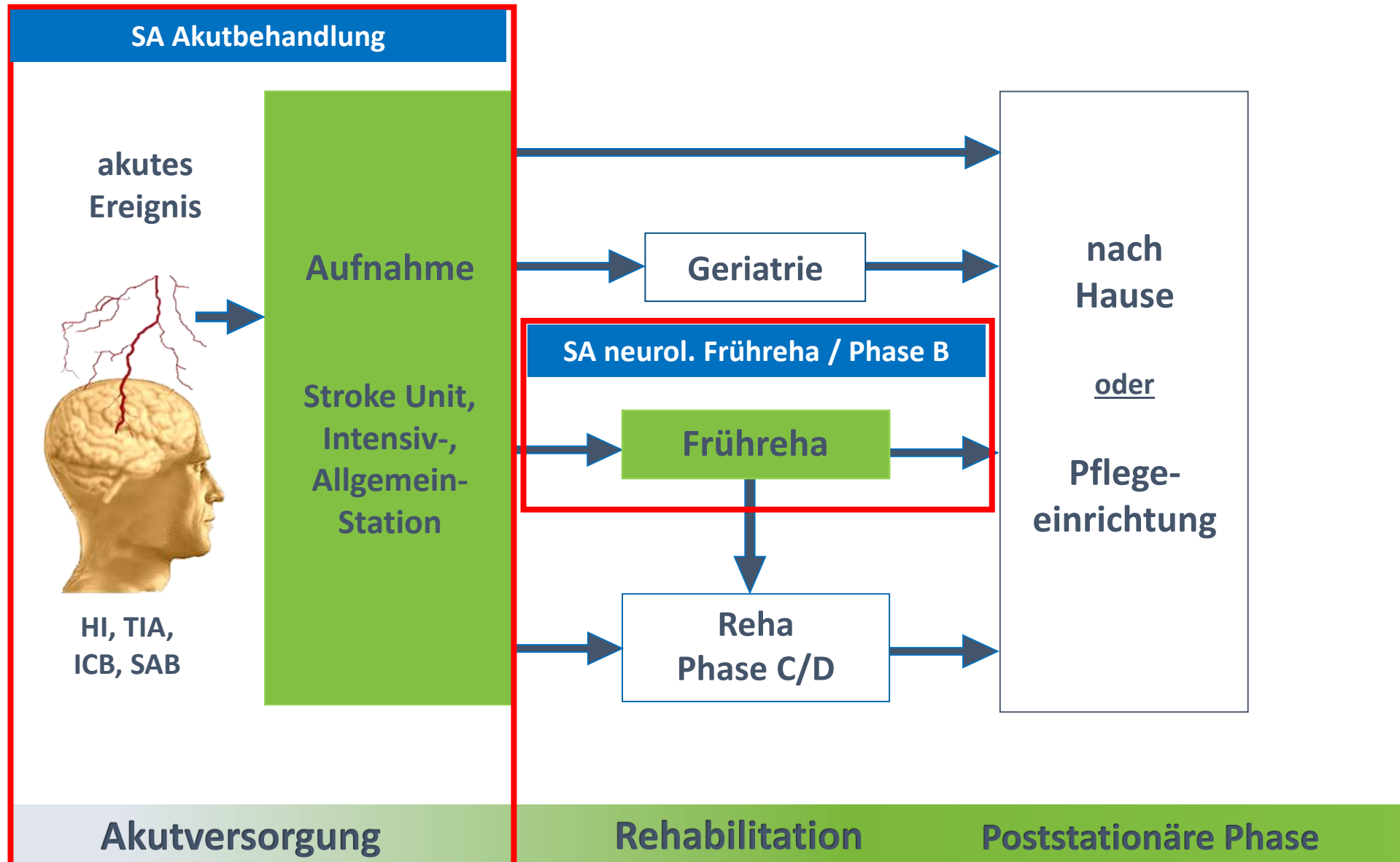
- LAGQH ab 2022, vorab durch die GQH seit 1996

## Fachgremien

- Schlaganfall - Akutbehandlung → Fachausschuss
- Schlaganfall - Neurologische Frührehabilitation → Arbeitsgruppe als beratendes Gremium

# Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen

## Modularer Aufbau



## 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

## 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

\*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

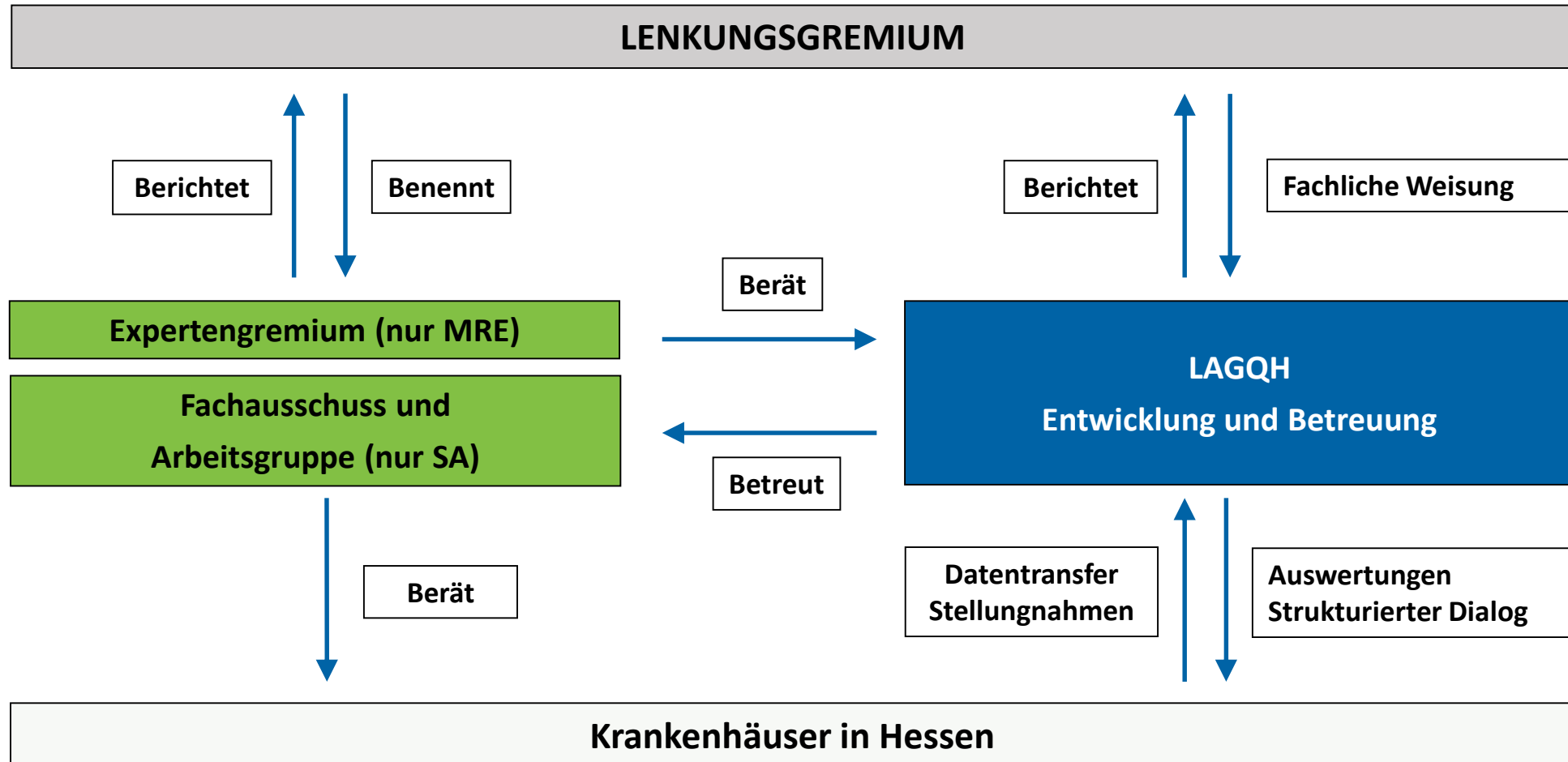
## Organisation und Durchführung

- LAGQH seit 2022, vorab durch die GQH seit 2016
- aktuell befristet bis 2025

## Fachgremien

- Expertengremium und Fachausschuss

- 2016: Standortbezogene Strukturierung  
Standortbezogene Datenerhebung/Falldokumentation  
ab dem 2. Halbjahr verpflichtende Teilnahme aller Krankenhäuser in Hessen  
exklusive psychiatrischer/psychosomatischer eigenständiger Einrichtungen
- 2017: Etablierung eines quartalsweise durchgeführten Strukturierten Dialogs
- 2018: Berechnung von Inzidenzindikatoren auf Basis der Belegungstage und Strukturiertes Dialog
- 2019 / 2023: Erneute standortbezogene Strukturierung
- 2023 / 2024: Informationsveranstaltung für die hessischen Gesundheitsämter mit dem HMFG
- 2024: Einführung von Zählleistungsbereichen
- 2025: Erweiterung des beleuchteten 4MRGN-Keimspektrums



Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

## **Ablauf und Inhalte der Verfahren**

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

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

## Anwenderinformationen/QS-Filter:

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

Anwenderinformation QS-Filter

**Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung HIRNINFARKT (nur Hessen) (SA\_HE\_HI)**  
Stand: 26. April 2024 (QS-Spezifikation 2025 V01)  
Copyright © LAGQH, Eschborn

**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 UND (PROZ KEINSIN SA\_OPS\_FR ODER PROZ EINSIN SA\_OPS\_NKOMP) UND ALTER >= 18

**Algorithmus in Textform**  
Alter am Aufnahmetag >= 1  
und  
mindestens eine Diagnose aus der Tabelle MRE\_ICD\_MRSA

**Administratives Einschlusskriterium in Textform**  
Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär), nicht 04 (= vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung), nicht 10 (=stationsäquivalente Behandlung) und nicht 11 (=Übergangspflege) und die Aufnahme ist im Jahr 2025 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2027

**Administratives Einschlusskriterium als Formel**  
AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04'; '10';'11') UND AUFNDATUM >= '01.01.2025' UND AUFNDATUM <= '31.12.2025' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2026')

**Diagnose(n) der Tabelle MRE\_ICD\_4MRGN**

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

## 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)

<b>Basisdatensatz</b> Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-19 <b>Basisdokumentation</b>	15 Voraufenthalt/e in der Klinik 0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt
1 Institutionskennzeichen □□□□□□□□	16 Vorzeitiger Abschluss des Falles 1 = ja
2 Entlassender Standort □□□□□□□□	Wenn Feld 16=1
3 Betriebsstätten-Nummer □□	17> Erläuterung zum Grund für MDS Textfeld 256 Zeichen
4 Fachabteilung § 301-Vereinbarung <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a> □□□□	18 Entlassungsdatum Phase B TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
5 Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□	19 Entlassungs-/Verlegungsstatus 1 = nach Hause - selbstständig 2 = nach Hause - mit Laienunterstützung 3 = nach Hause - mit professioneller Hilfe 4 = stationäre Reha 5 = Akutklinik 6 = Pflegeheim 7 = verstorben
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)

<b>Schlaganfall</b> wenn Feld 14 leer	
17-23 <b>AUFNAHME</b>	24.3 Sprechstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
17 Inhouse-Stroke	24.4 Schluckstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
18 Schlaganfalldatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	25 Neurologischer Befund 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 27.2 Bildgebung durchgeführt 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus
20> 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 = > 6-7 h 8 = > 7-24 h 9 = > 24-60 h	26 Bildgebung durchgeführt 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus
	27.1> Bildgebung durchgeführt am

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz MRE - Projekt Hessen  
MRE\_HE (Spezifikation 2025 V01)

<b>MRSA</b> ICD-10-Kode U80.00! Höchstens ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
12-15.7 <b>Identifikation</b>	16-17 <b>Maßnahmen</b>
12 Nosokomialer MRSA-Fall (Erstnachweis ab Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes) 0 = nein 1 = ja	16 Dekolonisierung durchgeführt 0 = nein 1 = begonnen 2 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung positiv 3 = ja - Status bei Entlassung/Verlegung negativ
Wenn Feld 12 = 0	Wenn Feld 16 = 0
13> MRSA-Status 0 = bei Aufnahme bekannt 1 = bei Aufnahme bekannt 2 = bei Aufnahme bekannt 3 = bei Aufnahme bekannt 4 = bei Aufnahme bekannt 5 = bei Aufnahme bekannt 6 = bei Aufnahme bekannt 7 = bei Aufnahme bekannt 8 = bei Aufnahme bekannt 9 = bei Aufnahme bekannt	17> Welcher Grund sprach dagegen (Hauptgrund) 1 = zu kurzer Aufenthalt 2 = unzugänglich (Lokalisation) 3 = unkooperativ 4 = anamnestische Erfolglosigkeit 5 = sonstige 9 = nicht dokumentiert
24.3 Sprechstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	29.2 Barthel Lage 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol
24.4 Schluckstörungen bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	29.3 Barthel Fortb 0 = voll 5 = gro 10 = ge 15 = vol
25 Neurologischer Befund 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	30 Weit 30> Schlu Ereig 0 = ne 1 = ja 9 = nicht
26 Diagnostik 27.2 Bildgebung durchgeführt 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus	31.1-31.4 Risik Diab 0 = ne 1 = ja 9 = nicht
26 Bildgebung durchgeführt 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus	31.1-31.4 Diab 0 = ne 1 = ja 9 = nicht
27.1> Bildgebung durchgeführt am	31.2> Vorh

## 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: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
5	Identifikationsnummer der Patient*in	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer des Patient*innen von der Sie verbleibt in der Einrichtung. Die Datenannahmestelle übernehmen werden.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information stationären Abrechnung übernommen werden.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information stationären Abrechnung übernommen werden.
8	Postleitzahl	-	Verpflichtend ist die vierstellige Postleitzahl des Patient*innen-Wohnortes. Die 5. Stelle ist fakultativ.

Frühreha Barthel			
Der Frühreha-Barthel ist ebenfalls am Aufnahmetag zu erheben. Die einzelnen Variablen sind mit „keine Störung“ (0) bzw. „keine Störung“ (-50) zu erheben, außer bei "Schwerer Verständigungsstörung" (-25) zu erheben.			
30.1	Intensivmedizinisch überwachungsbedürftige Störung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. vegetative Anfälle
30.2	Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Wegen aufgetretenen, angelegtes Tracheostoma, häufiges Absaugen wegen starker Verschleimung notwendig, Frequenz übersteigt deutlich die übliche Bronchealtoilette bei Tracheostoma.
30.3	Dauerhafte / Intermittierende Beatmung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	z.B. invasive Beatmungsform, aber auch CPAP-Therapie im Rahmen der Beatmungsentwöhnung
30.4	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0 = Keine Störung -50 = Störung vorhanden	Situative Orientierungsstörung bei mobilen Patienten mit Weglauftendenz, der deswegen eine intensiven pflegerischen Überwachung wegen potentieller Eigen- und/oder Fremdgefährdung bedarf. Der Verlaufsfeldung...

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.

## 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)	
+	
<b>Basis</b>	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-16	<b>Basisdokumentation</b>
1	Institutionskennzeichen □□□□□□□□□□
2	Entlassender Standort □□□□□□□□□□
3	Aufnehmender Standort □□□□□□□□□□
14	Vorzeitiger Abschluss des Falles <input type="checkbox"/> 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 □□.□□.□□□□



Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick


## **Ablauf und Inhalte der Verfahren**

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

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

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

Auszug Schlaganfallvereinbarung § 1 Abs. 3

## 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 bundesweit) in Bezug auf das Vorkommen von Risikofaktoren

- 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, Underdokumentation

## Auffälligkeitskriterien zur **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)

## Auffälligkeitskriterien zur **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.

Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

## **Ablauf und Inhalte der Verfahren**

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

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

- Quartalsweise **Auswertungen der Qualitätsindikatoren (QI)** für alle teilnehmenden Leistungserbringer
- Im Modul SA-Akutbehandlung zusätzlich für die beiden Hauptdiagnosen Hirninfarkt (HI) und Intrazerebrale Blutung (ICB)

Kennzahl		Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte	Hessen		
2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde		Q3/2022	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,12 %	Ergebnis: 94,12 %	Fälle: 192 / 204
			Q2/2022	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 93,67 %	Ergebnis: 93,67 %	Fälle: 281 / 300
			Q1/2022	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,86 %	Ergebnis: 94,86 %	Fälle: 314 / 331
			Q4/2021	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,25 %	Ergebnis: 94,25 %	Fälle: 426 / 452
			Jahr 2022	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 64,92 %	Hessen: 94,25 %	Ergebnis: 94,25 %	Fälle: 426 / 452

Qualitätsindikatoren:		Gesamtfallzahl Q3/2022 (ohne Minimaldatensätze): 3046		Q3/2022	
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 %	94,77 % [ 93,80 ; 95,74 ]	94,77 % [ 93,80 ; 95,74 ]	2264 / 2389 Fälle
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: >= 82,90 % Auffälligkeit: < 60,00 %	80,12 % [ 77,55 ; 82,69 ]	80,12 % [ 77,55 ; 82,69 ]	814 / 1016 Fälle
13o-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 60,00 %	88,40 % [ 85,14 ; 91,66 ]	88,40 % [ 85,14 ; 91,66 ]	404 / 457 Fälle
06-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 80,00 %	92,73 % [ 91,71 ; 93,63 ]	92,73 % [ 91,71 ; 93,63 ]	2627 / 2833 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 %	96,28 % [ 95,39 ; 97,00 ]	96,28 % [ 95,39 ; 97,00 ]	2044 / 2123 Fällen
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 %	95,23 % [ 94,25 ; 96,04 ]	95,23 % [ 94,25 ; 96,04 ]	2094 / 2199 Fälle
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: >= 84,60 % Auffälligkeit: < 60,00 %	77,36 % [ 72,26 ; 81,76 ]	77,36 % [ 72,26 ; 81,76 ]	229 / 296 Fälle
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: >= 86,20 % Auffälligkeit: < 60,00 %	72,99 % [ 65,95 ; 79,04 ]	72,99 % [ 65,95 ; 79,04 ]	127 / 174 Fälle
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: >= 90,00 % Auffälligkeit: < 85,80 %	92,15 % [ 88,06 ; 94,92 ]	92,15 % [ 88,06 ; 94,92 ]	223 / 242 Fälle

Übersichtstabelle:		Gesamtfallzahl Q3/2022 (ohne Minimaldatensätze): 284		Q3/2022		Q4/2021 - Q3/2022	
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: >= 39,30 % Auffälligkeit: <= 16,80 %	32,88 % [ 27,04 ; 39,31 ]	32,88 % [ 27,04 ; 39,31 ]	73 / 222 Fällen	31,35 % [ 29,09 ; 33,69 ]	489 / 1560 Fällen
1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: >= 45,40 % Auffälligkeit: <= 16,80 %	35,04 % [ 27,55 ; 43,33 ]	35,04 % [ 27,55 ; 43,33 ]	48 / 137 Fällen	32,91 % [ 30,21 ; 35,73 ]	366 / 1112 Fällen
1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patienten	Ziel: >= 32,60 % Auffälligkeit: <= 18,90 %	41,18 % [ 28,75 ; 54,83 ]	41,18 % [ 28,75 ; 54,83 ]	21 / 51 Fällen	33,44 % [ 28,34 ; 38,97 ]	100 / 299 Fälle
1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patienten mit Tracheostoma	Ziel: >= 27,90 % Auffälligkeit: <= 12,80 %	29,76 % [ 21,04 ; 40,25 ]	29,76 % [ 21,04 ; 40,25 ]	25 / 84 Fälle	27,74 % [ 23,71 ; 32,16 ]	119 / 429 Fälle
2	Rückbildung schwerer Verstandigungsstörung	Ziel: >= 46,90 % Auffälligkeit: <= 21,60 %	40,59 % [ 33,49 ; 48,1 ]	40,59 % [ 33,49 ; 48,1 ]	69 / 170 Fälle	39,54 % [ 36,61 ; 42,55 ]	410 / 1037 Fälle
3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme	Ziel: >= 19,20 % Auffälligkeit: <= 6,40 %	20,49 % [ 15,9 ; 26 ]	20,49 % [ 15,9 ; 26 ]	50 / 244 Fälle	15,74 % [ 14,09 ; 17,55 ]	267 / 1696 Fälle

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

Qualitätssicherung: MRE-Projekt Hessen		Landesarbeitsgemeinschaft Qual					
<b>Basisdokumentation</b>							
	Q3/2022				Q4/2021-Q3/2022		
	Hessen		Hessen gesamt		Hessen		Hessen gesamt
	N	%	N	%	N	%	N
Patienten mit 4MRGN (ICD-10-Kodes U81.41! und/oder U81.51!)	n.b.	n.b.	63	100,0	n.b.	n.b.	1
davon Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN (U81.41!)	n.b.	n.b.	45	71,4	n.b.	n.b.	1
davon Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN (U81.51!)	n.b.	n.b.	22	34,9	n.b.	n.b.	
1. Quartal	n.b.	n.b.	0				
2. Quartal	n.b.	n.b.	0				
3. Quartal	n.b.	n.b.	63				
4. Quartal	n.b.	n.b.	0				
<b>Altersverteilung</b> (in Jahren)							
< 18 Jahre	n.b.	n.b.	2				
18 - 39 Jahre	n.b.	n.b.	10				

Qualitätssicherung: Neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall			
	Q2/2023		
	Hessen		Hessen gesamt
	N	%	N
Datensätze gesamt	0	100,0	405
<b>Vor Frühreha</b>			
<b>Thrombolyse</b>			
ja	n.b.		81
nein	n.b.		324
<b>Thrombektomie</b>			
ja	n.b.		78
nein	n.b.		327



Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

## **Ablauf und Inhalte der Verfahren**

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

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

## § 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

Gesetzliche und vertragliche Grundlage mit Verfahrensüberblick

## **Ablauf und Inhalte der Verfahren**

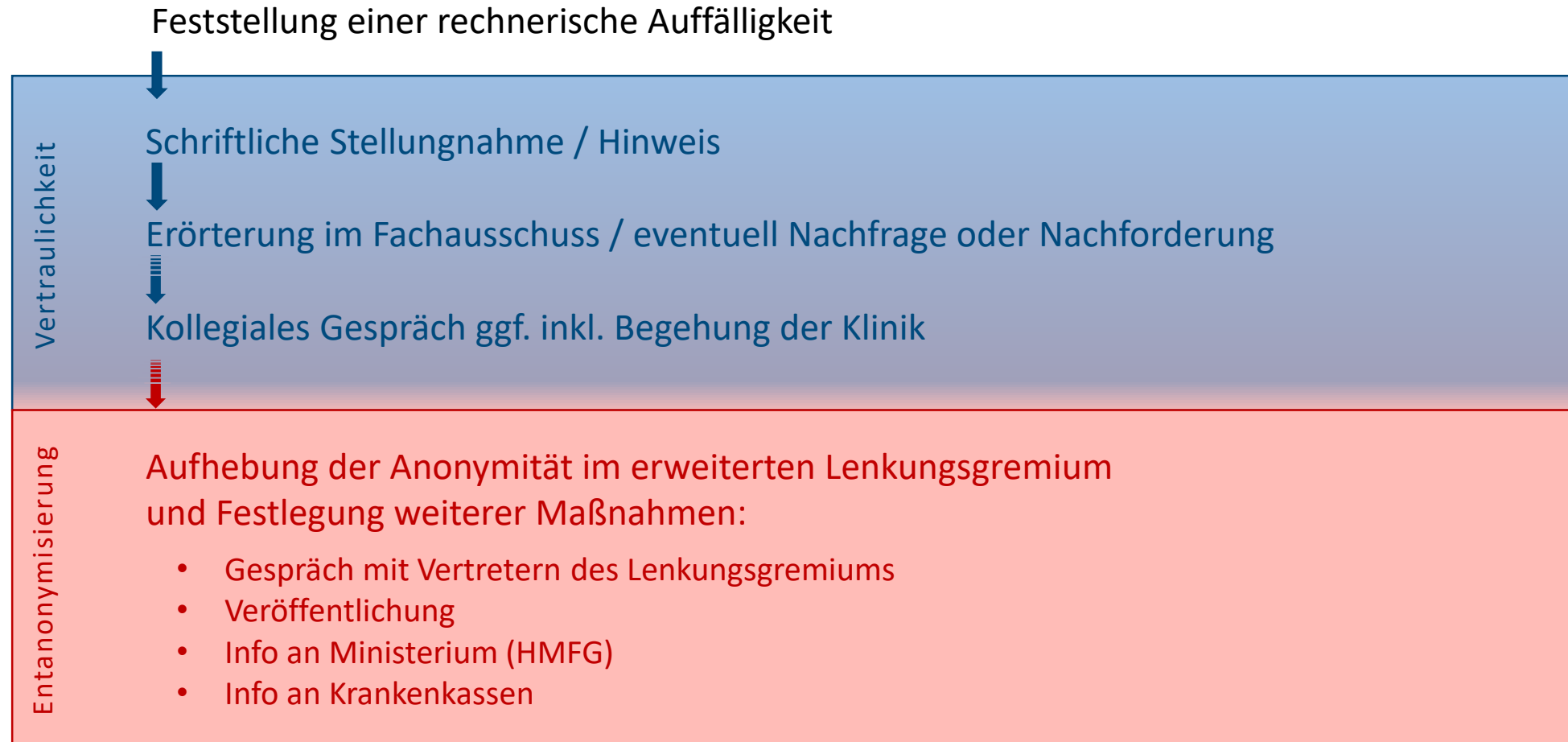
- Spezifikation
- Qualitätsindikatoren
- Auswertungen
- Fachgremien
- **Strukturierter Dialog**
- Datenvalidierung

Zusammenfassung und Abgrenzung zu den DeQS-Verfahren

- 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.

# Strukturierter Dialog in Hessen

## Vereinfachte Darstellung



## 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 Vorgangsnummerdatei 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.

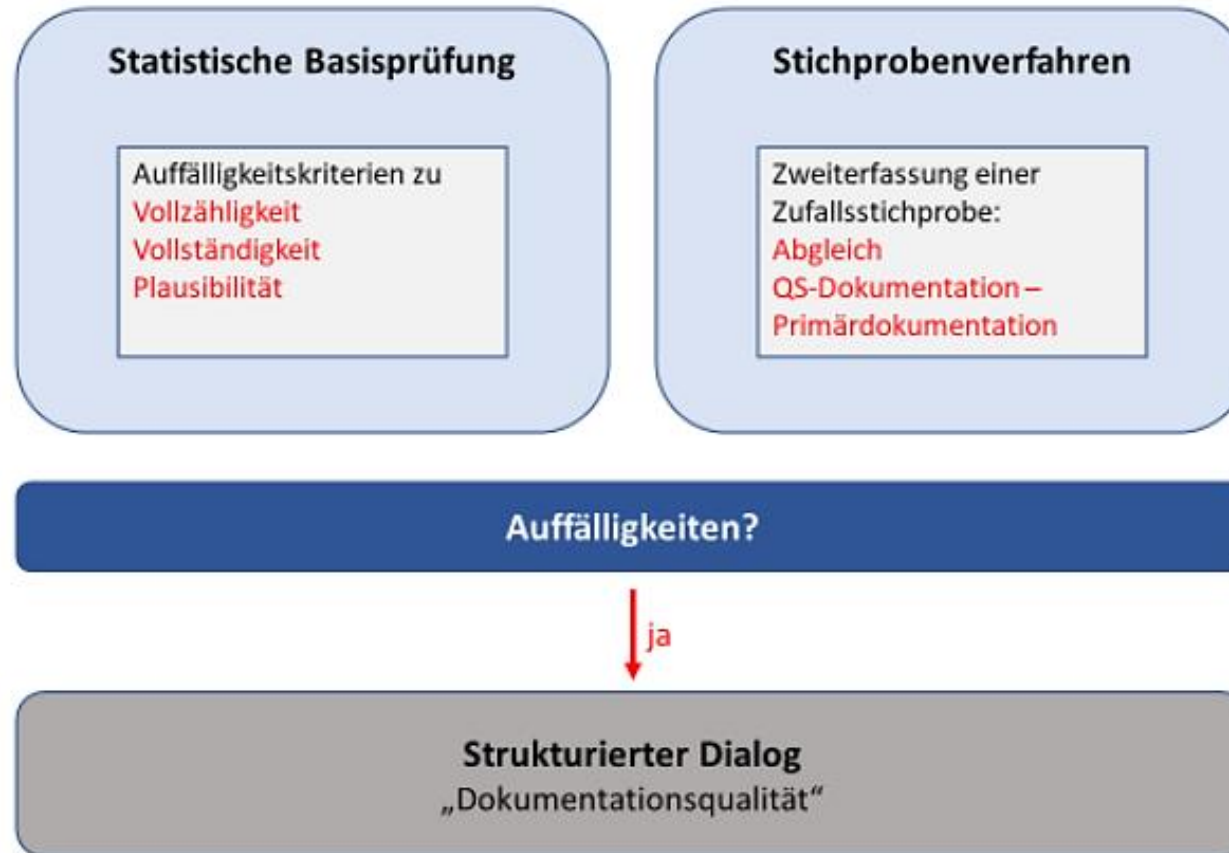
Bei einem Fall lag ein positiver Wundabstrich auf MRSA vor. Demnach aus klinischem Material, aber im Rahmen des Aufnahmescreenings.

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*

- 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



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!