



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

QS-Verfahren
***Vermeidung nosokomialer Infektionen –
postoperative Wundinfektionen***

Erfassungsjahre 2020 und 2021 (Verfahren in Erprobung)

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*. Erfassungsjahre 2020 und 2021 (Verfahren in Erprobung)

Ansprechpartner:

Leif Warming

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. August 2022, aktualisierte Version am 28. Oktober 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Vorbemerkung	6
Hygiene- und Infektionsmanagement	7
1 Hintergrund	8
2 Einordnung der Ergebnisse	10
2.1 Datengrundlage.....	10
2.2 Risikoadjustierung.....	11
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	11
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	11
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	18
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	19
4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung	20
5 Fazit und Ausblick.....	26
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen.....	27
1 Hintergrund	28
2 Einordnung der Ergebnisse	32
2.1 Datengrundlage.....	32
2.2 Risikoadjustierung.....	35
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	36
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	36
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	42
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	43
3.1 Hintergrund.....	43
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	43
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	43
4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung	45
5 Fazit und Ausblick.....	46
Glossar.....	47
Literatur.....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2021)	9
Tabelle 2: Übersicht über die Datengrundlage für das Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren (EJ 2021).....	10
Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage für das Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren (EJ 2021).....	10
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren (EJ 2021)	12
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren (EJ 2021)	12
Tabelle 6: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2021)	13
Tabelle 7: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2021)	14
Tabelle 8: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2020)	30
Tabelle 9: Übersicht über die Datengrundlage (Erfassungsmodul NWIF; EJ 2020)	32
Tabelle 10: Anzahl übermittelter Datensätze zu Tracer-Eingriffen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (EJ 2020).....	33
Tabelle 11: Über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelte Fälle mit potentieller postoperativer Wundinfektion (NWIWI)	33
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (EJ 2020)	36
Tabelle 13: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen (EJ 2020). 37	

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ATR-Listen	Listen mit auffälligen Tracer-Fällen
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
MRE	multiresistente Erreger
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QS	Qualitätssicherung
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Vorbemerkung

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren *QS WI* der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

In diesem Bericht werden die Ergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Erfassungsjahr, EJ, 2021) und zu den nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2020) getrennt voneinander berichtet.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 24.06.2022).

Hygiene- und Infektionsmanagement

1 Hintergrund

Allgemein

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017). Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der DeQS-RL das Verfahren *QS WI* als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren *QS WI* wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen unabhängig davon, ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden, in dieselben Qualitätsindikatoren ein.

Das Verfahren *QS WI* soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, von dem Tracer-Operationen² erbracht wurden, die Raten der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das Verfahren *QS WI* umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen, und jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“ bezogen auf ambulante und stationäre Eingriffe.

Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Ermittlung der Indikatorenergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA). Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Er-

² Als Tracer-Operationen werden im Verfahren *QS WI* diejenigen Operationen bezeichnet, die ausgewählt wurden, um im Rahmen der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt. Ausgewählt wurden Operationen vor allem aus acht Fachgebieten: Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie sowie Urologie. Entweder die Tracer-Operationen weisen ein hohes Wundinfektionsrisiko auf oder sie weisen ein mittleres Wundinfektionsrisiko auf, werden aber häufig durchgeführt.

fassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige Institutionskennzeichnungsnummer, IKNR, bzw. Betriebsstättennummer, BSNR) abgefragt.

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000 und 2000) sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet. Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) eine Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Weitere Informationen zum Verfahren QS WI finden sich auf der Website des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Die Tabelle 1 stellt die Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2021) dar.

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2021)

ID	Indikator	Datenquelle
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	QS-Dokumentation, einrichtungsbezogen
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	QS-Dokumentation, einrichtungsbezogen

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) des Erfassungsjahres 2021.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Für das Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung wie auch der Soll-Ist-Abgleich entsprechend dem entlassenden Standort bzw. der BSNR.

Tabelle 2: Übersicht über die Datengrundlage für das Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren (EJ 2021)

Erfassungsjahr		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	2.941	3.872	75,96
	Basisdatensatz	2.941	3.872	
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		2.941	3.872	75,96

Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage für das Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren (EJ 2021)

Erfassungsjahr		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.213	1.834	66,14
	Basisdatensatz	1.213	1.834	
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.213	1.834	66,14

Die Anzahl der stationären Leistungserbringer, für die ein QS-Dokumentationsbogen erwartet wurde (n = 1.834), unterscheidet sich deutlich von den stationären Leistungserbringern, für die Tracer-Operationen für die Indikatoren zu nosokomialen Infektionen übermittelt wurden (n = 1.242). Da für die Identifikation der Leistungserbringer, die Tracer-Operationen durchführen, für beide Module (NWIES und NWITR) dieselben Filter genutzt werden, dürfte es hier jedoch keinen Unterschied geben. Vermutlich geht der Unterschied darauf zurück, dass belegärztliche Leistungserbringer in den Sozialdaten bei den Krankenkassen derzeit durch das IQTIG nicht identifiziert werden können. Das IQTIG wird diesem Sachverhalt nachgehen.

Limitationen

Bisher wurde noch keine Datenvalidierung der Daten durchgeführt, die über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst werden. Entsprechend stehen keine Informationen zur Verfügung, in welchem Ausmaß ggf. falsch dokumentiert wird. Die Bewertungen der Indikatorenergebnisse wurden auf Basis der Annahme durchgeführt, dass größtenteils richtig dokumentiert worden ist.

2.2 Risikoadjustierung

Bei den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement handelt es sich um Prozessindikatoren, auf die die Zusammensetzung der Patientengruppen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern keinen Einfluss hat. Daher erfolgt hierbei keine Risikoadjustierung.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Das Verfahren QS WI wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können im Bundesqualitätsbericht 2022 keine Ergebnisse berichtet werden.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Tabelle 4 und Tabelle 5 stellen die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2021) dar. Da die QS-Dokumentation für das EJ 2020 ausgesetzt wurde, ist kein Vergleich mit dem Vorjahr möglich. Mit den Ergebnissen der Jahre 2018 und 2019 ist ebenfalls kein Vergleich möglich, da jeweils unterschiedliche Kennzahlen in die Indikatoren eingegangen sind und die Vollständigkeit bis einschließlich des Erfassungsjahres 2019 aufgrund der fehlenden Sollstatistik nicht bekannt ist.

Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 17. Dezember 2020 ist die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt worden (G-BA 2020). Daher sind im aktuellen Bericht keine Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement für das Erfassungsjahr 2020 enthalten.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren (EJ 2021)

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Prozessqualität				
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	70,07 / 100 Punkte (≥ 32,98 / 100 Punkte; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren (EJ 2021)

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Prozessqualität				
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	73,10 / 100 Punkte (≥ 53,24 / 100 Punkte; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar

Im bundesweiten Mittel wurde im Erfassungsjahr 2021 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) ein Wert von 70,07 von 100 Punkten erreicht, im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) ein Ergebnis von 73,10 von 100 Punkten.

Das Ergebnis für die ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer liegt mit 68,69 von 100 Punkten auf einem ähnlichen Niveau wie das der ambulant operierenden Krankenhäuser mit 74,90 von 100 Punkten (ID 1000). Der geringe Unterschied zwischen den Ergebnissen ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass eine große Menge an Krankenhäusern sowohl stationäre als auch ambulante Tracer-Operationen durchführt, weshalb diese Krankenhäuser beide Dokumentationsbögen (für Erbringer ambulanter Leistungen und für Erbringer stationärer Leistungen) ausfüllen müssen, in denen größtenteils dieselben Sachverhalte abgefragt werden. Insgesamt lagen die Durchschnittswerte über die Leistungserbringergruppen hinweg auf einem ähnlichen Niveau.

Die Bundeswerte der einzelnen Kennzahlen sowie des gesamten Index lassen den Rückschluss zu, dass ein deutliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung im Bereich des ambulanten sowie

stationären Hygiene- und Infektionsmanagements unter den Leistungserbringern besteht, die an der Dokumentation teilgenommen haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Kennzahlen der Indexindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären und ambulanten Einrichtungen dargestellt und bewertet sowie mögliche Weiterentwicklungen der abgefragten Inhalte in den Kennzahlen dargestellt (siehe Tabelle 6 und Tabelle 7).

Tabelle 6: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2021)

Kennzahl	Ergebnis ambulante Krankenhäuser	Ergebnis Vertragsärzte	Ergebnis Bund (gesamt)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	80,81 80,81 / 100	49,97 49,97 / 100	56,78 56,78 / 100
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	82,15 82,15 / 100	61,76 61,76 / 100	66,27 66,27 / 100
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	91,85 91,85 / 100	69,53 69,53 / 100	74,46 74,46 / 100
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	93,10 93,1 / 100	88,34 88,34 / 100	89,39 89,39 / 100
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,47 97,47 / 100	90,10 90,1 / 100	91,73 91,73 / 100
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	89,38 89,38 / 100	80,55 80,55 / 100	82,50 82,50 / 100
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	22,93 22,93 / 100	57,58 57,58 / 100	49,93 49,93 / 100
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	45,79 45,79 / 100	41,35 41,35 / 100	42,33 42,33 / 100
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	97,54 97,54 / 100	74,33 74,33 / 100	79,46 79,46 / 100
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	48,00 48 / 100	73,42 73,42 / 100	67,80 67,80 / 100

Tabelle 7: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2021)

Kennzahl	Ergebnis Bund (gesamt)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	80,19 80,19 / 100
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	81,97 81,97 / 100
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	88,13 88,13 / 100
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	95,87 95,87 / 100
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,03 96,03 / 100
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	88,77 88,77 / 100
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	28,95 28,95 / 100
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	47,95 47,95 / 100
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	97,44 97,44 / 100
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	25,67 25,67 / 100

Kennzahl: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe

Operierende Leistungserbringer erzielten einen bundesweiten Mittelwert von 80,19 von 100 möglichen Punkten im stationären Bereich und 56,78 von möglichen 100 Punkten im ambulanten Bereich in der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“.

Leistungserbringer, die angaben, dass bei ihnen keine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe vorlag, haben in dieser Kennzahl keine Punkte erhalten. Bezüglich dieser Kennzahl wird vom Expertengremium auf Bundesebene weiterhin Potenzial zur Verbesserung gesehen.

Aufgrund eines Fehlers in den endgültigen Rechenregeln 2021 haben auch diejenigen Leistungserbringer keine Punkte in dieser Kennzahl erhalten, die angegeben haben, dass bei ihnen aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich sei. Die Landesarbeitsgemeinschaften wurden am 20. September 2022 über diesen Sachverhalt informiert. Für die prospektiven Rechenregeln 2023 und die endgültigen Rechenregeln 2022 wird dieser Fehler korrigiert.

Einige Expertinnen und Experten zweifeln an, dass bei einer größeren Anzahl Leistungsbringer aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich ist. Etwa 32 % der ambulant operierenden Leistungserbringer haben dies angegeben. Daher wird das IQTIG diesen Sachverhalt in der nächsten Sitzung des Expertengremiums noch einmal zur Diskussion stellen.

Kennzahl: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten mit 81,97 von 100 Punkten ein höheres Bundesergebnis zur Kennzahl „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“ als ambulant operierenden Leistungserbringern (66,27 / 100 Punkte). Leistungserbringer, die angaben, dass bei ihnen im Erfassungsjahr 2021 keine leitlinienbasierte Empfehlung / interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie galt, haben in dieser Kennzahl keine Punkte erhalten (ambulant: 28,70 %; stationär: 8,24 %).

Das Expertengremium auf Bundesebene äußert keine grundsätzliche Kritik an dieser Kennzahl und sieht weiterhin Potenzial zur Verbesserung.

Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten mit 88,13 von 100 Punkten ein höheres Bundesergebnis zur Kennzahl „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“ im Vergleich zu ambulant operierenden Leistungserbringern (74,46 / 100 Punkte).

Leistungserbringer, die angaben, für die Haarentfernungen Klingenschneider zu nutzen, haben in dieser Kennzahl keine Punkte erhalten (ambulant: 31,41 %; stationär: 12,12 %). Für die Mitglieder des Expertengremiums stellt dies ein gravierendes Qualitätsdefizit dar; insbesondere vor dem Hintergrund, dass die entsprechende Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) schon seit Langem besteht und in die höchste Evidenzkategorie eingestuft ist.

Kennzahl: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

Sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer weisen bei dieser Kennzahl hohe Punktwerte auf, was auf einen sehr guten Standard hinsichtlich der Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien hindeutet (ambulant operierende Einrichtungen: 89,39 / 100 Punkte; stationär operierende Einrichtungen: 95,87 / 100 Punkte). Defizite lassen sich v. a. im Bereich der Aktualisierung entsprechender interner Leitlinien und bei der Verwendung von Klebebeuteln feststellen.

Das IQTIG hat von einigen LAG und Leistungserbringern die Rückmeldung erhalten, dass es zu einer Doppelerfassung von Informationen bei dieser Kennzahl kommt, da sowohl das IQTIG als auch andere zuständige Stellen auf Landesebene diese erheben. Gleichzeitig bestehen jedoch Hinweise darauf, dass die für die Qualitätssicherung erhobenen Daten auch für andere Zwecke hilfreich sind, beispielsweise für vom Gesundheitsamt durchgeführte Begehungen, bei denen durch die Dokumentationsbögen Zeit gespart werden könne.

Das Verbesserungspotenzial wird in diesem Bereich aufgrund der guten Ergebnisse, insbesondere im stationären Bereich, als eher gering eingeschätzt. Dennoch spricht sich das Expertengremium auf Bundesebene vorerst dafür aus, die Kennzahl fortzuführen.

Kennzahl: Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurden Ergebnisse von über 90 Punkten bei der Frage nach einer vorhandenen Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes erzielt (ambulant operierende Einrichtungen: 91,73 / 100 Punkte; stationär operierende Einrichtungen: 96,03 / 100 Punkte). Zu keiner anderen Kennzahl wurden höhere Ergebnisse erzielt. Der Großteil der Leistungserbringer hält eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes vor (ambulant: 92,45 %, stationär: 96,78 %), wobei darin nicht immer alle relevanten Inhalte thematisiert werden. Damit erscheint das Verbesserungspotenzial in diesem Bereich vergleichsweise eher gering.

Kennzahl: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel

Die Ergebnisse der ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser sowie der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer zur Kennzahl „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel“ liegen bei 82,50 von 100 Punkten (ambulant operierende Leistungserbringer) bzw. 88,77 von 100 Punkten (stationär operierende Leistungserbringer).

Für diese Kennzahl nimmt das Expertengremium auf Bundesebene weiterhin Verbesserungspotenzial an, da bei 12,27 % der ambulanten Leistungserbringer kein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel im betrachteten Erfassungsjahr galt. Im stationären Bereich betrifft dies zwar nur 2,14 % der Leistungserbringer, die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung erfolgte im stationären Bereich jedoch bei 39,93 % nicht im betrachteten Erfassungsjahr 2021. Im ambulanten Bereich traf dies im Gegensatz dazu jedoch nur bei 23,88 % der Leistungserbringer zu.

Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Die ambulant bzw. stationär operierenden Leistungserbringer, die Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen dokumentiert haben, erzielten mit 49,93 (ambulant) bzw. 28,95 (stationär) von 100 Punkten vergleichsweise niedrige Ergebnisse bei dieser Kennzahl.

Ein Grund für die niedrigen Ergebnisse ist, dass 25,50 % der ambulanten Leistungserbringer und 48,23 % der stationären Leistungserbringer angegeben haben, dass die entsprechenden Daten nicht oder nicht in der für den Dokumentationsbogen vorgesehenen Form erhoben wurden. Möglicherweise wurde bei diesen Leistungserbringern jedoch umfassend geschult. Allerdings liegt die Schulungsrate im Schnitt bei den Leistungserbringern, die Daten dazu übermittelt haben, im Mittel bei 66,15 % (ambulant) bzw. 54,40 % (stationär).

Das Expertengremium auf Bundesebene nimmt an, dass weiterhin ein Potenzial zur Verbesserung besteht.

Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

Die ambulant bzw. stationär operierenden Leistungserbringer erzielten mit 42,33 bzw. 47,95 von 100 Punkten im Vergleich zu den anderen Kennzahlen niedrige Ergebnisse bei dieser Kennzahl. Diese Ergebnisse lassen von einem großen Verbesserungspotenzial ausgehen.

33,97 % der ambulanten und 12,86 % der stationären Leistungserbringer haben angegeben, dass keine Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr 2021 stattgefunden haben, vorlagen. Bei anderen Leistungserbringern wurden die Daten nicht in der geforderten Form erhoben (ambulant: 3,57 %, stationär: 9,40 %).

Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, lag stationär bei 65,71 %, ambulant bei 78,18 %.

Das Expertengremium auf Bundesebene nimmt an, dass weiterhin ein Potenzial zur Verbesserung besteht.

Kennzahl: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

Das Ergebnis der ambulant operierenden Leistungserbringer liegt mit 79,46 von 100 Punkten deutlich unter dem Ergebnis für die stationär operierenden Leistungserbringer mit 97,44 von 100 Punkten. Über 97,44 % der stationär operierenden Leistungserbringer haben eine Patienteninformation vorliegen. Von den ambulant operierenden Leistungserbringern sind es nur 79,46 %. Für diese Kennzahl nehmen das Expertengremium auf Bundesebene und das IQTIG daher weiterhin Verbesserungspotenzial bei den ambulant operierenden Leistungserbringern an.

Kennzahl: Durchführung von Compliance-Überprüfungen

Diese Kennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2019 aus der Berechnung der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgeschlossen. Zum Erfassungsjahr 2021 wurden die Erfassungsbögen zu dieser Kennzahl umfangreich überarbeitet. Seit der Überarbeitung der Datenerfassung (EJ 2021) geht die Kennzahl wieder in die Berechnung der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement ein.

Im ambulanten Bereich wurde das Datenfeld, welches die Anzahl der Compliance-Beobachtungen abfragte, angepasst, sodass lediglich abgefragt wird, ob Compliance-Beobachtungen durchgeführt wurden.

Im stationären Bereich ist die Dokumentation umfassender: Wenn ein Leistungserbringer im stationären Bereich angibt, dass mindestens 150 Compliance-Beobachtungen in einer Beobachtungsperiode auf mindestens einer Station durchgeführt wurden, folgen Datenfelder, in denen durch den Leistungserbringer der Anteil an der jeweiligen Stationsart (Normalstation, Intermediate Care bzw. Aufwachstation und Intensivstation), auf der ausreichend viele Compliance-Beobachtungen durchgeführt wurden, an allen Stationen dieser Art im Krankenhaus, anzugeben ist. Es schließt sich das Datenfeld zur Erhebung des Anteils der hygienischen Händedesinfektionen vor aseptischen Tätigkeiten an.

Im ambulanten Bereich haben 32,20 % der Leistungserbringer im Erfassungsjahr 2021 angegeben, keine Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt zu haben. Im stationären Bereich haben 54,33 % der Leistungserbringer angegeben, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern keine Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt zu haben, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten.

Die Ergebnisse für ambulant operierende Leistungserbringer liegen bei 67,80 von 100 Punkten und für stationär operierende Leistungserbringer bei 25,67 von 100 Punkten. Das Expertengremium auf Bundesebene sieht einen Verbesserungsbedarf bei der Durchführung von Compliance-Beobachtungen sowohl bei ambulant als auch bei stationär operierenden Leistungserbringern.

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurde für das Erfassungsjahr 2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 17. Dezember 2020 ist die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt (G-BA 2020). Da keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2020 vorliegen, konnte kein Stellungnahmeverfahren seitens der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden, sodass keine Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten vorliegen.

4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Im Verfahren *QS WI* wird anstelle einer Evaluation eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung durchgeführt, um das Verfahren begleitend zu evaluieren und Verbesserungspotenziale zu entdecken und zu benennen. Der Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung, der sowohl Informationen zum Hygiene- und Infektionsmanagement als auch Informationen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen enthält, wurde dem G-BA am 31. Januar 2022 übermittelt. Im Folgenden wird eine Kurzfassung des Berichts dargestellt, in der daher auf die Erfassung und Auswertung der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement und auch zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingegangen wird.

Hintergrund und Auftrag

Seit dem Jahr 2017 ist das IQTIG mit der Umsetzung des Verfahrens *QS WI* der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL³, abgelöst am 1. Januar 2019 durch die DeQS-RL) beauftragt. Das Verfahren gliedert sich in zwei Teile: Hygiene- und Infektionsmanagement und nosokomiale postoperative Wundinfektionen. Die Erprobungsphase, innerhalb derer insbesondere das Stimmungsverfahren eingeschränkt durchgeführt wird, endet nach aktuellem Stand 2023.

Am 20. September 2018 wurde das IQTIG vom G-BA damit beauftragt, eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung des Verfahrens *QS WI* durchzuführen. Diese wissenschaftliche Begleitung ersetzt gemäß Beschluss während der Erprobungsphase die Evaluation für das Verfahren *QS WI* im Bundesqualitätsbericht an den G-BA (§ 19 Teil 2, Verfahren 2 (*QS WI*) DeQS-RL).

Methodisches Vorgehen

Den LAG wurde am 14. Oktober 2021 gemäß § 19 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL ein semistrukturierter Fragebogen zur Erhebung von Informationen zum Optimierungsbedarf bezüglich des QS-Verfahrens übermittelt. Darüber hinaus werden sämtliche Informationen, die bezüglich Optimierungsbedarfen beim IQTIG vorliegen, z. B. Hinweise von Expertinnen und Experten, Hinweise aus direkten Anfragen von Leistungserbringern und intern vorliegende Informationen, für den vorliegenden Bericht genutzt.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 16. März 2018, in Kraft getreten am 1. Mai 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/> (abgerufen am 25.01.2022).

Ergebnisse und Empfehlungen

Insgesamt übermittelten 11 LAG einen ausgefüllten Fragebogen an das IQTIG. 2 LAG meldeten zurück, dass seit der Beantwortung des letzten Fragebogens zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung keine neuen Anmerkungen gemacht werden können.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse für die beiden Teile des Verfahrens separat dargestellt.

Hygiene- und Infektionsmanagement

Seit dem Jahr 2018 werden jeweils für das Vorjahr einrichtungsbezogene Daten für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement erhoben. Aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 (G-BA 2020) enthielten die Rückmeldeberichte 2021 keine Ergebnisse zu den Indikatoren des Hygiene- und Infektionsmanagements. Grund für die Aussetzung war eine notwendige Überarbeitung des Dokumentationsbogens sowie das Fehlen eines Soll-Ist-Abgleichs. Für das Erfassungsjahr 2021 wurden die QS-Dokumentationsbögen umfassend überarbeitet.

Aufgrund dessen gab es zum Teil des Verfahrens, der das Hygiene- und Infektionsmanagement betrifft, weniger Rückmeldungen als im Vorjahr. Einige davon bezogen sich auf die noch nicht überarbeitete Version des Bogens und die angemerkten Punkte wurden in diesen Fällen größtenteils bereits durch den neuen Dokumentationsbogen adressiert.

Darüber hinaus gibt es weitere Optimierungsbedarfe:

- Einige wenige Hinweise auf Formulierungen und Begrifflichkeiten wird das IQTIG mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten.
- Dem Hinweis, dass die im Bogen erfragten Inhalte durch die Leistungserbringer auch an anderer Stelle umfassend dokumentiert werden müssen, wird derzeit nachgegangen. Es deutet sich jedoch an, dass eine Mehrfacherfassung derselben Inhalte wie für das Verfahren QS WI nicht erfolgt. Im Gegenteil kann die Dokumentation offenbar sogar zur Effizienzsteigerung bei Prüfungen z. B. durch Gesundheitsämter führen.
- Derzeit müssen zwei Bögen mit ähnlichen Inhalten dokumentiert werden, wenn ein Leistungserbringer sowohl ambulante als auch stationäre Operationen durchführt. Hier wäre durch eine Zusammenlegung der Dokumentationsbögen eine Effizienzsteigerung möglich. Je nach Konstellation der Leistungserbringung (z. B. Niederlassung und Operationen in einem AOP-Zentrum oder Operationen an einer Nebenbetriebsstätte oder am Hauptstandort) sind derzeit unterschiedliche Hinweise für die Dokumentation zu berücksichtigen, die in den Ausfüllhinweisen aufgeführt sind. Eine Anpassung des Bogens dahingehend, dass die Fragen direkt auf die Konstellationen der Leistungserbringung zugeschnitten sind, würde die Dokumentation vereinfachen. Zur Optimierung der Bögen wird gerade vom G-BA ein Auftrag an das IQTIG abgestimmt.
- Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement entsprechen nicht den aktuellen methodischen Standards des IQTIG. Sie adressieren in ihrer aktuell bestehenden Form unter-

schiedliche Qualitätsmerkmale. Nach der aktuellen Methodik des IQTIG wird mit einem Qualitätsindikator möglichst nur ein Qualitätsmerkmal adressiert. Das IQTIG empfiehlt daher eine Beauftragung zur Überarbeitung.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

Für die Berechnung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation herangezogen.

Fallbezogen dokumentiert wurde erstmals im Jahr 2017. Die Sozialdaten bei den Krankenkassen standen jedoch erst später als vorgesehen am IQTIG zur Verfügung und auch der Aufbau des Rückmeldungsprozesses zwischen Krankenkassen und IQTIG hat mehr Zeit in Anspruch genommen als vorgesehen.

Die ersten Prüfergebnisse zeigten, dass sich die Sozialdaten bei den Krankenkassen noch nicht für eine Auswertung eigneten. Da aufgrund dessen im Jahr 2020, also im dritten Jahr, in dem für das QS-Verfahren dokumentiert wurde, noch immer keine Rückmeldeberichte für die Vorjahre bereitgestellt werden konnten und die grundsätzliche Machbarkeit des Konzepts noch nicht geprüft werden konnte, hat das IQTIG empfohlen, die Erfassung für das Erfassungsjahr 2021 auszusetzen. Dem ist der G-BA gefolgt.

Die ersten Rückmeldeberichte zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden im Jahr 2021 zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 zur Verfügung gestellt.

Zwischenzeitlich hat sich die Qualität der Sozialdaten in Teilen verbessert. Bezogen auf die im Jahr 2021 berichteten Ergebnisse gab es noch einige wichtige Einschränkungen: Die Entwicklung einer Risikoadjustierung stand noch aus, entsprechend waren die Ergebnisse noch nicht risikoadjustiert. Weiterhin wurden vonseiten des IQTIG aufgrund der zwar verbesserten, aber noch immer nicht ausreichend vollständig übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen noch keine Referenzbereiche empfohlen. Denn aufgrund der nicht vollständig übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der Indikatorergebnisse zu den nosokomialen postoperativen Wundinfektionen aus Sicht des IQTIG noch zu stark eingeschränkt. Die nicht ausreichende Datenbasis und die fehlenden Referenzbereiche haben auch einige LAG als Optimierungsbedarf zurückgemeldet.

Für die QI-Ergebnisse des EJ 2019 konnte das IQTIG aufgrund von Problemen bei der Datenlieferung keine Referenzbereiche empfehlen, sodass Stellungnahmeverfahren 2021 nach Ermessen der LAG geführt wurden. Dies ist unter anderem der Grund dafür, warum die Aufwand-Nutzen-Einschätzung für die fallbezogene QS-Dokumentation durch die Landesarbeitsgemeinschaften bisher sehr schlecht ausfällt. Dabei stellt insbesondere die Vorgabe der DeQS-RL, dass die Krankenkassen gegenüber dem IQTIG pseudonymisiert sein müssen, eine Herausforderung bei der Kommunikation von Übermittlungsfehlern und der Problemanalyse dar. Mittlerweile hat der G-BA durch Beschluss vom 16. September 2021 (G-BA 2021) in der DeQS-RL den Datenfluss und ein schnelles Feedback an die Kassen bei Datenqualitätsproblemen geregelt. Diese Änderungen sowie ein elektronischer Austausch sollen nun sicherstellen, dass Fehler früh identifiziert und abgestellt werden können. Aus Sicht des IQTIG kann ein zeitnahes und regelmäßiges Feedback

zwar dazu beitragen, die Datenqualität zu verbessern. Jedoch ist die Auslösung in den Sozialdatenmodulen NWIWI und NWITR besonders komplex. Die Erfahrung der Vorjahre zeigt, dass das IQTIG nicht in jedem Fall einen klaren Hinweis hinsichtlich eines beobachteten Fehlers an die Krankenkassen geben kann, der die Kassen in die Lage versetzt, eine Korrektur vorzunehmen. Dazu fehlt dem IQTIG die Information, wie die Kassen die Sozialdaten abgefragt haben. Eine weitere Klärung und Korrektur von Auffälligkeit konnte teilweise erst erreicht werden, nachdem Kassen sich an das IQTIG gewendet haben. Auch zukünftig liegen die Krankenkassenkennungen bzw. die beauftragten Dienstleiter für das IQTIG nur in pseudonymisierter Form vor.

Neben der zentralen Herausforderung, dass vollständige Sozialdaten von den Krankenkassen geliefert werden müssen, wurden weitere Optimierungsbedarfe von den LAG zurückgemeldet. In der Gesamtschau der Rückmeldungen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kristallisieren sich aus Sicht des IQTIG folgende wesentlichen und adressierbaren Optimierungsbedarfe heraus:

- Es bestehen häufig Verständnisschwierigkeiten bezogen auf das Verfahren; besonders bezogen auf die Filter zur Auslösung des QS-Dokumentationsbogen zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen. Dass es sich bei ca. 300.000 auszufüllenden Dokumentationsbögen für ca. 3 Millionen betrachtete Operationen um ein äußerst effizientes Verfahren handelt, konnte noch nicht flächendeckend vermittelt werden. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt zukünftig verstärkt kommunizieren.
- Viele Hinweise auf Optimierungen liegen bezüglich der Rückmeldeberichte vor. Hier arbeitet das IQTIG über das Verfahren QS WI hinaus kontinuierlich an Optimierungen.
- Die fehlende Risikoadjustierung wird vielfach kritisiert. Für die nächsten Rückmeldeberichte ist eine Risikoadjustierung vorgesehen.
- Es wird Optimierungsbedarf bezogen auf die vorgesehenen Referenzbereiche gesehen. Insbesondere Referenzbereiche, die als „Sentinel Event“ definiert sind, sollten überdacht werden. Ursache dafür ist, dass bei sehr vielen Leistungserbringern nur ein Fall einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Dadurch kommt es zu einem hohen Aufwand im Stellungnahmeverfahren. Für ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis empfiehlt das IQTIG die Prüfung und Entwicklung eines alternativen Bewertungskonzepts, bei dem nicht durch die Leistungserbringer zu verantwortende Faktoren im Referenzbereich berücksichtigt werden sowie bei der Berechnung der Indikatorenergebnisse eine Risikoadjustierung erfolgt. Das IQTIG wird das weitere Vorgehen hierzu mit den Expertinnen und Experten abstimmen.
- Es besteht der Wunsch von Leistungserbringern, die Nennerfälle in den Rückmeldeberichten, die aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen kommen, im eigenen Krankenhausinformationssystem (KIS) nachvollziehen zu können. Das IQTIG wird eine Anpassung der Listen mit auffälligen Tracer-Fällen (ATR-Listen) für 2024 prüfen.
- Optimierungsbedarf wird hinsichtlich der Einträge in den ATR-Listen gesehen. Bisher konnten aus rechtlichen Gründen noch nicht allen Leistungserbringern ATR-Listen übermittelt werden, in denen Fälle mit Infektionen, die bei anderen Leistungserbringern dokumentiert worden

sind, aufgeführt werden. Das IQTIG wird prüfen, ob eine Darstellung dieser Fälle für alle Leistungserbringer, unabhängig davon, ob die Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges QI-Ergebnis erzielt haben oder nicht, möglich ist, und die ATR-Listen ggf. um diese Fälle ergänzen.

- Gemäß der aktuellen Methodik zur Setzung von Referenzbereichen unterliegen Leistungserbringer mit einer geringen Fallzahl einem höheren Risiko für eine rechnerische Auffälligkeit. In Abschnitt 5.3 im Bericht zur „Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern“, der dem G-BA am 31. Januar 2020 übermittelt wurde, wird eine Methodik für die Berechnung von verteilungsbasierten Referenzbereichen und der quantitativen Auffälligkeitseinstufung, die die Stochastizität der Ergebnisse umfassend berücksichtigt, vorgeschlagen. Das IQTIG befürwortet eine zeitnahe Umsetzung. Der G-BA prüft aktuell die Umsetzung der Methodik am Beispiel des QS-Verfahrens *QS PCI*.
- Gemäß § 16 DeQS-RL soll eine Validierung der übermittelten fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentationsdaten der Leistungserbringer sowie der übermittelten Sozialdaten der Krankenkassen anhand von Auffälligkeitskriterien und Prüfkriterien erfolgen. Bisher wurden noch keine Auffälligkeitskriterien/Prüfkriterien für die statistische Basisprüfung gemäß Abs. 6 für das Verfahren *QS WI* entwickelt und vom Unterausschuss abgenommen. Eine zeitnahe Prüfung möglicher Auffälligkeitskriterien ist in Zusammenarbeit mit den neuen Expertengremien *Datvalidierung zur einrichtungs- und fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (DV-efQS)* und *Datvalidierung von Sozialdaten (DV Soz-Dat)* geplant.
- Es wird ein Konzept zur Bewertung von Auffälligkeiten gefordert. Hierzu verweist das IQTIG ebenfalls auf den Bericht „Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern“, der vom G-BA zwischenzeitlich mit einer begleitenden Kommentierung veröffentlicht und derzeit vom G-BA für nicht umsetzbar erachtet (IQTIG 2020, G-BA 2022b, G-BA 2022a).

Fazit und Ausblick

Fazit und Ausblick werden im Folgenden für die beiden Teile des Verfahrens ebenfalls separat dargestellt.

Hygiene- und Infektionsmanagement

Bisher wird das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als eher schlecht eingeschätzt. Gleichzeitig liegen Rückmeldungen vor, dass die Leistungserbringer hinsichtlich der Dokumentation eine steile Lernkurve aufweisen und sich anhand der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement qualitative Mängel aufdecken und qualitätsverbessernde Maßnahmen empfehlen lassen. Dies belegen auch die Ergebnisse der Indikatoren. Da der Dokumentationsbogen umfassend überarbeitet wurde, sodass nach der Aktualisierung insbesondere die unterschiedlichen Leistungserbringergruppen klarer adressiert werden, geht das IQTIG davon aus, dass die Einschätzung zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Teils des Verfahrens *QS WI* zum Hygiene- und Infektionsmanagement zukünftig besser ausfallen wird.

Es lässt sich festhalten, dass die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation grundsätzlich funktioniert und Qualitätsbedarfe aufdeckt. In den nächsten Jahren sollten die Dokumentation und die Indikatoren weiter optimiert werden.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

Dass erstmals Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen übermittelt werden konnten und das Konzept des QS-Verfahrens sich als grundsätzlich tragfähig erweist, wertet das IQTIG als großen Erfolg und wichtigen Meilenstein bei der Einführung des Verfahrens. Sollte die Kommunikation zwischen IQTIG und Krankenkassen bezüglich der Lieferungen von Sozialdaten vereinfacht werden können, ist das IQTIG zuversichtlich, dass im Jahr 2024 zum Erfassungsjahr 2022 (im Jahr 2023 wird es aufgrund der Aussetzung der Erhebung im Erfassungsjahr 2021 keine Ergebnisse geben) tragfähige Indikatorenergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen berichtet werden können. Auch die meisten der anderen zurückgemeldeten Optimierungsbedarfe können aus Sicht des IQTIG bis zu diesem Zeitpunkt adressiert werden. Über die Verlängerung der Erprobungsphase bis einschließlich 2024 für die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen könnte vor diesem Hintergrund nachgedacht werden.

5 Fazit und Ausblick

Wo vergleichbare Fragen gestellt werden, haben die Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulante Leistungserbringer niedrigere Ergebnisse als bezogen auf stationäre Leistungserbringer. Vorbehaltlich der noch nicht umgesetzten Datenvalidierung hat es entsprechend den Anschein, als sei das Verbesserungspotenzial bezüglich des Hygiene- und Infektionsmanagements im niedergelassenen Bereich größer als im stationären Bereich, in dem jedoch auch noch ein relevantes Verbesserungspotenzial vorliegt. Insbesondere, dass das Expertengremium auf Bundesebene sämtliche Kennzahlen weiterhin als relevant einschätzt, ist ein starkes Signal dafür, dass eine Weiterführung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement grundsätzlich sinnvoll ist.

Gleichzeitig stellen sich, wie im Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung dargestellt, einige Fragen bezüglich der Überarbeitung dieser Indikatoren, insbesondere die Frage nach der Eignung eines gleichgewichteten Index für die unterschiedlichen Kennzahlen. Weiterhin könnte die Praktikabilität erhöht werden, wenn zukünftig für die Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen nur noch ein Bogen dokumentiert werden müsste (Zusammenführung der Dokumentationsbögen).

Wie die anderen Dokumentationsbögen der datengestützten Qualitätssicherung wurden auch die Bögen zum Hygiene- und Infektionsmanagement noch nicht hinsichtlich der neuen Methodik des IQTIG zur Prüfung der Qualität von QS-Dokumentationsdaten entwickelt bzw. angepasst. Hierfür, sowie für die Zusammenführung der Dokumentationsbögen und darüber hinaus die methodische Prüfung der Indexindikatoren, empfiehlt das IQTIG eine gesonderte Beauftragung des G-BA.

Wie im Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung dargestellt, gibt es Rückmeldungen mit Hinweisen darauf, dass teilweise ähnliche oder gleiche Inhalte an anderer Stelle durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Das IQTIG empfiehlt grundsätzlich, die Dokumentation so praktikabel wie möglich zu halten. Wo Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden können, empfiehlt das IQTIG eine entsprechende Nutzung. Regelmäßige Dokumentationen gleicher Inhalte und im gleichen Ausmaß wie für das Verfahren QS WI sind dem IQTIG jedoch nicht bekannt.

Die Ergebnisse zu fast allen Kennzahlen weisen auf weiterhin bestehende Qualitätsdefizite hin. Erhebungen von ähnlichen Daten durch andere Stellen führen anscheinend nicht dazu, dass kein Verbesserungspotenzial mehr besteht. Das IQTIG erwartet, dass das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 als erstes Stellungnahmeverfahren auf Basis einer Datenerfassung mit Soll-Ist-Abgleich hierzu weitere Erkenntnisse liefern wird. Wichtig für eine abschließende Einschätzung ist ebenfalls die Validierung der QS-Dokumentationsdaten. Das IQTIG empfiehlt daher eine möglichst zeitnahe Umsetzung einer Validierung der QS-Dokumentationsdaten.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

1 Hintergrund

Allgemein

Allgemeine Informationen zu dem Verfahren QS WI können Kapitel 1 des Teils zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

Von den 10 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich 4 auf ambulante und 6 auf stationäre Operationen. 2 der 6 Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (Infektionstiefe A2 und A3)⁴.

Zur Ermittlung der Indikatorenergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Eingriffe, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus den Fachbereichen Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.

Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt.

Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraums, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Kranken-

⁴ Wundinfektionstiefe nach den Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS): A1 = postoperative oberflächliche Wundinfektion, A2 = postoperative tiefe Wundinfektion, A3 = Infektionen von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet.

häusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Code gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löste in den vergangenen Jahren ca. 300.000-mal pro Jahr einen QS-Dokumentationsbogen aus.

Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Circa 100.000-mal wird diese Frage jährlich mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Circa 33 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen können mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite müssen zwar jährlich ca. 270.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Qualitätsindikatoren genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt.

Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier gar keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leistungserbringer erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patientin oder Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Fällen, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten ATR-Listen aufgeführt, sofern diese Fälle zu einem Qualitätsindikator mit einem auffälligen Ergebnis gehören bzw. Tracer-Operation und Diagnose der Wundinfektion im selben Krankenhaus erfolgten (da im niedergelassenen Bereich keine Infektionen für das Verfahren dokumentiert werden, gibt es diese Konstellation nur bezogen auf Krankenhäuser). Nach einer eingehenden datenschutzrechtlichen Prüfung konnten die ATR-Listen auf diese Art und Weise in diesem Jahr vollständig für Indikatoren mit rechnerischer Auffälligkeit an die Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt werden, sodass erstmals ein vollständiges Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden kann.

Tabelle 8: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2020)

ID	Indikator / Transparenzkennzahl	Datenquelle
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant		
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär		
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen

ID	Indikator / Transparenzkennzahl	Datenquelle
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	QS-Dokumentation, fallbezogen, und Sozialdaten bei den Krankenkassen

* Transparenzkennzahl

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Bundesqualitätsberichts basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten sowie Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 9 stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Erfassungsmodul NWIF) für das Erfassungsjahr 2020 dar. Die fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Für das Erfassungsmodul NWIF im Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort.

Ab dem Erfassungsjahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Vollständigkeit in den Berichten erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen weiterhin nicht als solche identifiziert werden. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt prüfen.

Tabelle 9: Übersicht über die Datengrundlage (Erfassungsmodul NWIF; EJ 2020)

		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	293.534	298.600	98,30
	Basisdatensatz	293.534		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.374	1.409	97.52
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.374		
Anzahl entlassener Standorte Bund (gesamt)		1.865		

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Insgesamt wurden 2.764.310 Tracer-Operationen für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2020 betrachtet. Es wurden 314.922 Datensätze zu Fällen mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIFI) von Patientinnen und Patienten an das IQTIG übermittelt, die im Kalenderjahr 2020 aus einem Krankenhaus entlassen wurden.

Die Tabelle 10 zeigt die Anzahl der übermittelten Datensätze zu Tracer-Eingriffen und zu potentiellen postoperativen Wundinfektionen (Erfassungsmodule NWITR und NWIWI) des Erfassungsjahres 2020 aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen auf Leistungserbringer- und Bundesebene und Tabelle 11 die Anzahl der Leistungserbringer.

Tabelle 10: Anzahl übermittelter Datensätze zu Tracer-Eingriffen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (EJ 2020)

EJ 2020	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Ambulantes Operieren	625.399	5.588
▪ Krankenhäuser	146.491	1.109
▪ Praxen/MVZ	478.908	4.479
Stationäres Operieren	2.138.911	1.242

Tabelle 11: Über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelte Fälle mit potentieller postoperativer Wundinfektion (NWIWI)

EJ 2020	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Stationär behandelt	314.922	1.509

Verknüpfungsrates und Anteil der extern dokumentierten Wundinfektionsfälle

Für 76.119 der 83.503 Fälle (91,16 %), für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde, konnten dazugehörige Sozialdaten aus NWIWI verknüpft werden. Diese Verknüpfung ist die Voraussetzung dafür, nach Tracer-Eingriffen zu einer diagnostizierten postoperativen Wundinfektion suchen zu können. Nach Überprüfung hinsichtlich der Seitenlokalisationen des Tracer-Eingriffs, fachlicher Plausibilität, der Einhaltung der Follow-up-Zeiträume und der Berücksichtigung weiterer Ausschlüsse konnten 8,82 % (25.885 aller 293.534 NWIF-Fälle mit Entlassdatum in 2020) mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden.

89,99 % (23.293 / 25.885) der mit Tracer-Eingriffen Wundinfektionsfälle wurden bei den selben (stationären) Leistungserbringern diagnostiziert, bei denen auch die dazugehörigen Tracer-Operationen stattgefunden haben. Die übrigen 10,01 % (2.592 / 25.885) der verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei Leistungserbringern diagnostiziert, die nicht die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt haben. Dies betrifft u.a. alle Tracer-Operationen, die in Praxen, ambulanten Operationszentren oder MVZ stattfanden.

Limitationen

Die Grundlage für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und der Transparenzkennzahlen in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei

den Krankenkassen. Bei der Bewertung der Ergebnisse sind folgende Einschränkungen in der Datengrundlage zu beachten.

Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen kann zu Verzerrungen der Indikatorenergebnisse führen. So kommt es regelmäßig vor, dass nach Prüfungen durch den Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) stationär durchgeführte Operationen rückwirkend ambulant abgerechnet werden müssen. Diese Operationen tauchen in den Auswertungen des IQTIG entsprechend als ambulante Operationen auf, obwohl sie stationär durchgeführt worden sind.

Das IQTIG geht derzeit davon aus, dass Verzerrungen aufgrund der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nur einen geringen Einfluss auf den Bundeswert der Qualitätsindikatoren haben. Sollte es noch unbekannte, größere Verzerrungen geben, so erwartet das IQTIG Hinweise auf solche aus dem Stellungnahmeverfahren.

Fehlende Datenvalidierung

Bisher wurde noch keine Datenvalidierung zu den über die fallbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen erfassten Daten (Erfassungsmodul NWIF) durchgeführt. Entsprechend stehen keine Informationen zur Verfügung, in welchem Ausmaß ggf. falsch dokumentiert wird.

Zusammenfassung von an einem Tag abgerechneten Tracer-OPS-Kodes zu einer Operation

Da die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ohne Angabe einer Uhrzeit übermittelt werden und je Operation mehrere Kodes dokumentiert werden können, werden OPS-Kodes von Operationen, die an einem Tag durchgeführt werden, für die Auswertung der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu einer Operation zusammengefasst. Das bedeutet, dass zu sämtlichen OPS-Kodes, die an einem Tag abgerechnet werden, nur einen Nennerfall und entsprechend maximal ein Zählerfall generiert werden kann.

Die Zuordnung von postoperativer Wundinfektion zu auslösendem Prozeduren- bzw. Diagnosekode ist in sehr seltenen Fällen nicht eindeutig möglich

Der QS-Dokumentationsbogen, auf dem eine vorliegende postoperative Wundinfektion zu dokumentieren ist, kann durch eine Reihe von OPS- bzw. ICD-Kodes (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ausgelöst werden. Die Angabe dazu, ob bei einem Fall eine postoperative Wundinfektion vorgelegen hat, kann jedoch nur einmal pro Bogen angegeben werden. Entsprechend kann es in sehr seltenen Fällen vorkommen, dass eine Zuordnung von einer Infektion zu einer Operation erfolgt, die mit dieser nicht in einem tatsächlichen Zusammenhang steht. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Konstellation, die hierfür vorliegen muss, auftritt, ist jedoch gering. Darüber hinaus erfolgt vor der Zuordnung einer dokumentierten Wundinfektion zu einer Tracer-Operation eine Prüfung auf inhaltliche Sinnhaftigkeit, was die Menge der fälschlich zugeordneten Infektionen noch einmal reduziert.

Fehlende Fälle nach § 115b SGB V

Zum Erfassungsjahr 2020 wurden Teile der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht wie spezifiziert übermittelt. Es fehlen ca. 12 % der Fälle, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR). Wenn Daten in NWIWI bzw. NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Zähler bzw. Nenner der Indikatoren aus. Eine fehlende Übermittlung von Daten nach § 115b SGB V im Erfassungsmodul NWIWI führt bei den Indikatoren zu unterschätzten Raten. Fehlen Tracer-Operationen bzw. Sozialdaten nach § 115b SGB V im Erfassungsmodul NWITR, führt dies bei den Indikatoren zu überschätzten Raten.

Identifikation belegärztlicher Leistungen

Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen weiterhin nicht als solche identifiziert werden. In welche Indikatoren diese Leistungen eingehen (ambulant oder stationär) kann daher derzeit nicht gesteuert werden. Gegebenenfalls gehen diese Leistungen in ambulante und stationäre Indikatoren gleichzeitig ein. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt prüfen.

Aussetzung der QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2021

Da die Datenerhebung im Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt wurde, fehlen Informationen zu postoperativen Wundinfektionen aus Krankenhausaufenthalten mit Entlassung im Jahr 2021. Insbesondere für Tracer-Operationen aus den letzten Monaten des Jahres 2020 liegen damit nur eingeschränkt Informationen über Folgeereignisse vor. Die Ergebnisse sind aufgrund dessen mit den Vorjahresergebnissen nicht vergleichbar.

Von diesem Sachverhalt, der zu einer Unterschätzung der Wundinfektionsraten führt, sind alle Leistungserbringer in etwa in gleichem Maße betroffen.

2.2 Risikoadjustierung

Für die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden folgende Einflussgrößen herangezogen:

- Alter
- Geschlecht
- Art der Operation
- Komorbiditäten

Da die Tracer-Eingriffen ausschließlich über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, stehen darüber hinaus keine weiteren Informationen zur Verfügung.

Die Art der Operation wird einerseits über die ersten drei Stellen der OPS-Kodes (entspricht in etwa der operierten Körperregion) und andererseits über die zusätzlichen Merkmale „Eingriffsart“ (laparoskopisch, offen-chirurgisch oder nicht zugeordnet) und „Revisionseingriff“ (ja oder nein) operationalisiert. Die jeweiligen Wundinfektionsrisiken der OPS-Dreisteller werden dabei über ein separates Modell aus den Daten geschätzt und je Qualitätsindikator den Kategorien „sehr niedriges“, „niedriges“, „mittleres“, „hohes“ und „sehr hohes Risiko“ zugeordnet. Diese Schätzung kann zukünftig durch Betrachtung mehrjähriger Daten noch verbessert werden.

Die Komorbiditäten werden analog zu den Kategorien im Elixhauser-Komorbiditätsindex gruppiert. Aufgrund der vorgenommenen Variablenselektion sind nicht alle Kategorien des Elixhauser-Komorbiditätsindex Bestandteil der Risikoadjustierungsmodelle.

Zur Schätzung der Modelle müssen die Sozialdaten aus den Modulen NWITR und NWIWI miteinander verknüpft werden, um allen Tracer-Eingriffen aus dem Modul NWITR die Information zuzuordnen, ob in ihrer Folge eine postoperative Wundinfektion im Sinne der Qualitätsindikatoren diagnostiziert wurde. Da es keine Möglichkeit der direkten Verknüpfung der beiden Datensätze (z. B. über eine Patienten- oder Fall-ID) gibt, erfolgt die Zuordnung hilfsweise über die in beiden Datensätzen vorhandenen Angaben zu Alter, Geschlecht, Leistungserbringer, Krankenkasse, Datumsangaben und OPS-Kodes.

Weitere Informationen zu den Risikoadjustierungsmodellen wie Regressionskoeffizienten und statistische Kennzahlen werden in den endgültigen Rechenregeln sowie den entsprechenden Modellsteckbriefen veröffentlicht.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Das Verfahren QS WI wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können im Bundesqualitätsbericht 2022 keine Ergebnisse berichtet werden.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Die Grundlage für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und der Transparenzkennzahlen in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen. Bezogen auf die Bewertungen der Ergebnisse sind die unter „Limitationen“ aufgeführten Einschränkungen der Datengrundlage berücksichtigen.

Tabelle 12 Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (EJ 2020)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,08 % (Sentinel Event)	0,10 %	Nicht vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0,17 % (Sentinel Event)	0,15 %	Nicht vergleichbar
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	x %** (Sentinel Event)	0,00 %	Nicht vergleichbar
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0,00 % (Sentinel Event)	0,00 %	Nicht vergleichbar
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	x %** (-)	x %**	Nicht vergleichbar

* Transparenzkennzahl

** Ergebnis wird aus datenschutzrechtlichen Gründen aufgrund von kleiner Fallzahl nicht dargestellt.

Tabelle 13 Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen (EJ 2020)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	1,00 (≤ 1,89; 95. Perzentil)	1,19	Nicht vergleichbar
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	1,00 (≤ 2,19; 95. Perzentil)	1,19	Nicht vergleichbar
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	1,00 (≤ 1,99; 95. Perzentil)	1,19	Nicht vergleichbar
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach	1,00 (≤ 2,22; 95. Perzentil)	1,18	Nicht vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Ergebnis 2020 (Referenzbereich)	Ergebnis 2019	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
	stationären Operationen (Implantat-Operationen)			
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,01 % (Sentinel Event)	0,01 %	Nicht vergleichbar
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	0,01 % (Sentinel Event)	0,01 %	Nicht vergleichbar
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	8,80 % (-)	8,33 %	Nicht vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bezüglich ambulanter und stationärer Operationen sind nicht miteinander vergleichbar, da jeweils andere Operationen in die Grundgesamtheiten einfließen. So werden beispielsweise ambulant weniger komplizierte und damit weniger risikobehaftete Operationen durchgeführt als stationär. Darüber hinaus werden oberflächliche Wundinfektionen (Infektionstiefe A1) nach ambulanten Operationen meist nur dann erfasst, wenn Patientinnen oder Patienten aus anderen Gründen stationär aufgenommen werden. Oberflächliche Wundinfektionen nach stationären Operationen fallen hingegen meist bereits während des stationären Aufenthalts auf und werden daher im Gegensatz zu oberflächlichen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen öfter erfasst. Grund dafür ist, dass der Dokumentationsbogen NWIF, auf dem die nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für dieses Verfahren festgehalten werden, nur in Krankenhäusern auslöst und dokumentiert wird.

Die bundesweiten Indikatorenergebnisse des ambulanten Bereichs liegen zwischen 0,00 % (ID 1503) und 0,17 % (ID 1501). Ein Vergleich der stationären Wundinfektionsraten des QS-Verfahrens mit den entsprechenden Ergebnissen aus dem Surveillance System postoperative Wundinfektionen (OP-KISS) im Jahr 2021 ergab, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung grundsätzlich realistisch erschienen. Ohne Datenvalidierung ist eine abschließende Einschätzung jedoch nicht möglich. Im Folgenden wird eine Übersicht über die Indikatoren- und Transparenzkennzahlenergebnisse für das Erfassungsjahr 2020 bezogen auf Erbringer ambulanter und stationärer Tracer-Operationen dargestellt.

Qualitätsindikatoren für Erbringer ambulanter Tracer-Operationen

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 1500)

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Erfassungsjahr 2020 bei 0,08 %, wobei der Wert nach ambulanten Operationen in Krankenhäusern bei 0,22 % liegt und nach ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich bei 0,04 %. Das IQTIG wird prüfen, was die Hintergründe für diesen Unterschied sind und ob ggf. Änderungen an den Rechenregeln des Indikators notwendig sind.

Die mit Abstand meisten ambulanten Operationen ohne Implantat wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie erfasst (478.768 von 570.330 Operationen = 83,95 %). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von 0,06 % in dieser Fachrichtung hat daher eine stärkere Gewichtung bei der Berechnung der Wundinfektionsrate des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten Wundinfektionen traten nach (allgemein-)chirurgischen (0,23 %) und nach urologischen Operationen (0,21 %) auf.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) (ID 1501)

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Erfassungsjahr 2020 bei 0,17 %. Wie beim Indikator 1500 (ohne Implantat) traten auch nach ambulanten Operationen mit Implantat am Krankenhaus (0,26 %) häufiger Wundinfektionen auf als bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (0,09 %).

Die meisten ambulanten Operationen mit Implantat wurden im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie durchgeführt (47.108 von 51.326 Operationen; 91,78 %). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von 0,17 % hat daher eine starke Gewichtung bei der Berechnung des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in dem Indikator 1501 wurden nach (allgemein-)chirurgischen Operationen festgestellt (0,31 %).

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 1502)

Dieser Qualitätsindikator erfasst Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE, die innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2020 betraf dies nur sehr wenige

Fälle ($n \leq 3$), daher liegt das Ergebnis sowohl auf Bundesebene als auch für die Leistungserbringergruppen bei 0,00 %.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) (ID 1503)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2020 wurde kein Fall detektiert.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) (ID 332000)

Im Abschlussbericht zur Entwicklung des Verfahrens QS WI wurde empfohlen, keinen Qualitätsindikator zur Sterblichkeit zu entwickeln, da ein inhaltlicher Bezug zwischen Operation und Versterben nicht immer gegeben ist (AQUA 2013). Die Auswertung einer Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit wurde dennoch als sinnvoll erachtet, da diese auf schwerwiegende Probleme hinweisen kann. Auch wenn es nach ambulanten Operationen nur wenige Fälle gibt, können diese hochrelevant sein, wenn ein inhaltlicher Zusammenhang zu einer Wundinfektion besteht. Stellungnahmeverfahren oder Veröffentlichungen auf Leistungserbringerebene sind nicht vorgesehen. Für diese Transparenzkennzahl ist kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand notwendig, sodass jeder zusätzliche Nutzen dieser Transparenzkennzahl keinerlei zusätzlichem Aufwand für die Leistungserbringer gegenübersteht.

Zu dieser Transparenzkennzahl wurden im Erfassungsjahr 2020 weniger als vier Fälle ($n \leq 3$) erfasst.

Qualitätsindikatoren für Erbringer stationärer Tracer-Operationen

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 2500)

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Im Erfassungsjahr 2020 traten bei 16.845 von 1.192.205 Operationen (1,41 %), die über diesen Qualitätsindikator adressiert werden, postoperative, stationär behandlungsbedürftige Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) auf.

Die meisten der 1.192.205 stationären Operationen ohne Implantat wurden in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe ($n = 473.076$) und Chirurgie/Allgemeinchirurgie ($n = 351.112$) durchgeführt. Im Letzteren sind anteilig die meisten Wundinfektionen aufgetreten (3,03 %; $10.625 / 351.112$).

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) (ID 2501)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Im Erfassungsjahr 2020 traten bei 8.274 von 939.123 Operationen (0,88 %) dieser Art stationär behandlungsbedürftige postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) auf.

Die mit Abstand meisten der 939.123 stationären Operationen mit Implantat sind dem Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie (n = 748.033) zuzuordnen. Die anteilig meisten Wundinfektionen traten im Fachgebiet Gefäßchirurgie (2,53 %; 224/8.864) auf.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 2502)

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Im Erfassungsjahr 2020 traten bei 11.281 von 1.192.205 Operationen (0,95 %) dieser Art stationär behandlungsbedürftige tiefe postoperative Wundinfektionen (A2 bis A3) auf.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) (ID 2503)

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 90 Tagen nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Im Erfassungsjahr 2020 traten bei 6.622 von 939.123 Operationen (0,71 %) dieser Art stationär behandlungsbedürftige tiefe postoperative Wundinfektionen (A2 bis A3) auf.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 2504)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Im Erfassungsjahr 2020 war dies bei 86 von 1.192.205 Operationen der Fall (0,01 %).

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) (ID 2505)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Dies war im Erfassungsjahr 2020 bei 0,01 % (106 von 939.123) der Fall.

Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) (342000)

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer stationär behandelten tiefen Wundinfektion (A2 bis A3), die nach einer stationären Operation entstanden ist, verstorben sind.

Bei dieser Transparenzkennzahl liegt das Ergebnis im Erfassungsjahr 2020 bei 8,80 % (1.576 von 17.903).

Im Abschlussbericht zur Entwicklung des Verfahrens QS WI wurde empfohlen, keinen Qualitätsindikator zur Sterblichkeit zu entwickeln, da ein inhaltlicher Bezug zwischen Operation und Versterben nicht immer gegeben ist (AQUA 2013). Die Auswertung einer Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit wurde dennoch als sinnvoll erachtet, da diese auf schwerwiegende Probleme hinweisen kann. Stellungnahmeverfahren oder Veröffentlichungen auf Leistungserbringerebene sind nicht vorgesehen. Für diese Transparenzkennzahl muss außerdem kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand erfolgen, sodass jeder zusätzliche Nutzen dieser Transparenzkennzahl keinerlei zusätzlichen Aufwand für die Leistungserbringer gegenübersteht.

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurde für das Erfassungsjahr 2021 kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2021 dar. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

2021 wurden erstmalig Indikatorenergebnisse berichtet, und zwar zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019. Da für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 jedoch noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt worden sind und auch keine Risikoadjustierung entwickelt werden konnte, waren die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der Indikatorenergebnisse zwischen den beiden Erfassungsjahren eingeschränkt. Das IQTIG hat aufgrund dessen im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche empfohlen. Stellungnahmeverfahren konnten gemäß der DeQS-RL nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Das Verfahren QS WI wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien entwickelt. Daher können im Bundesqualitätsbericht 2022 keine Ergebnisse berichtet werden.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2019) wurden nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt. Drei LAG haben Informationen zum Stellungnahmeverfahren an das IQTIG übermittelt. Die LAG, die Stellungnahmeverfahren durchgeführt haben, haben folgende Rückmeldungen an das IQTIG übermittelt:

Eine LAG hat Stellungnahmen von allen Leistungserbringern mit Zählerfällen angefordert, die Leistungserbringer jedoch nicht bewertet.

Die zweite LAG hat Leistungserbringer, deren Indikatorenergebnisse von den landesweit definierten Referenzbereichen abwichen, angeschrieben und um eine eingehende Analyse gebeten. Eine Bewertung dieser Rückmeldung durch die LAG erfolgte jedoch nicht.

Die dritte LAG hat Leistungserbringer um eine schriftliche Stellungnahme gebeten, dem IQTIG jedoch nicht berichtet, aufgrund welcher Kriterien diese Leistungserbringer angeschrieben wurden. Sämtliche angeschriebenen Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Laut der LAG konnte mit einem Leistungserbringer kein Stellungnahmeverfahren geführt werden, da dieser durch die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung nicht depseudonymisiert werden konnte. Die LAG hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass weiterhin keine Vorgangsnummer vom IQTIG zur Einzelfallbewertung zur Verfügung gestellt werden konnten.

4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Die Zusammenfassung des Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kann dem Abschnitt 4 des Teils zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

5 Fazit und Ausblick

Das Expertengremium auf Bundesebene schätzt die aktuellen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter der Annahme, dass diese valide sind, als erfreulich niedrig ein. Eine abschließende Aussage über die Validität der Daten kann jedoch derzeit noch nicht getroffen werden. In der Zukunft sollten weitere Prüfungen der Datenvalidität erfolgen. Unter anderem sollte dazu eine Datenvalidierung der fallbezogenen QS-Dokumentation angestoßen werden.

Im Jahr 2022 wurden drei besonders wichtige Meilensteine im Verfahren *QS WI* bezogen auf die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen erreicht. Erstens konnte erstmals eine Datengrundlage ohne große systematische Verzerrungen generiert werden. Zweitens wurden den teilnehmenden Einrichtungen erstmals risikoadjustierte Ergebnisse zu den Indikatoren, für die eine Risikoadjustierung vorgesehen ist, berichtet. Drittens wurden den LAG die vollständigen ATR-Listen für die Qualitätsindikatoren mit rechnerischen Auffälligkeiten übermittelt, sodass das Stellungnahmeverfahren uneingeschränkt durchgeführt werden kann. Das IQTIG erwartet daher erstmals repräsentative Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren über die Qualitätssicherungsergebnisberichte und zum Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. Auf dieser Basis können voraussichtlich gut fundierte Empfehlungen zum weiteren Umgang mit dem Verfahren *QS WI* gegeben werden.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ist die Abweichung vom Referenzbereich statistisch signifikant, wird das Ergebnis auch als „statistisch auffällig“ bezeichnet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
Basisdatensatz	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichten Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
Datenquelle	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
Datensatz	Der Begriff wird im Kontext der Qualitätssicherung unterschiedlich verwendet: 1. als eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. als Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. als Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, Klinische Krebsregister).

Begriff	Erläuterung
Erfassungsjahr	Jahr, dem (fall- bzw. einrichtungsbezogen) erfasste Daten für die Auswertung zugeordnet werden. Bei den meisten Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde; bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Indikatorwert	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
Leistungserbringer	Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.
Minimaldatensatz (MDS)	Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Begriff	Erläuterung
<p>O, E, N (O / N, O / E, E / N)</p>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O / N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O / E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von $O / E = 2$ bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O / N und O / E wird auch der Quotient E / N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E / N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p>Perzentile</p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p>Qualitätsindikator</p>	<p>Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.</p>
<p>Qualität</p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint. Siehe auch: Versorgungsqualität.</p>
<p>Qualitätsmessung</p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p>Qualitätsmodell</p>	<p>Die Summe der zur Beschreibung der Qualität eines Versorgungsbereichs ausgewählten Qualitätsaspekte (siehe Qualitätsaspekte). Für jeden Versorgungsbereich, in dem ein neues QS-Verfahren entworfen wird, wird ein individuelles Qualitätsmodell entwickelt, welches als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren dient.</p>

Begriff	Erläuterung
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.
Sollstatistik	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in

Begriff	Erläuterung
	einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Stellungnahmeverfahren	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
Tracer-Operationen	<p>Als Tracer-Eingriffe werden jene Eingriffe bezeichnet, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Eingriffe aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie/Allgemeinchirurgie ▪ Gefäßchirurgie ▪ Viszeralchirurgie ▪ Orthopädie/Unfallchirurgie ▪ plastische Chirurgie ▪ Gynäkologie und Geburtshilfe ▪ Urologie ▪ Herzchirurgie (ausschließlich stationär).
Versorgungsqualität	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
Zähler	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen. Abschlussbericht. Stand: 28.06.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 12-SQG-013. URL: https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht_Vermeidung_nosokomialer_Infektionen_Postoperative_Wundinfektionen.pdf (abgerufen am: 16.08.2018).
- Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Verfahrens 2 (QS WI): Änderungen in § 20 (Aussetzung), Anlage I sowie Anlage II (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2021). [Stand:] 17.12.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 22.02.2021 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI_BAnz.pdf (abgerufen am: 09.08.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderungen in Teil 1 zum Erfassungsjahr 2021 bzw. 2022. [Stand:] 16.09.2021. Berlin: G-BA. BAnz AT 21.12.2021 B1. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5053/2021-09-16_DeQS-RL_Teil-1-Aenderung-2020-2021_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.08.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022a): Begleitende Kommentierung zum Beschluss des G-BA über die Freigabe zur Veröffentlichung des IQTIG-Abschlussberichts „Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern (Stufe 1 und Stufe 2)“ gemäß Beauftragung vom 18. Januar 2018 [Anlage 2 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern zur Veröffentlichung]. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5501/2022-06-16_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht>Weiterentwicklung-strukturierter-Dialog-Krankenhaeuser.pdf (abgerufen am: 09.08.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern zur Veröffentlichung. [Stand:] 16.06.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5501/2022-06-16_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht>Weiterentwicklung-strukturierter-Dialog-Krankenhaeuser.pdf (abgerufen am: 08.08.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 11.02.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Weiterentwicklung-Strukturierter-Dialog-Stufe-1-u-2_Abschlussbericht_2020-02-11.pdf (abgerufen am: 25.07.2022).

Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?blob=publicationFile (abgerufen am: 15.08.2018).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**QS WI – Hygiene- und
Infektionsmanagement – amb. Operieren
– Verfahren in Erprobung**

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	5
Einleitung	6
Datengrundlagen	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	8
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	9
1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	9
Details zu den Ergebnissen	11
Basisauswertung	12
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen	12
Art der ambulant operierenden Einrichtung	12
Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung	12
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung	14
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	15
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	16
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	23
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	24
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	25
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	26
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	30
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung	30

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Da zum EJ 2020 keine Daten zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst wurden und aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen zur zuletzt eingesetzten Version und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit, enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2021 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	≥ 32,98 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	70,07 / 100 Punkte N = 2.941	-

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Die vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Die Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer sowie zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Bundesauswertungen entnommen werden.

Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA).

Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Vergleichsgruppenergebnisse (Vertragsärzte und Krankenhäuser) auf Kennzahlebene werden im Gegensatz zum letzten Bericht bezüglich des Hygiene- und Infektionsmanagements im Jahr 2020 nicht dargestellt, da die Rückmeldeberichte auf ein einheitliches Format für alle DeQS-Verfahren umgestellt wurden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant) des Erfassungsjahrs 2021.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Soll-Ist-Abgleichs überprüft. Der Soll-Ist-Abgleich zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, ob mindestens ein Fall bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem der ersten beiden Quartale des Erfassungsjahres den Filterkriterien entspricht. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zum Soll-Ist-Abgleich bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollständigkeit bei den Leistungserbringern.

Für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement im QS-Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend der IKNR bzw. der BSNR.

Für das Erfassungsjahr 2021 wurden 3.872 Datensätze erwartet und 2.941 Datensätze übermittelt, sodass die Vollständigkeit bundesweit bei 75,96 % liegt.

Erfassungsjahr 2021		geliefert
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	2.941
	Basisdatensatz	2.941
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		2.941

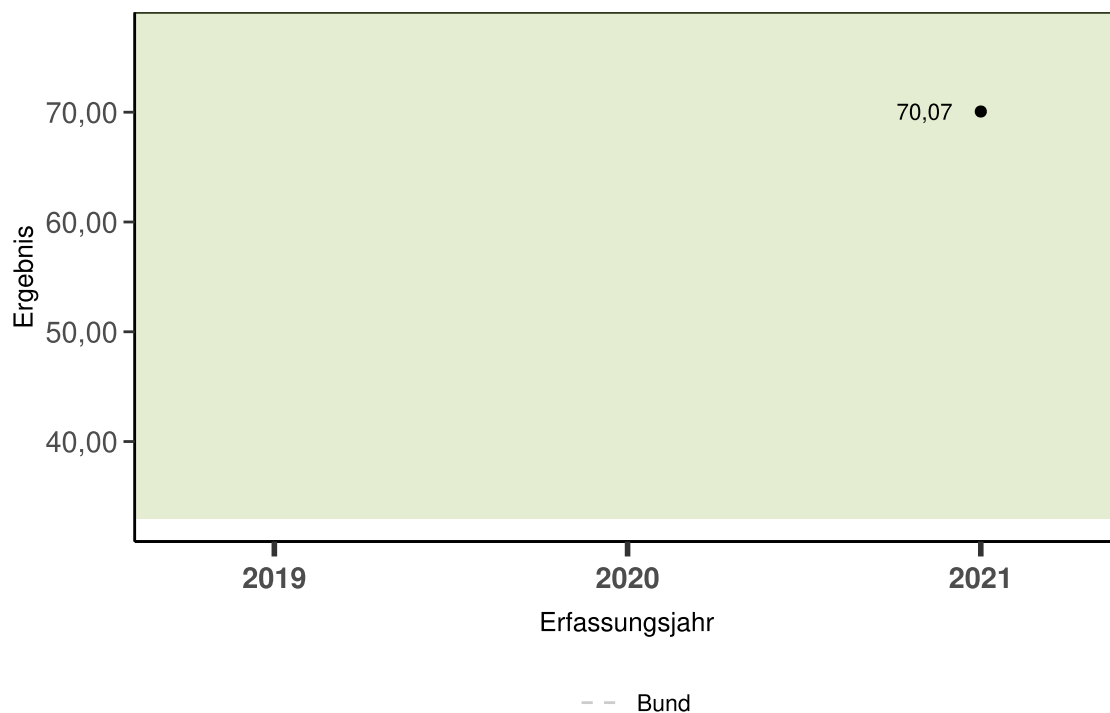
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

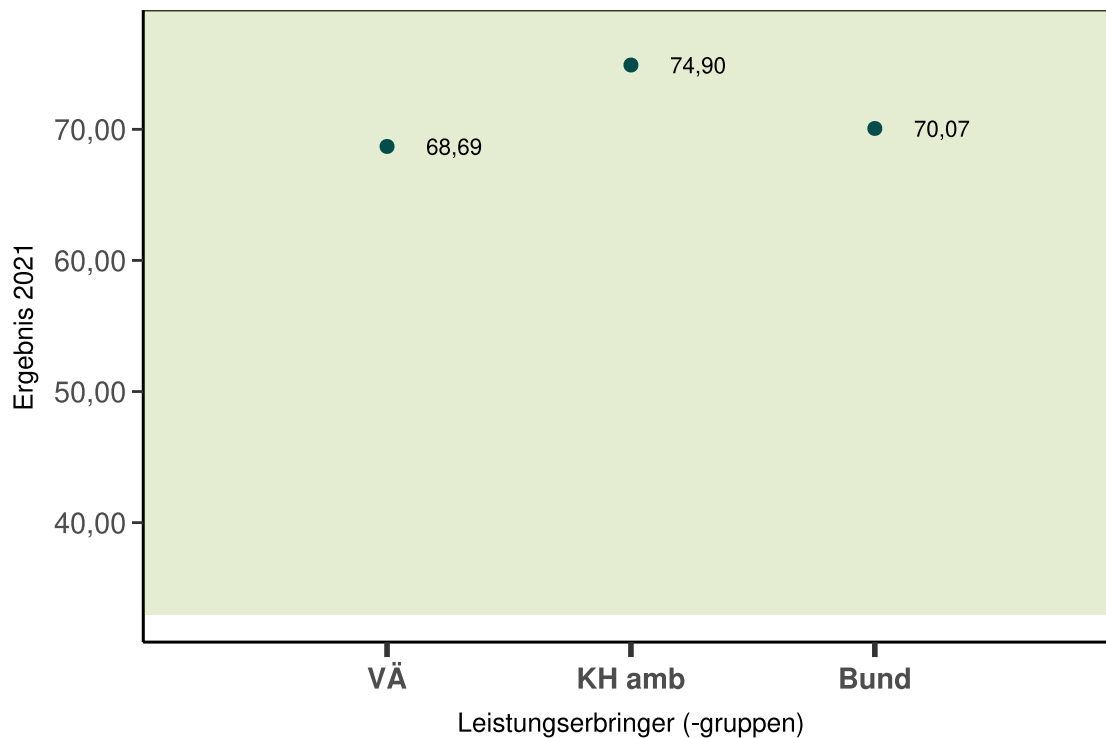
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
ID	1000
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei ambulanter Versorgung
Referenzbereich	≥ 32,98 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Detailergebnisse

EJ 2021		Ergebnis	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2019: - / - 2020: - / - 2021: 68,69 / 100 Punkte	2019: - 2020: - 2021: -
	KH	2019: - / - 2020: - / - 2021: 74,90 / 100 Punkte	2019: - 2020: - 2021: -
Bund		2019: - / - 2020: - / - 2021: 70,07 / 100 Punkte	2019: - 2020: - 2021: -

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	70,07 / 100 Punkte
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	56,78 / 100 Punkte
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	66,27 / 100 Punkte
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	74,46 / 100 Punkte
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	89,39 / 100 Punkte
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	91,73 / 100 Punkte
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	82,50 / 100 Punkte
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	49,93 / 100 Punkte
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	42,33 / 100 Punkte
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	79,46 / 100 Punkte
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	67,80 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der ambulant operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus	650	22,10
(2) vertragsärztlicher Leistungserbringer	2.291	77,90

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer	N = 2.291	
Grundlage der Leistungserbringung		
(1) kollektivvertragliche Leistung	1.104	48,19
(2) ermächtigte vertragsärztliche Leistung	1.187	51,81

Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?		
(0) nein	274	9,32
(1) ja	1.943	66,07
(2) aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich	724	24,62

Bund (gesamt)		
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	N = 1.943	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	18	0,93
(1) ja	1.925	99,07
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		
(0) nein	51	2,62
(1) ja	1.892	97,38
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		
(0) nein	28	1,44
(1) ja	1.915	98,56
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	10	0,51
(1) ja	1.933	99,49

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?	
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja und Angabe eines Datums	1.943
Monat	7
Jahr	2020

Bund (gesamt)		
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe: ja	N = 1.943	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	65	3,35
(1) ja	1.878	96,65

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.943	
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?¹			
(0) nein		434	22,34
(1) ja		1.509	77,66

¹ z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.509	
Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste: ja			
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?			
(0) nein		429	28,43
(1) ja		1.080	71,57

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Einrichtungen		N = 2.941	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?			
(0) nein		844	28,70
(1) ja		2.097	71,30

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 2.097	
Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		7	0,33
(1) ja		2.090	99,67

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?			
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums		2.097	
Monat		7	
Jahr		2020	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 2.097	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		59	2,81
(1) ja		2.038	97,19

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Einrichtungen		N = 2.941	
Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?			
(0) nein		579	19,69
(1) ja		2.362	80,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 2.362	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.620	68,59
(1) ja	742	31,41
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	2.068	87,55
(1) ja	294	12,45
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	651	27,56
(1) ja	1.711	72,44
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	2.248	95,17
(1) ja	114	4,83

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer	N = 2.291	
Wurde im Jahr 2021 ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird?		
(0) nein	2.054	89,66
(1) ja	237	10,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe	N = 2.704	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen verwendeten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	234	8,65
(1) ja	2.470	91,35
Übernahmen im Jahr 2021 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	1.766	65,31
(1) ja	755	27,92
(2) teilweise	183	6,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe	N = 938	
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise		
Lag im Jahr 2021 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?		
(0) nein	69	7,36
(1) ja	869	92,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 1.949	
Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		
(0) nein	32	1,64
(1) ja	1.917	98,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja	N = 1.917	
Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?		
(0) nein	4	0,21
(1) ja	1.913	99,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 1.949	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?		
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	39	2,00
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	27	1,39
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	611	31,35
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	372	19,09
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	91	4,67
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	5	0,26
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	804	41,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)	N = 1.513	
Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	19	1,26
(1) ja	1.494	98,74

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2021?²	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.533
Monat	7
Jahr	2020
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?³	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.533
Monat	7
Jahr	2020

² Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

³ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

		Bund (gesamt)	
		n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe		N = 1.949	
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise			
Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?			
(0) nein		179	9,18
(1) ja		1.770	90,82
Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?			
(0) nein		400	20,52
(1) ja		1.549	79,48
Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?			
(0) nein		1.619	83,07
(1) ja		330	16,93
Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt?⁴			
(0) nein		844	43,30
(1) ja		1.105	56,70

⁴ Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben

		Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2021?⁵		
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Verpackung des Sterilguts: Siegelnahtverpackung und Angabe eines Datums		1.770
Monat		7
Jahr		2020

⁵ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)	N = 1.763	
Waren die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	31	1,76
(1) ja	1.732	98,24

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2021?⁶	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.792
Monat	7
Jahr	2020
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?⁷	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.792
Monat	7
Jahr	2020

⁶ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

⁷ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		
(0) nein	222	7,55
(1) ja	2.719	92,45
Bund (gesamt)		
n		
%		
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 2.719	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	57	2,10
(1) ja	2.662	97,90
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	20	0,74
(1) ja	2.699	99,26
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	34	1,25
(1) ja	2.685	98,75
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	4	0,15
(1) ja	2.715	99,85
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	44	1,62
(1) ja	2.675	98,38

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Galt im gesamten Jahr 2021 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?		
(0) nein	361	12,27
(1) ja	2.580	87,73
Bund (gesamt)		
n		
%		
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 2.580	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		
(0) nein	6	0,23
(1) ja	2.574	99,77
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?⁸		
(0) nein	22	0,85
(1) ja	2.558	99,15
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		
(0) nein	74	2,87
(1) ja	2.506	97,13
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		
(0) nein	108	4,19
(1) ja	2.472	95,81
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		
(0) nein	172	6,67
(1) ja	2.408	93,33

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 2.580	
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?⁹			
(0) nein		7	0,27
(1) ja		2.573	99,73

⁸ aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

⁹ Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, ...

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?			
Anzahl Einrichtungen mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums		2.580	
Monat		7	
Jahr		2020	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 2.580	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		69	2,67
(1) ja		2.511	97,33

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

		Bund (gesamt)	
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)			
Anzahl Einrichtungen mit Angabe von Werten		2.135	
Angabe		66,15	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Einrichtungen		N = 2.941	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		56	1,90
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		750	25,50

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Einrichtungen		N = 2.941	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2021 stattgefunden haben, vor?			
(0) nein		999	33,97
(1) ja		1.837	62,46
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		105	3,57

		Bund (gesamt)	
Ärzte (%)¹⁰			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten		1.666	
Angabe		78,19	

¹⁰ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		19	1,03
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		152	8,27

		Bund (gesamt)	
Pflegepersonal (%)¹¹			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal		1.037	
Angabe		71,64	

¹¹ Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		644	35,06
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		156	8,49

		Bund (gesamt)	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)¹²			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes		737	
Angabe		63,02	

¹² Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		888	48,34
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		212	11,54

		Bund (gesamt)	
Medizinische Fachangestellte (%)¹³			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten		1.501	
Angabe		78,06	

¹³ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		78	4,25
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		258	14,04

		Bund (gesamt)	
Reinigungspersonal (%)¹⁴			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal		1.258	
Angabe		76,47	

¹⁴ Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		272	14,81
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		299	16,28

		Bund (gesamt)	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹⁵			
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung		1.267	
Angabe		84,65	

¹⁵ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals		N = 1.837	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		407	22,16
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		151	8,22

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?¹⁶		
(0) nein	604	20,54
(1) ja	2.337	79,46

¹⁶ Thematisierung aller folgenden Inhalte:

- Informationen zu MRSA im Allgemeinen
- Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
- Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
- Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Einrichtungen	N = 2.941	
Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt?		
(0) nein	947	32,20
(1) ja	1.994	67,80



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

QS WI – Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren – Verfahren in Erprobung

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	5
Einleitung	6
Datengrundlagen	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	8
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	9
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	9
Details zu den Ergebnissen	10
Basisauswertung	11
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen	11
Art der stationär operierenden Einrichtung	11
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung	11
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung	13
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	14
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	15
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	20
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	21
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	23
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	23
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	27
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung	28

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Da zum EJ 2020 keine Daten zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst wurden und aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen zur zuletzt eingesetzten Version und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit, enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2021 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	≥ 53,24 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	73,10 / 100 Punkte N = 1.213	-

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Die vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Bundesauswertungen entnommen werden.

Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA).

Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Vergleichsgruppenergebnisse (Vertragsärzte und Krankenhäuser) auf Kennzahlebene werden im Gegensatz zum letzten Bericht bezüglich des Hygiene- und Infektionsmanagements im Jahr 2020 nicht dargestellt, da die Rückmeldeberichte auf ein einheitliches Format für alle DeQS-Verfahren umgestellt wurden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationär) des Erfassungsjahres 2021.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Soll-Ist-Abgleichs überprüft. Der Soll-Ist-Abgleich zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, ob mindestens ein Fall bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem der ersten beiden Quartale des Erfassungsjahres den Filterkriterien entspricht. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zum Soll-Ist-Abgleich bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollständigkeit bei den Leistungserbringern.

Für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement im QS-Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend der IKNR bzw. der BSNR.

Für das Erfassungsjahr 2021 wurden 1.834 Datensätze erwartet und 1.213 Datensätze übermittelt, sodass die Vollständigkeit bundesweit bei 66,14 % liegt.

Erfassungsjahr 2021		geliefert
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.213
	Basisdatensatz	1.213
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.213

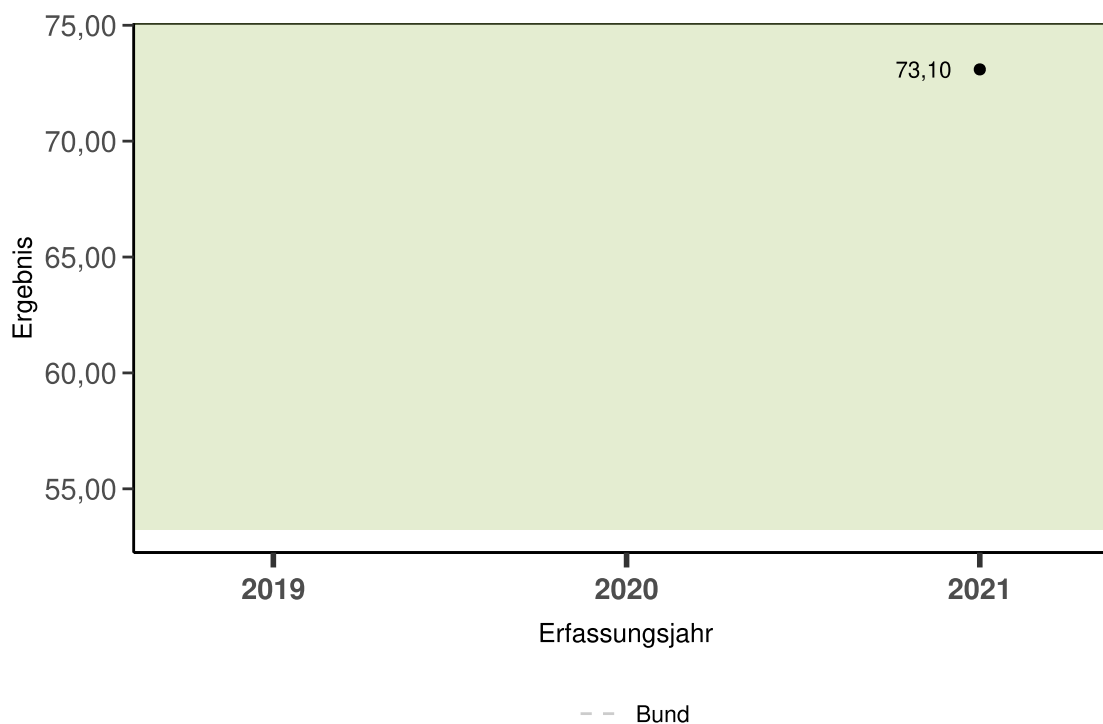
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
ID	2000
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei stationärer Versorgung
Referenzbereich	≥ 53,24 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 73,10 / 100 Punkte	2019: - 2020: - 2021: -

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	73,10 / 100 Punkte
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	80,19 / 100 Punkte
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	81,97 / 100 Punkte
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	88,13 / 100 Punkte
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	95,87 / 100 Punkte
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,03 / 100 Punkte
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	88,77 / 100 Punkte
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	28,95 / 100 Punkte
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	47,95 / 100 Punkte
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	97,44 / 100 Punkte
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	25,67 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus nach § 108 SGB V	989	81,53
(2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V	224	18,47

Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?		
(0) nein	69	5,69
(1) ja	1.144	94,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja	N = 1.144	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?		
(0) nein	11	0,96
(1) ja	1.133	99,04

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.144	
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?			
(0) nein		19	1,66
(1) ja		1.125	98,34
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?			
(0) nein		15	1,31
(1) ja		1.129	98,69
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		8	0,70
(1) ja		1.136	99,30

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums		1.144	
Monat		7	
Jahr		2020	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.144	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		35	3,06
(1) ja		1.109	96,94

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.144	
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?¹			
(0) nein		213	18,62
(1) ja		931	81,38

¹ z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 931	
Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste: ja			
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?			
(0) nein		247	26,53
(1) ja		684	73,47

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser		N = 1.213	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?			
(0) nein		100	8,24
(1) ja		1.113	91,76

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 1.113	
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		7	0,63
(1) ja		1.106	99,37

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums		1.113	
Monat		7	
Jahr		2020	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 1.113	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		29	2,61
(1) ja		1.084	97,39

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser		N = 1.213	
Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?			
(0) nein		33	2,72
(1) ja		1.180	97,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 1.180	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.037	87,88
(1) ja	143	12,12
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	1.135	96,19
(1) ja	45	3,81
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	44	3,73
(1) ja	1.136	96,27
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	1.092	92,54
(1) ja	88	7,46

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	47	3,87
(1) ja	1.166	96,13
Übernahmen im Jahr 2021 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	756	62,32
(1) ja	297	24,48
(2) teilweise	160	13,19

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise		N = 457	
Lag im Jahr 2021 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?			
(0) nein		14	3,06
(1) ja		443	96,94

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		N = 916	
Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?			
(0) nein		19	2,07
(1) ja		897	97,93

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		N = 897	
Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja			
Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		895	99,78

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		N = 916	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?			
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)		≤3	x
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		8	0,87
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator		374	40,83
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator		6	0,66
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		30	3,28
(6) ausschließlich mittels Sterilisator		≤3	x
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator		494	53,93

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		N = 888	
Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja			
Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)			
Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?			
(0) nein		19	2,14
(1) ja		869	97,86

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2021?²	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	906
Monat	7
Jahr	2020
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?³	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	906
Monat	6
Jahr	2020

² Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

³ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2021?⁴	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	899
Monat	6
Jahr	2020

⁴ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

Bund (gesamt)		
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 916	
Siegelnahtgerät nicht vorhanden		
(1) ja	17	1,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 859	
Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja		
Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)		
Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	21	2,44
(1) ja	838	97,56

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2021?⁵	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	877
Monat	7
Jahr	2020

Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?⁶	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	877
Monat	6
Jahr	2020

⁵ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

⁶ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 916	
Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		
(0) nein	7	0,76
(1) ja	909	99,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 916	
Galt im gesamten Jahr 2021 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?		
(0) nein	61	6,66
(1) ja	855	93,34

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		
(0) nein	39	3,22
(1) ja	1.174	96,78

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 1.174	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	26	2,21
(1) ja	1.148	97,79
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	19	1,62
(1) ja	1.155	98,38
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	17	1,45
(1) ja	1.157	98,55

		Bund (gesamt)	
		n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja		N = 1.174	
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		1.171	99,74
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		13	1,11
(1) ja		1.161	98,89

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser		N = 1.213	
Galt im gesamten Jahr 2021 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?			
(0) nein		26	2,14
(1) ja		1.187	97,86

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 1.187	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		1.185	99,83
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?7			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		1.184	99,75

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 1.187	
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?			
(0) nein		29	2,44
(1) ja		1.158	97,56
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?			
(0) nein		73	6,15
(1) ja		1.114	93,85
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?			
(0) nein		140	11,79
(1) ja		1.047	88,21
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		4	0,34
(1) ja		1.183	99,66

⁷ aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?			
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums		1.187	
Monat		7	
Jahr		2020	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 1.187	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		24	2,02
(1) ja		1.163	97,98

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Bund (gesamt)	
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten	607
Angabe	54,40

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	21	1,73
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	585	48,23

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2021 stattgefunden haben, vor?		
(0) nein	156	12,86
(1) ja	943	77,74
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	114	9,40

Bund (gesamt)	
Ärzte (%)⁸	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten	779
Angabe	65,71

⁸ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	6	0,64
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	158	16,76

Bund (gesamt)	
Pflegepersonal (%)⁹	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	796
Angabe	74,80

⁹ Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	7	0,74
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	140	14,85

Bund (gesamt)	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)¹⁰	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	664
Angabe	72,67

¹⁰ Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	75	7,95
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	204	21,63

Bund (gesamt)	
Medizinische Fachangestellte (%)¹¹	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	591
Angabe	74,14

¹¹ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	83	8,80
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	269	28,53

Bund (gesamt)	
Reinigungspersonal (%)¹²	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	692
Angabe	82,34

¹² Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	55	5,83
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	181	19,19

Bund (gesamt)	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹³	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	697
Angabe	86,94

¹³ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	80	8,48
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	143	15,16

Bund (gesamt)	
Küchenpersonal (%)¹⁴	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	550
Angabe	86,93

¹⁴ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 943	
Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	110	11,66
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	146	15,48

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

Bund (gesamt)		
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?¹⁵		
(0) nein	31	2,56
(1) ja	1.182	97,44

¹⁵ Thematisierung aller folgenden Inhalte:
 - Informationen zu MRSA im Allgemeinen
 - Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
 - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
 - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes
 - Kontrolluntersuchungen

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser	N = 1.213	
Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten?		
(0) nein	659	54,33
(1) ja	554	45,67

Bund (gesamt)	
Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen	543
Angabe	52,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 554	
keine Normalstation vorhanden		
(1) ja	11	1,99

Bund (gesamt)	
Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen	398
Angabe	58,68

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter		N = 554	
keine IMC/Aufwachstation vorhanden			
(1) ja		156	28,16

		Bund (gesamt)	
Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)			
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen		475	
Angabe		80,90	

		Bund (gesamt)	
		n	%
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter		N = 554	
keine Intensivstation vorhanden			
(1) ja		79	14,26

		Bund (gesamt)	
Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? (%)			
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2		471	
Angabe		42,73	

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 554	
Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst		
(1) ja	83	14,98



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**QS WI – Nosokomiale postop.
Wundinfektionen – amb. Operieren –
Verfahren in Erprobung**

Erfassungsjahr 2020

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340

Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020.....	5
Einleitung.....	6
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	10
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
1500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen).....	12
Details zu den Ergebnissen.....	15
1501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen).....	16
Details zu den Ergebnissen.....	19
1502: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen).....	20
1503: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen).....	23
332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen).....	26

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2020 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Aufgrund von Limitationen in der Datenbasis sind die QI-Ergebnisse des EJ 2020 nicht vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Die Vorjahresergebnisse werden daher in diesem Bericht nicht dargestellt. Näheres zu den Limitationen der Datenbasis können dem Begleitschreiben entnommen werden.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2020 dargestellt.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,08 % N = 570.330	0,07 % - 0,09 %
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,17 % N = 51.326	0,14 % - 0,21 %
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,00 % N = 570.330	0,00 % - 0,00 %
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,00 % N = 51.326	0,00 % - 0,01 %
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	Transparenzkennzahl	0,84 % N = 359	0,28 % - 2,43 %

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Von den 10 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich 4 auf ambulante und 6 auf stationäre Operationen. 2 der 6 Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Bundesauswertungen

entnommen werden.

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Eingriffe, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.

Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insb. des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Code gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 300.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 100.000-mal wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 33 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen können mit einer

Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite müssen zwar ca. 270.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die QIs genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier gar keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leistungserbringer erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten ATR-Listen aufgeführt. Weitere Informationen zu der ATR-Listen können dem Begleitdokument entnommen werden.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.

Auf der Verfahrensseite (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>) sind Zusatzinformationen zu den endgültigen Rechenregeln für die Indikatoren am Beispiel des EJ 2019 zur Verfügung gestellt. Diese umfassen eine Übersicht über die im QS-Verfahren betrachteten Tracer-Operationen (inklusive Fachgebietszuordnung und Nachbeobachtungszeitraum) und eine Übersicht über die Kombinationen aus Tracer und Wundinfektion, die in die QI-Berechnungen eingehen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen:

Da die Traceroperationen (ein oder mehrere OPS-Kodes) teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der einzelnen Operationen pro Fachgebiet u. U. nicht der Anzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Aufgrund von Limitationen in der Datenbasis sind die QI-Ergebnisse des EJ 2020 nicht vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Die Vorjahresergebnisse werden daher in diesem Bericht nicht dargestellt. Näheres zu den Limitationen der Datenbasis können dem Begleitschreiben entnommen werden.

Basisauswertung:

Für die Darstellung einer Basisauswertung für sozialdatenbasierten QI ist ein verfahrensübergreifendes Konzept erforderlich. Da dies noch nicht entwickelt werden konnte, kann im aktuellen Bericht noch keine Basisauswertung für die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zur Verfügung gestellt werden. Eine Altersverteilung kann dem Begleitdokument entnommen werden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen:

- QS-Dokumentationsdaten
- Sozialdaten bei den Krankenkassen

Informationen zur Verknüpfungsrate und zum Anteil der extern dokumentierten Wundinfektionsfälle können dem Begleitschreiben entnommen werden.

Limitationen der Datenbasis

Die Grundlage für die Berechnung der Indikatoren und der Transparenzkennzahlen in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen. Bei der Bewertung der Ergebnisse sind jedoch Einschränkungen in der Datengrundlage zu beachten. Die Einschränkungen können dem Begleitdokument entnommen werden.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (NWIF) für das Erfassungsjahr 2020 dar. Die fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollständigkeit bei den Leistungserbringern. Für das Erfassungsmodul NWIF im QS-Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort.

Ab dem Erfassungsjahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie die Vollständigkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens. Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren, die auch auf QS-Dokumentationsdaten basieren. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, der QS-

Dokumentationsdaten, die in die Ihnen vorliegenden Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingegangen ist.

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	293.534	298.600	98,30
	Basisdatensatz	293.534		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.374	1.409	97,52
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.374		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.865		

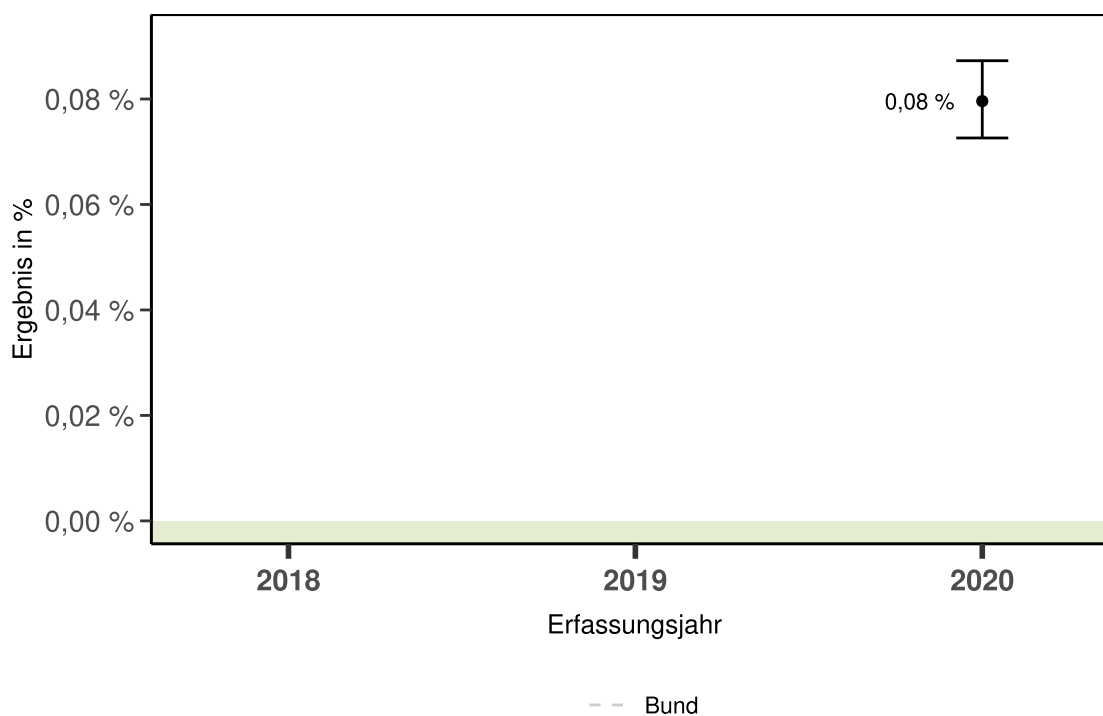
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

1500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

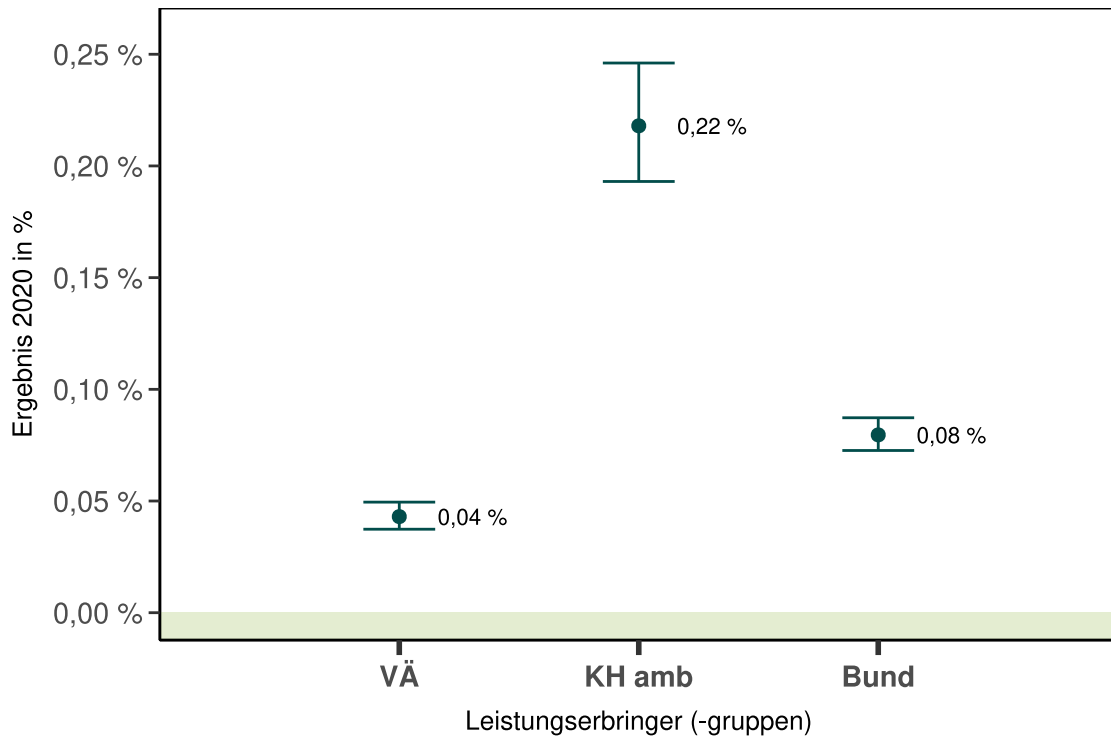
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	1500
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

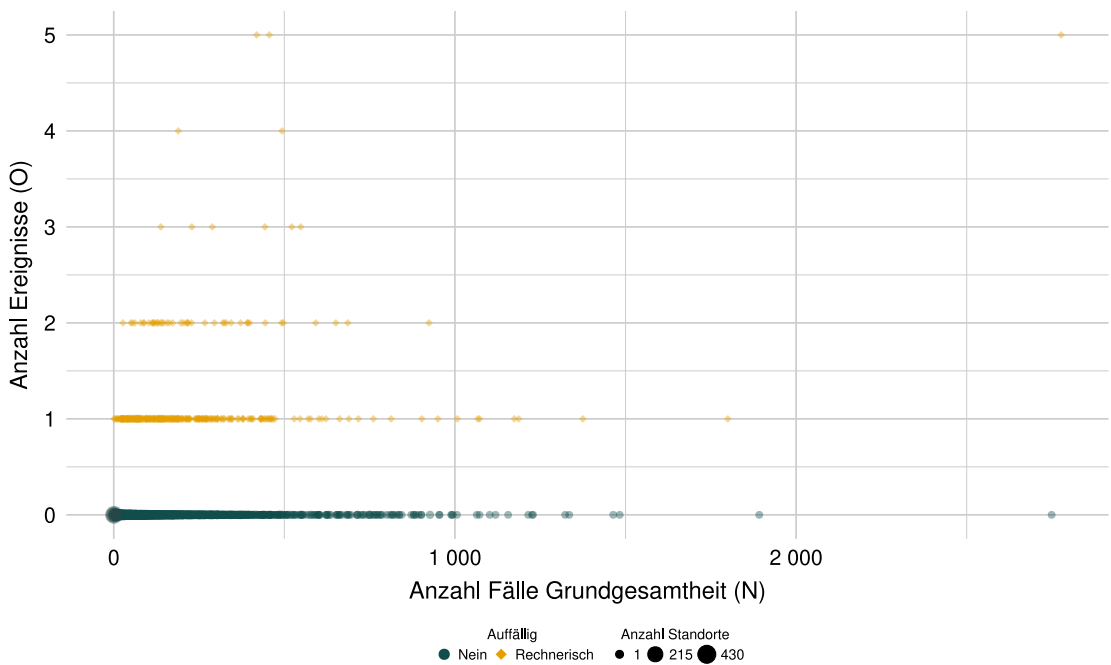
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ambulant	VÄ	2018: 295 / 425.246 2019: 273 / 447.808 2020: 194 / 451.041	2018: 0,07 % 2019: 0,06 % 2020: 0,04 %	2018: 0,06 % - 0,08 % 2019: 0,05 % - 0,07 % 2020: 0,04 % - 0,05 %
	KH	2018: 291 / 134.006 2019: 316 / 134.306 2020: 260 / 119.289	2018: 0,22 % 2019: 0,24 % 2020: 0,22 %	2018: 0,19 % - 0,24 % 2019: 0,21 % - 0,26 % 2020: 0,19 % - 0,25 %
Bund		2018: 586 / 559.252 2019: 589 / 582.114 2020: 454 / 570.330	2018: 0,10 % 2019: 0,10 % 2020: 0,08 %	2018: 0,10 % - 0,11 % 2019: 0,09 % - 0,11 % 2020: 0,07 % - 0,09 %

Details zu den Ergebnissen

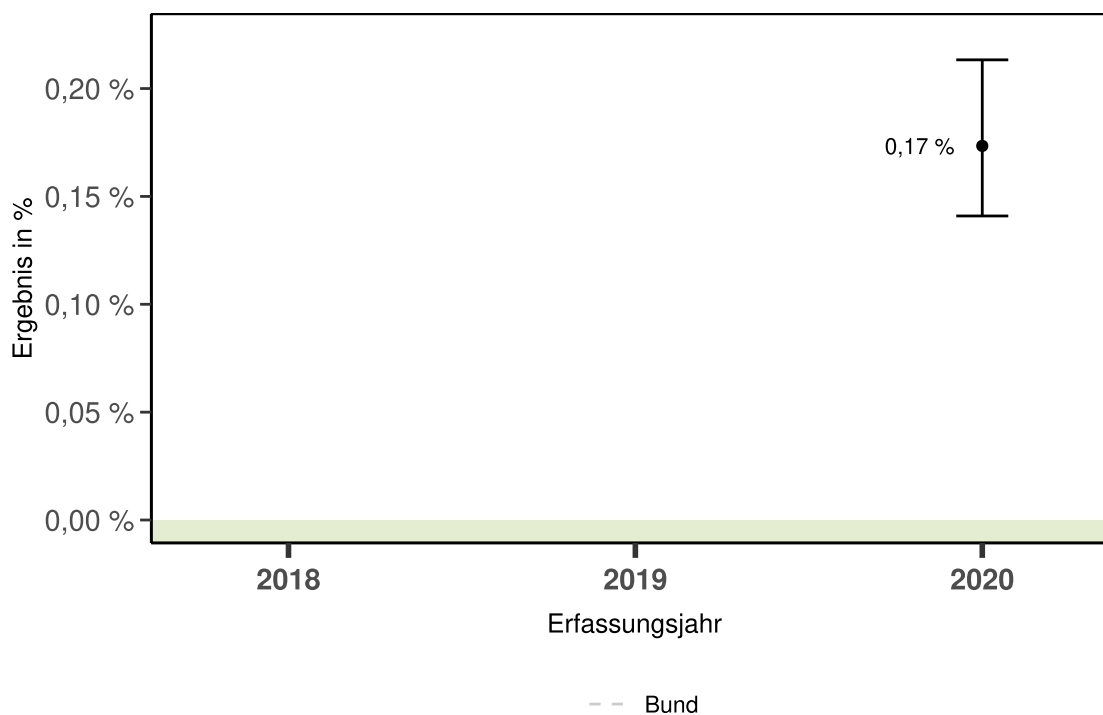
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,08 % 454/570.330
1.1.1	Chirurgie/Allgemeinchirurgie	0,23 % 51/21.750
1.1.2	Gefäßchirurgie	0,17 % 74/44.741
1.1.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,10 % 24/23.994
1.1.4	Plastische Chirurgie	0,20 % 14/7.079
1.1.5	Orthopädie/Unfallchirurgie	0,06 % 301/478.768
1.1.6	Urologie	0,21 % 7/3.408

1501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)

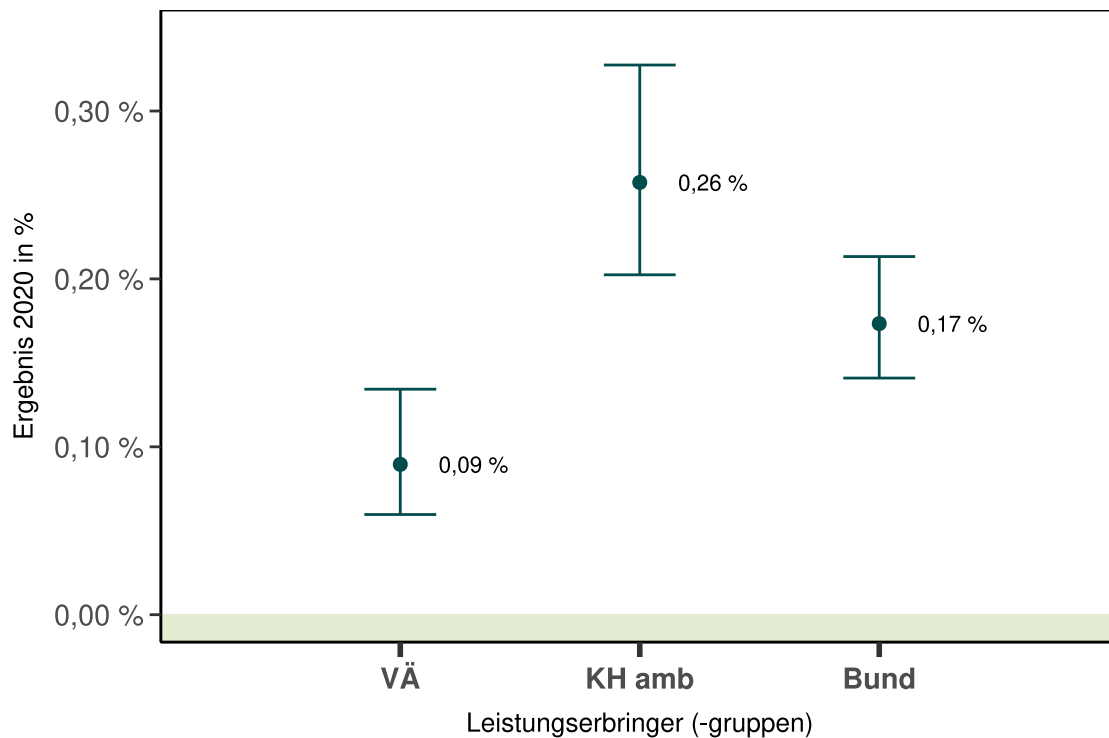
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	1501
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

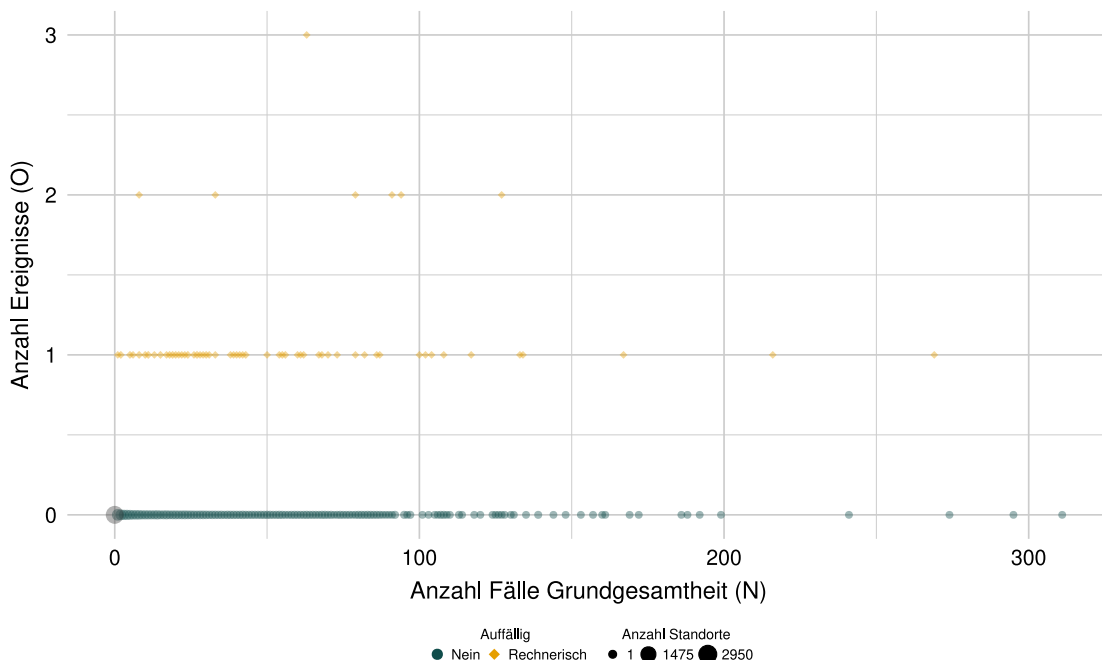
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ambulant	VÄ	2018: 27 / 24.966 2019: 23 / 26.469 2020: 23 / 25.691	2018: 0,11 % 2019: 0,09 % 2020: 0,09 %	2018: 0,07 % - 0,16 % 2019: 0,06 % - 0,13 % 2020: 0,06 % - 0,13 %
	KH	2018: 48 / 26.182 2019: 57 / 27.195 2020: 66 / 25.635	2018: 0,18 % 2019: 0,21 % 2020: 0,26 %	2018: 0,14 % - 0,24 % 2019: 0,16 % - 0,27 % 2020: 0,20 % - 0,33 %
Bund		2018: 75 / 51.148 2019: 80 / 53.664 2020: 89 / 51.326	2018: 0,15 % 2019: 0,15 % 2020: 0,17 %	2018: 0,12 % - 0,18 % 2019: 0,12 % - 0,19 % 2020: 0,14 % - 0,21 %

Details zu den Ergebnissen

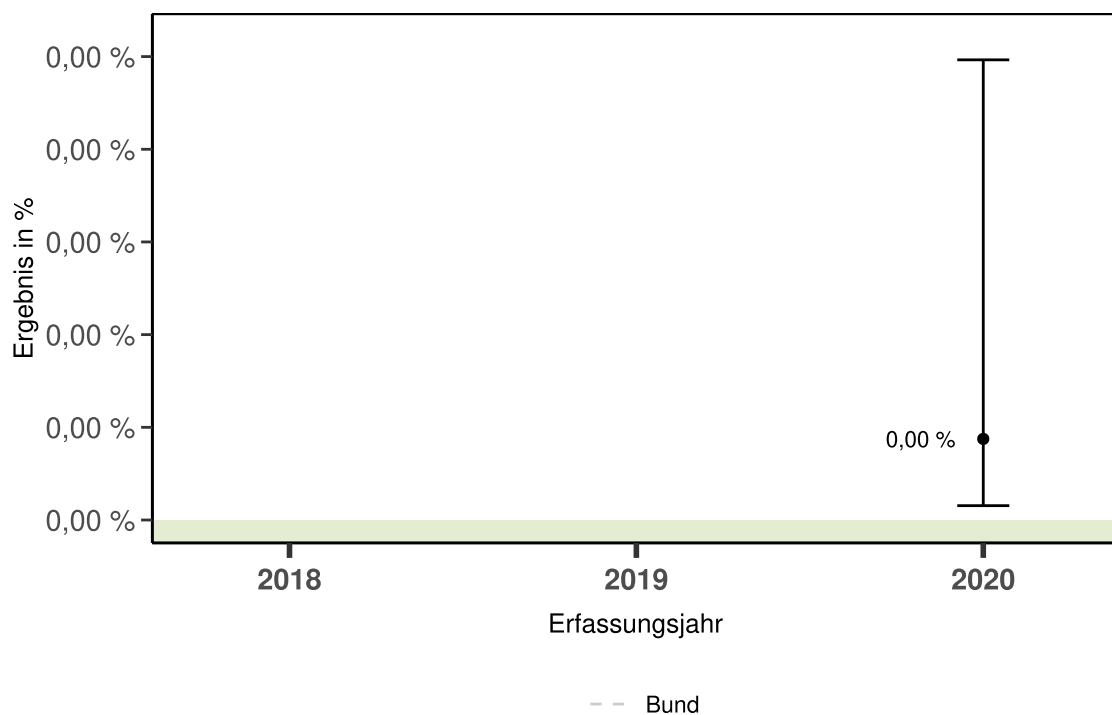
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0,17 % 89/51.326
2.1.1	Chirurgie/Allgemeinchirurgie	0,31 % 8/2.614
2.1.2	Gefäßchirurgie	0,00 % 0/19
2.1.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,00 % 0/56
2.1.4	Plastische Chirurgie	0,29 % 5/1.701
2.1.5	Orthopädie/Unfallchirurgie	0,17 % 80/47.108
2.1.6	Urologie	x % ≤3

1502: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

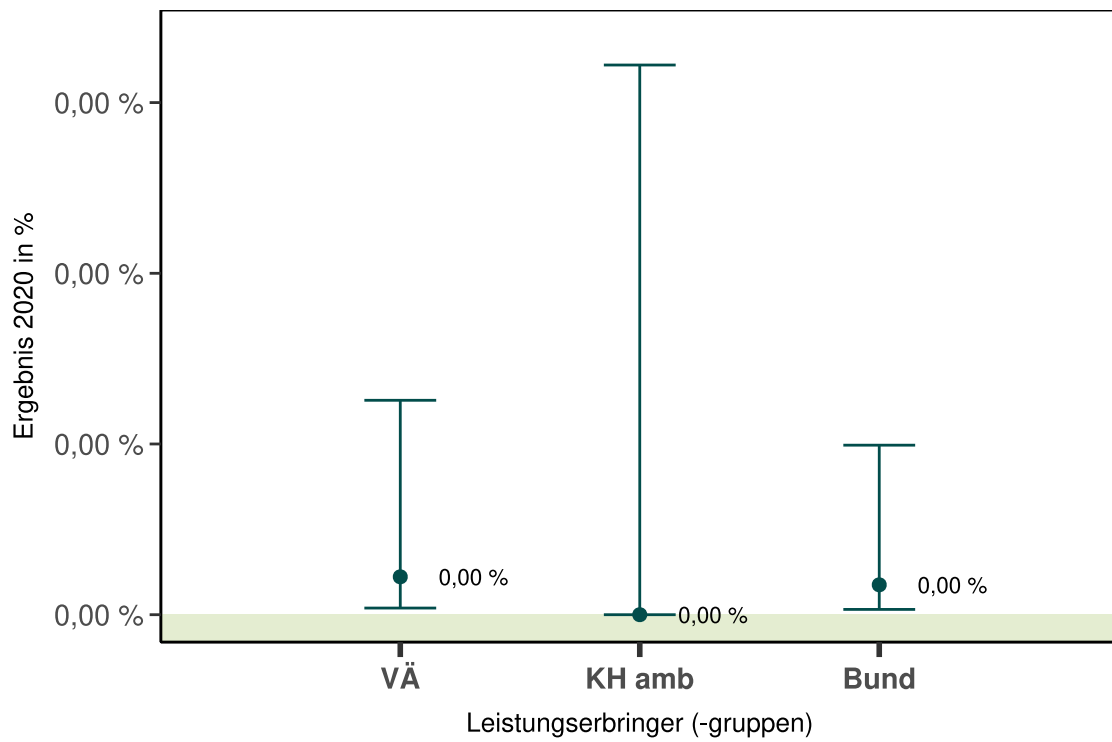
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
ID	1502
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

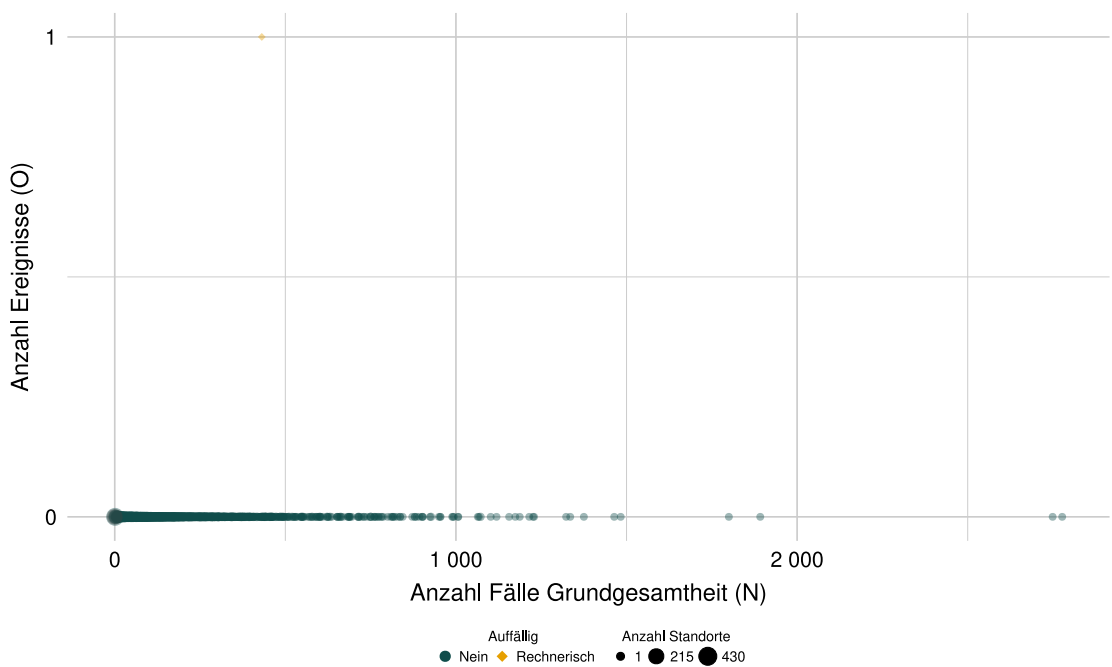
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

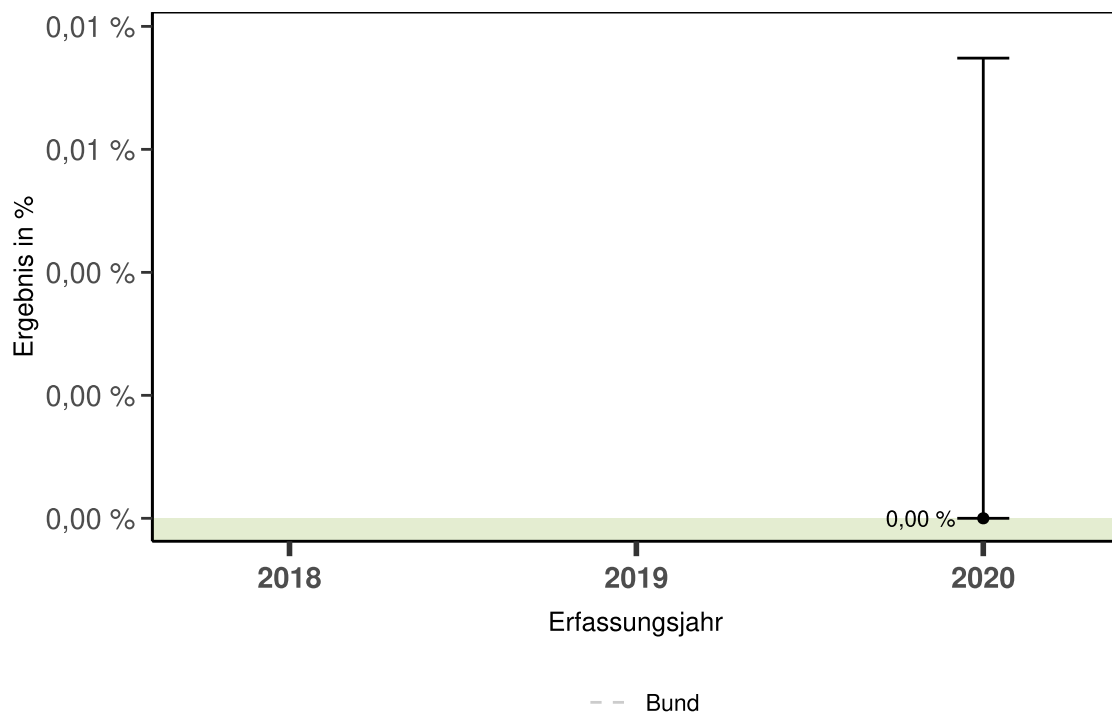
EJ 2020		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ambulant	VÄ	2018: ≤3 / 425.246 2019: ≤3 / 447.808 2020: ≤3 / 451.041	2018: x % 2019: x % 2020: x %	2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,00 % 2020: 0,00 % - 0,00 %
	KH	2018: ≤3 / 134.006 2019: ≤3 / 134.306 2020: 0 / 119.289	2018: x % 2019: x % 2020: 0,00 %	2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,01 % 2020: 0,00 % - 0,00 %
Bund		2018: ≤3 / 559.252 2019: 4 / 582.114 2020: ≤3 / 570.330	2018: x % 2019: 0,00 % 2020: x %	2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,00 % 2020: 0,00 % - 0,00 %

1503: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)

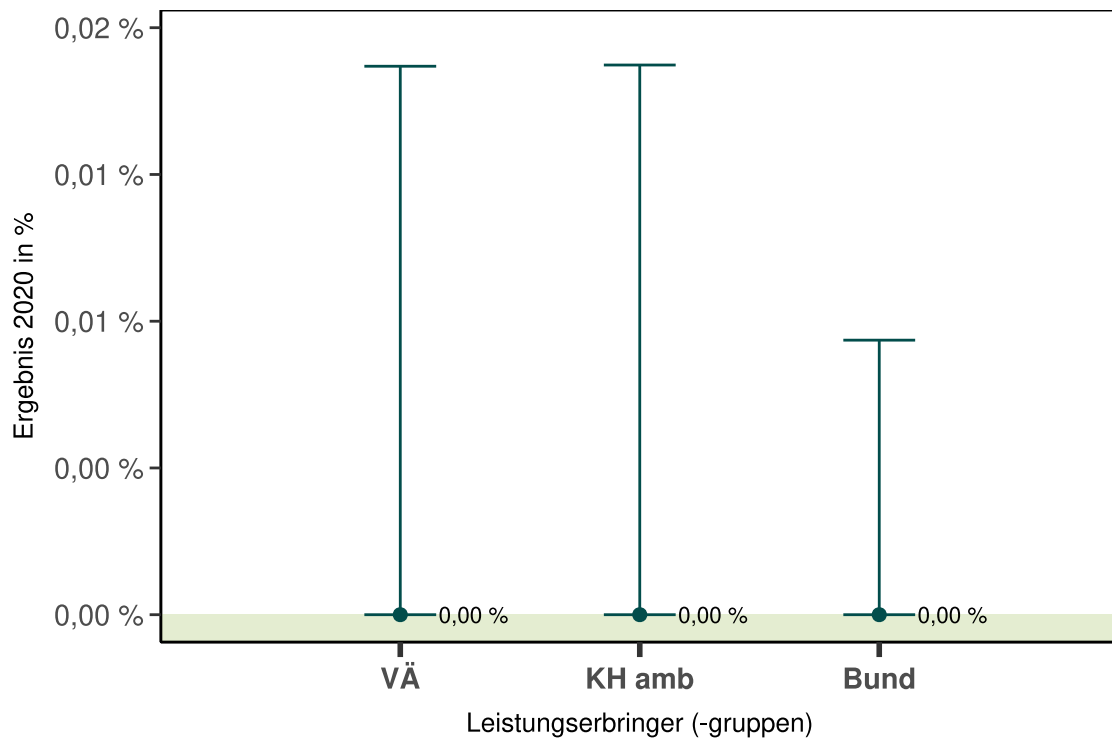
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
ID	1503
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

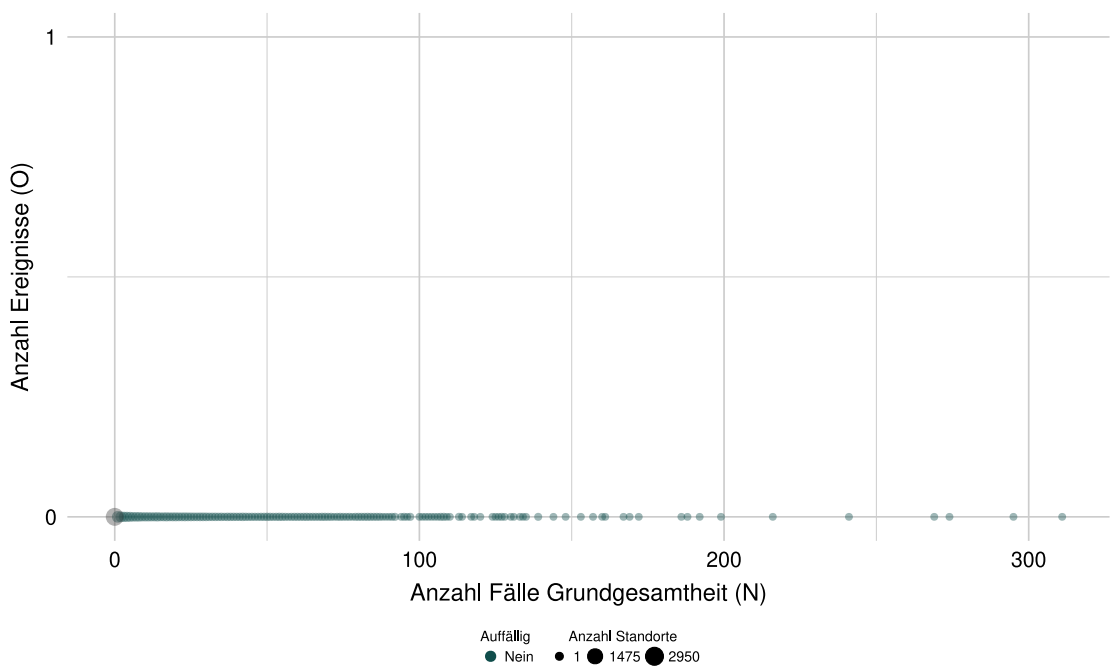
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

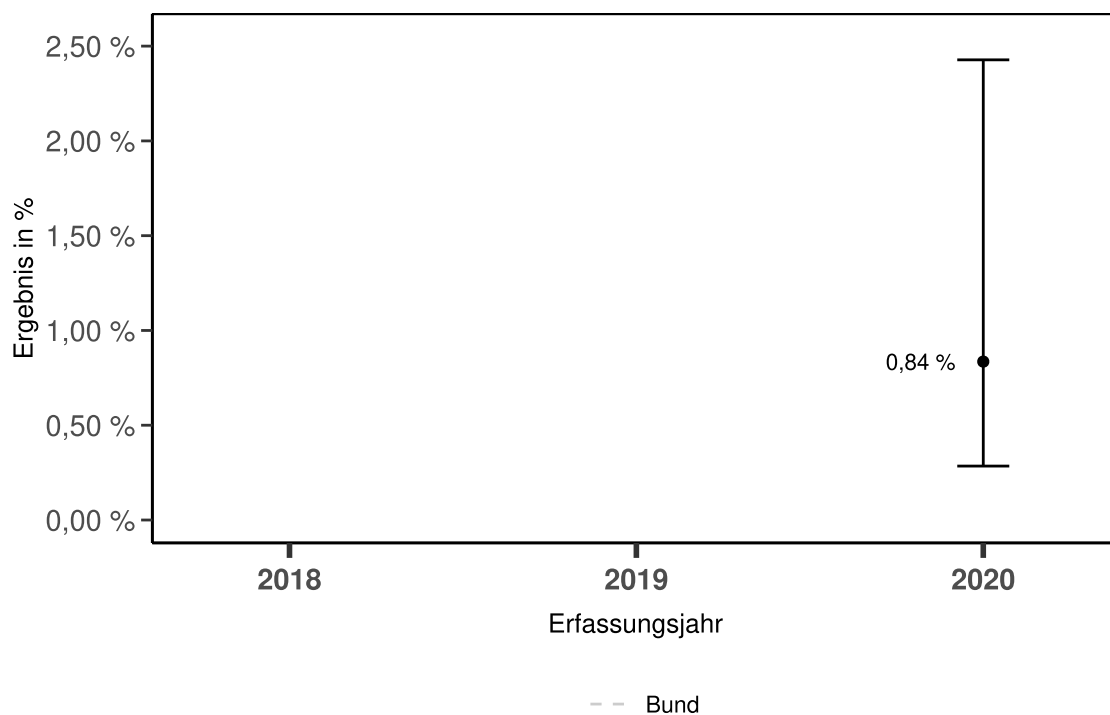
EJ 2020		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ambulant	VÄ	2018: 0 / 24.966 2019: 0 / 26.469 2020: 0 / 25.691	2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 %	2018: 0,00 % - 0,02 % 2019: 0,00 % - 0,01 % 2020: 0,00 % - 0,01 %
	KH	2018: 0 / 26.182 2019: 0 / 27.195 2020: 0 / 25.635	2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 %	2018: 0,00 % - 0,01 % 2019: 0,00 % - 0,01 % 2020: 0,00 % - 0,01 %
Bund		2018: 0 / 51.148 2019: 0 / 53.664 2020: 0 / 51.326	2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: 0,00 %	2018: 0,00 % - 0,01 % 2019: 0,00 % - 0,01 % 2020: 0,00 % - 0,01 %

332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

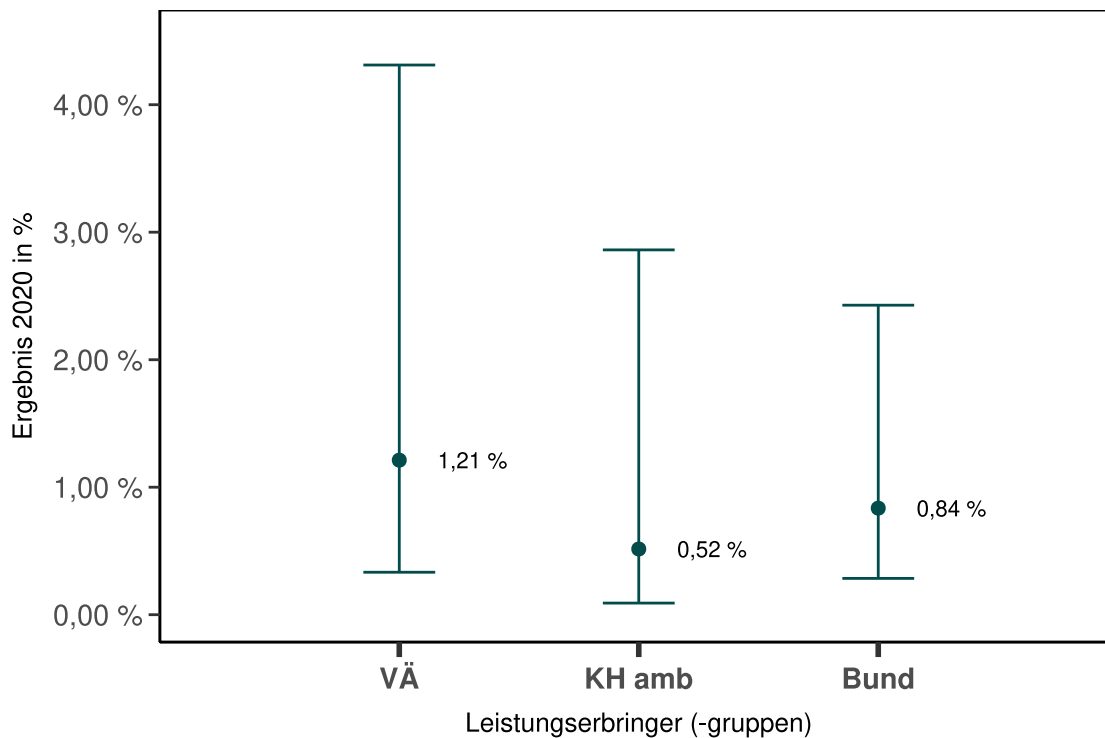
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
ID	332000
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

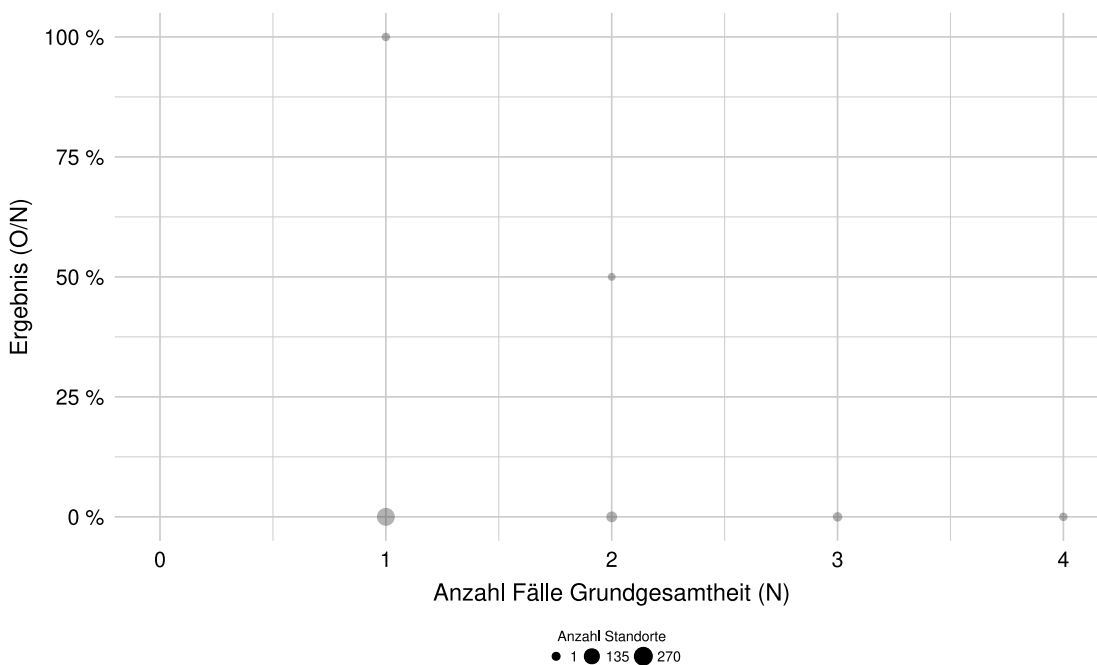
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ambulant	VÄ	2018: ≤3 / 246 2019: ≤3 / 227 2020: ≤3 / 165	2018: x % 2019: x % 2020: x %	2018: 0,07 % - 2,27 % 2019: 0,08 % - 2,45 % 2020: 0,33 % - 4,31 %
	KH	2018: 0 / 210 2019: 0 / 220 2020: ≤3 / 194	2018: 0,00 % 2019: 0,00 % 2020: x %	2018: 0,00 % - 1,80 % 2019: 0,00 % - 1,72 % 2020: 0,09 % - 2,86 %
Bund		2018: ≤3 / 456 2019: ≤3 / 447 2020: ≤3 / 359	2018: x % 2019: x % 2020: x %	2018: 0,04 % - 1,23 % 2019: 0,04 % - 1,26 % 2020: 0,28 % - 2,43 %



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**QS WI – Nosokomiale postop.
Wundinfektionen – stat. Operieren –
Verfahren in Erprobung**

Erfassungsjahr 2020

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340

Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020.....	5
Einleitung.....	6
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	10
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen).....	12
Details zu den Ergebnissen.....	15
2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen).....	17
Details zu den Ergebnissen.....	20
2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen).....	22
Details zu den Ergebnissen.....	25
2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen).....	26
Details zu den Ergebnissen.....	29
2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen).....	30
2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen).....	32
342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen).....	34

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2020 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Aufgrund von Limitationen in der Datenbasis sind die QI-Ergebnisse des EJ 2020 nicht vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Die Vorjahresergebnisse werden daher in diesem Bericht nicht dargestellt. Näheres zu den Limitationen der Datenbasis können dem Begleitschreiben entnommen werden.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2020 dargestellt.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	≤ 1,89 (95. Perzentil)	1,00 N = 1.192.205	0,99 - 1,02
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	≤ 2,19 (95. Perzentil)	1,00 N = 939.123	0,98 - 1,02
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	≤ 1,99 (95. Perzentil)	1,00 N = 1.192.205	0,98 - 1,02
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	≤ 2,22 (95. Perzentil)	1,00 N = 939.123	0,98 - 1,03
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,01 % N = 1.192.205	0,01 % - 0,01 %
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,01 % N = 939.123	0,01 % - 0,01 %
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	Transparenzkennzahl	8,80 % N = 17.903	8,40 % - 9,23 %

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Von den 10 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich 4 auf ambulante und 6 auf stationäre Operationen. 2 der 6 Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Bundesauswertungen

entnommen werden.

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Eingriffe, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird (die Tracer-Operationen stammen aus Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie).

Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insb. des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Code gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 300.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 100.000-mal wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 33 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen können mit einer

Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite müssen zwar ca. 270.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die QIs genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier gar keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leistungserbringer erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten ATR-Listen aufgeführt. Weitere Informationen zu der ATR-Listen können dem Begleitdokument entnommen werden.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.

Auf der Verfahrensseite (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>) sind Zusatzinformationen zu den endgültigen Rechenregeln für die Indikatoren am Beispiel des EJ 2019 zur Verfügung gestellt. Diese umfassen eine Übersicht über die im QS-Verfahren betrachteten Tracer-Operationen (inklusive Fachgebietszuordnung und Nachbeobachtungszeitraum) und eine Übersicht über die Kombinationen aus Tracer und Wundinfektion, die in die QI-Berechnungen eingehen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen:

Da die Traceroperationen (ein oder mehrere OPS-Kodes) teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der einzelnen Operationen pro Fachgebiet u. U. nicht der Anzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Aufgrund von Limitationen in der Datenbasis sind die QI-Ergebnisse des EJ 2020 nicht vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Die Vorjahresergebnisse werden daher in diesem Bericht nicht dargestellt. Näheres zu den Limitationen der Datenbasis können dem Begleitschreiben entnommen werden.

Basisauswertung:

Für die Darstellung einer Basisauswertung für sozialdatenbasierten QI ist ein verfahrensübergreifendes Konzept erforderlich. Da dies noch nicht entwickelt werden konnte, kann im aktuellen Bericht noch keine Basisauswertung für die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zur Verfügung gestellt werden. Eine Altersverteilung kann dem Begleitdokument entnommen werden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen:

- QS-Dokumentationsdaten
- Sozialdaten bei den Krankenkassen

Informationen zur Verknüpfungsrate und zum Anteil der extern dokumentierten Wundinfektionsfälle können dem Begleitschreiben entnommen werden.

Limitationen der Datenbasis

Die Grundlage für die Berechnung der Indikatoren und der Transparenzkennzahlen in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen. Bei der Bewertung der Ergebnisse sind jedoch Einschränkungen in der Datengrundlage zu beachten. Die Einschränkungen können dem Begleitdokument entnommen werden.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (NWIF) für das Erfassungsjahr 2020 dar. Die fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollständigkeit bei den Leistungserbringern. Für das Erfassungsmodul NWIF im QS-Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort.

Ab dem Erfassungsjahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie die Vollständigkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens. Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren, die auch auf QS-Dokumentationsdaten basieren. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, der QS-

Dokumentationsdaten, die in die Ihnen vorliegenden Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingegangen ist.

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	293.534	298.600	98,30
	Basisdatensatz	293.534		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		1.374	1.409	97,52
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.374		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.865		

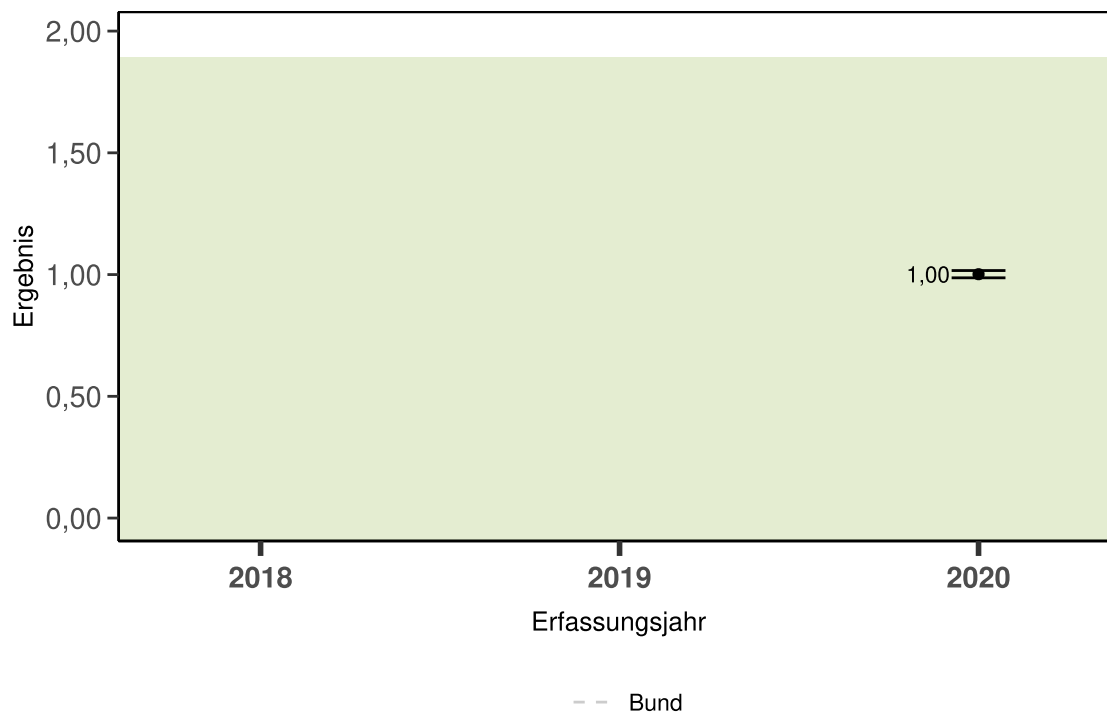
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

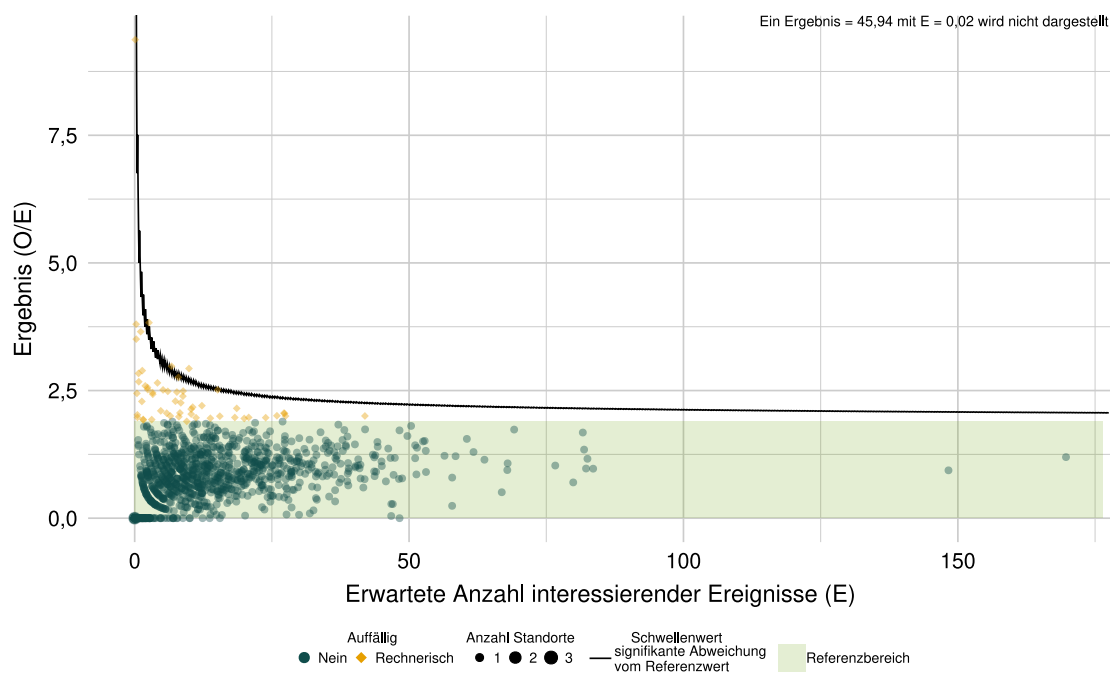
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	2500
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2500
Referenzbereich	≤ 1,89 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

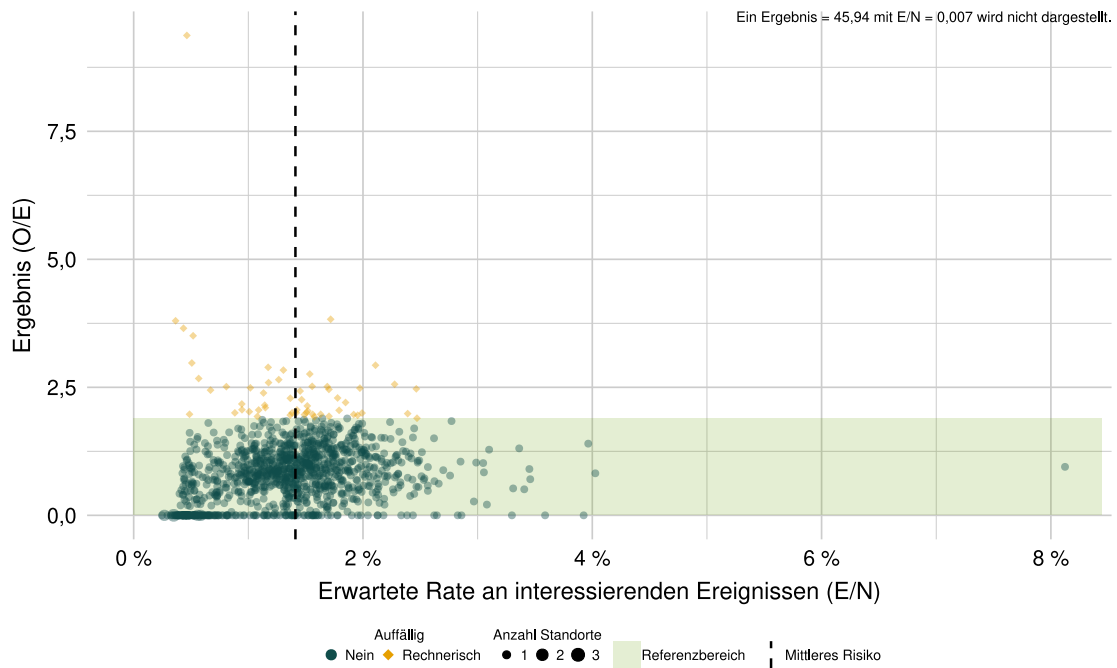
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2018: 1.307.266 2019: 1.301.965 2020: 1.192.205	2018: 18.327 / 17.971,42 2019: 21.092 / 17.730,45 2020: 16.845 / 16.820,00	2018: 1,02 2019: 1,19 2020: 1,00	2018: 1,01 - 1,03 2019: 1,17 - 1,21 2020: 0,99 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
1.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,41 % 16.845/1.192.205
1.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,41 % 16.820,00/1.192.205
1.1.1.3	O/E	1,00

¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Chirurgie/Allgemeinchirurgie	3,03 % 10.625/351.112

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Gefäßchirurgie	2,23 % 1.950/87.308

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,65 % 3.093/473.076

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	Herzchirurgie	2,11 % 593/28.149

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6	Plastische Chirurgie	0,66 % 512/77.877

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.7	Orthopädie/Unfallchirurgie	0,35 % 788/226.914

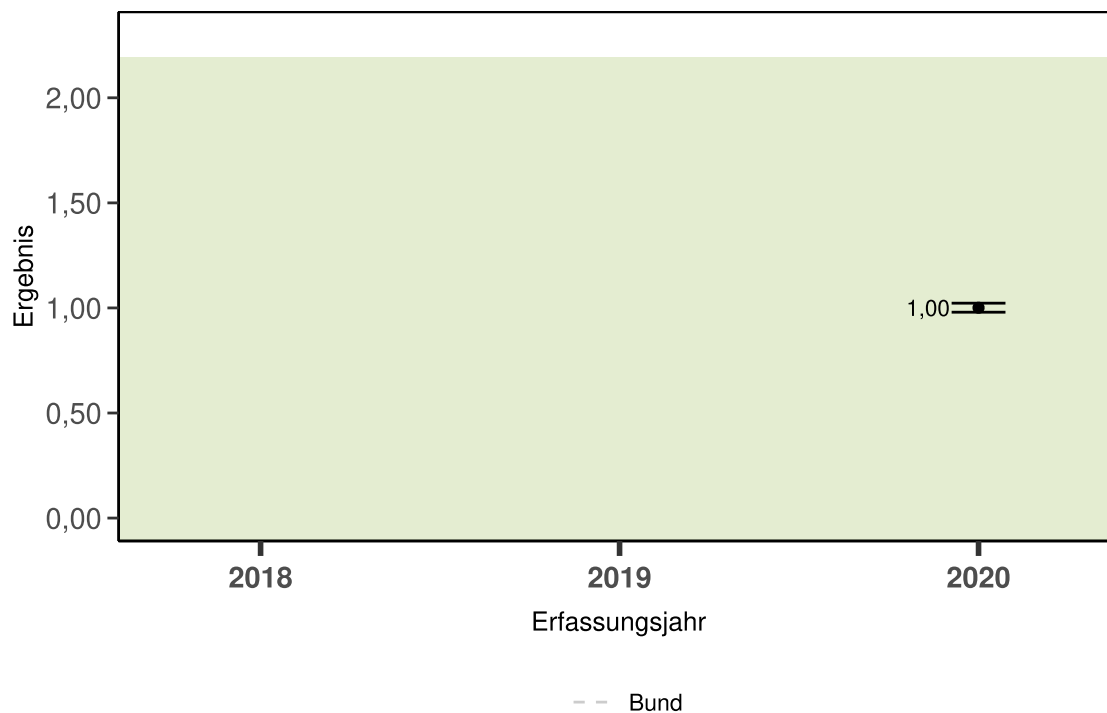
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8	Urologie	1,68 % 1.485/88.535

2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

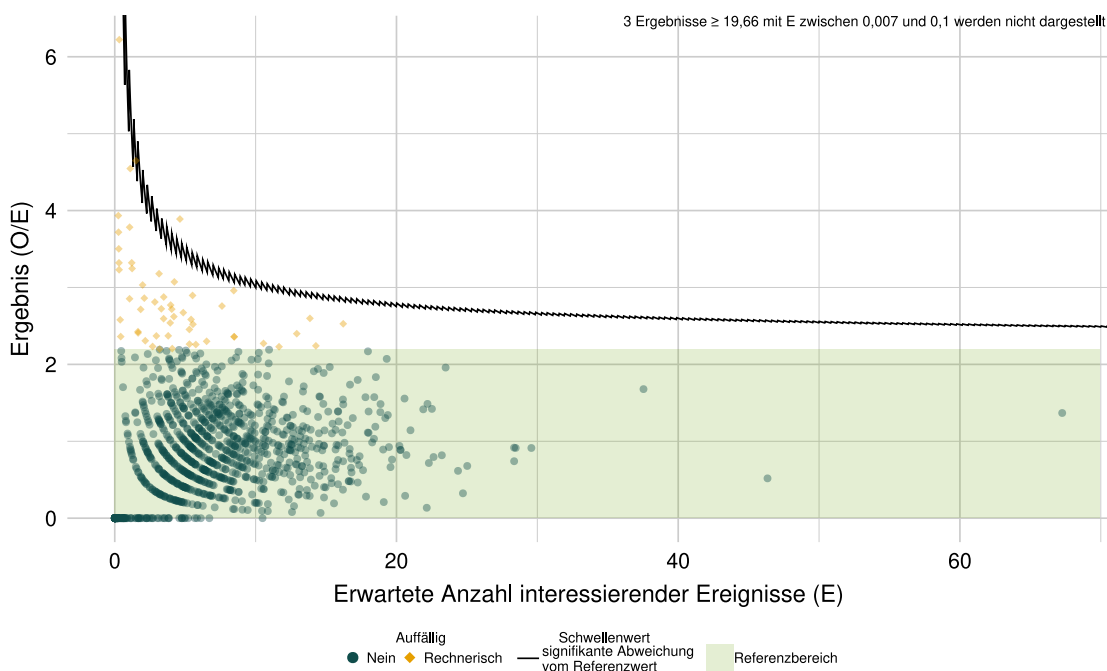
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	2501
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2501
Referenzbereich	≤ 2,19 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

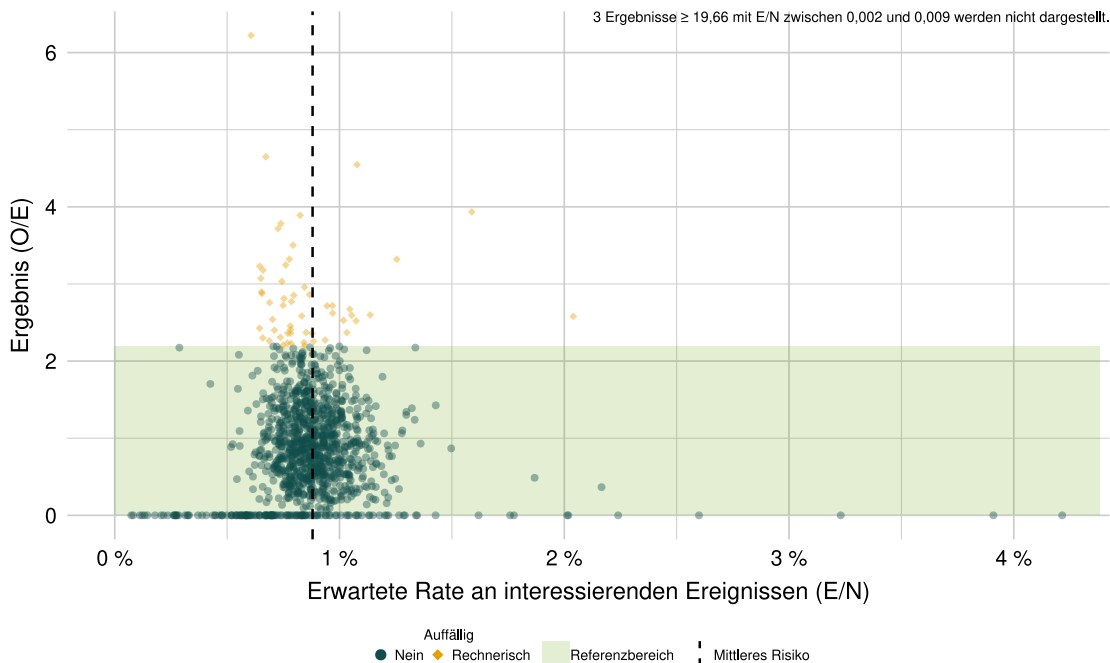
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2018: 1.000.030 2019: 1.007.046 2020: 939.123	2018: 8.838 / 8.354,64 2019: 10.036 / 8.447,98 2020: 8.274 / 8.266,00	2018: 1,06 2019: 1,19 2020: 1,00	2018: 1,04 - 1,08 2019: 1,17 - 1,21 2020: 0,98 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ²	
2.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	0,88 % 8.274/939.123
2.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,88 % 8.266,00/939.123
2.1.1.3	O/E	1,00

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Chirurgie/Allgemeinchirurgie	1,33 % 776/58.519

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	Gefäßchirurgie	2,53 % 224/8.864

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4	Gynäkologie und Geburtshilfe	1,20 % 252/20.987

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5	Herzchirurgie	0,58 % 816/139.901

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6	Plastische Chirurgie	0,76 % 347/45.748

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7	Orthopädie/Unfallchirurgie	0,87 % 6.475/748.033

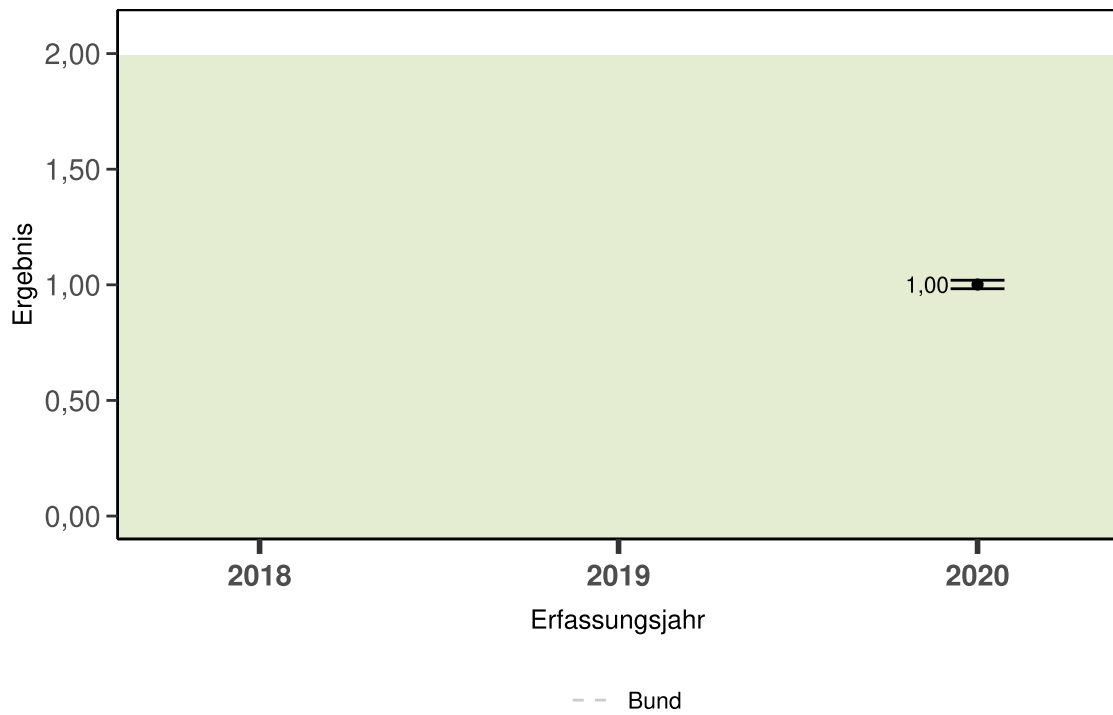
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.8	Urologie	0,68 % 91/13.448

2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

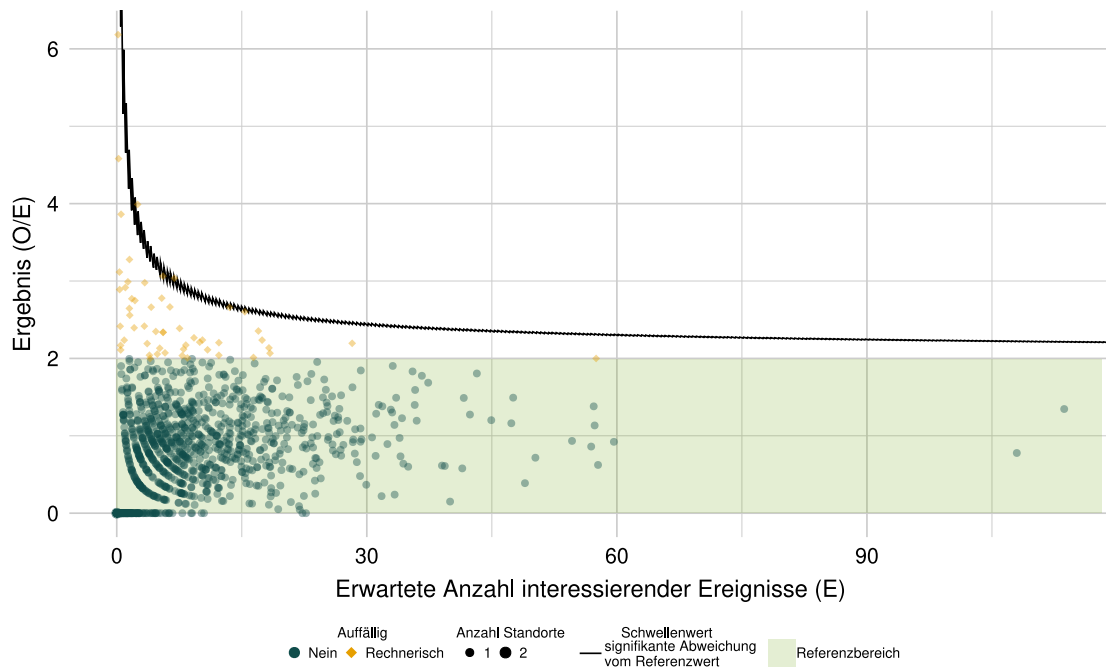
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	2502
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2502
Referenzbereich	≤ 1,99 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

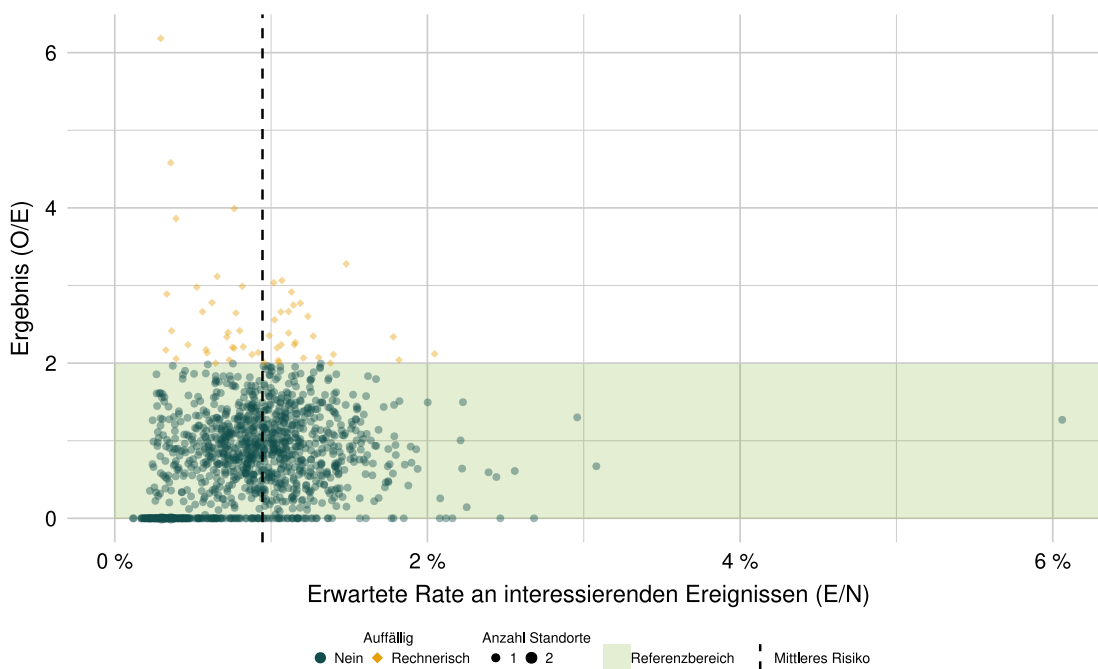
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2018: 1.307.266 2019: 1.301.965 2020: 1.192.205	2018: 12.238 / 11.902,20 2019: 13.932 / 11.751,42 2020: 11.281 / 11.267,00	2018: 1,03 2019: 1,19 2020: 1,00	2018: 1,01 - 1,05 2019: 1,17 - 1,21 2020: 0,98 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
3.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	0,95 % 11.281/1.192.205
3.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,95 % 11.267,00/1.192.205
3.1.1.3	O/E	1,00

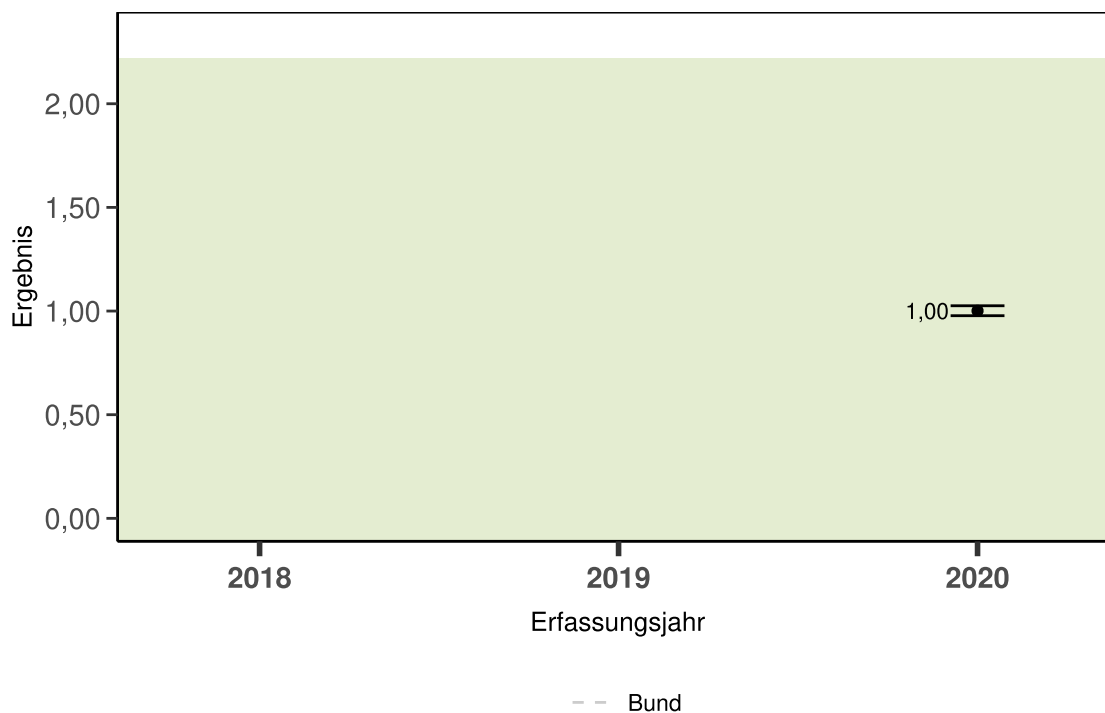
³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

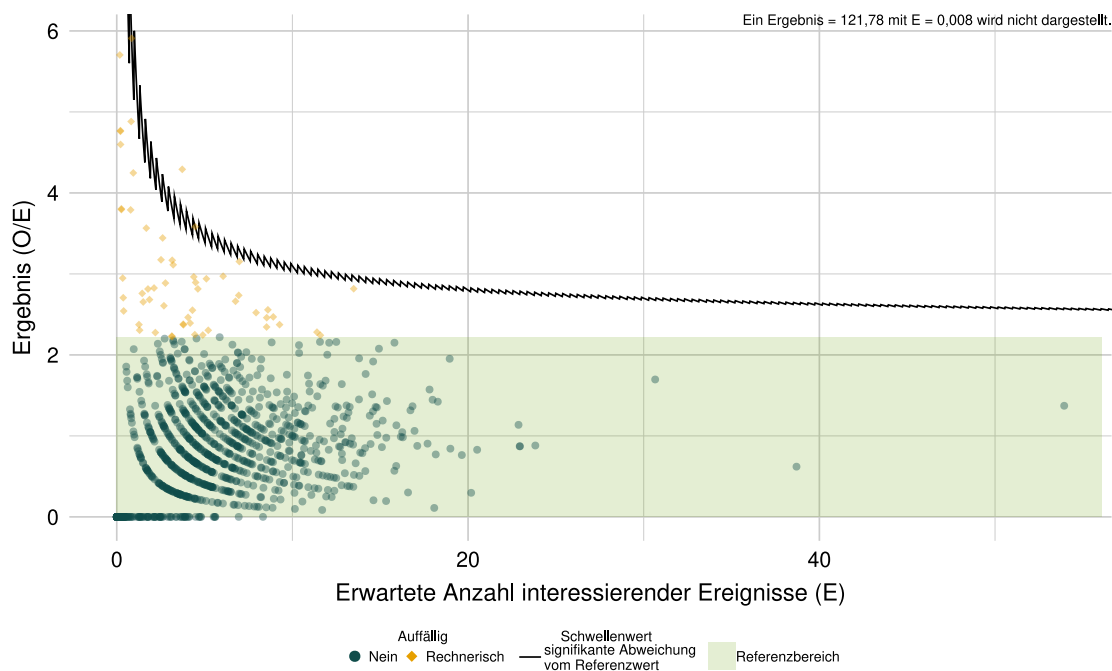
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
ID	2503
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2503
Referenzbereich	≤ 2,22 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

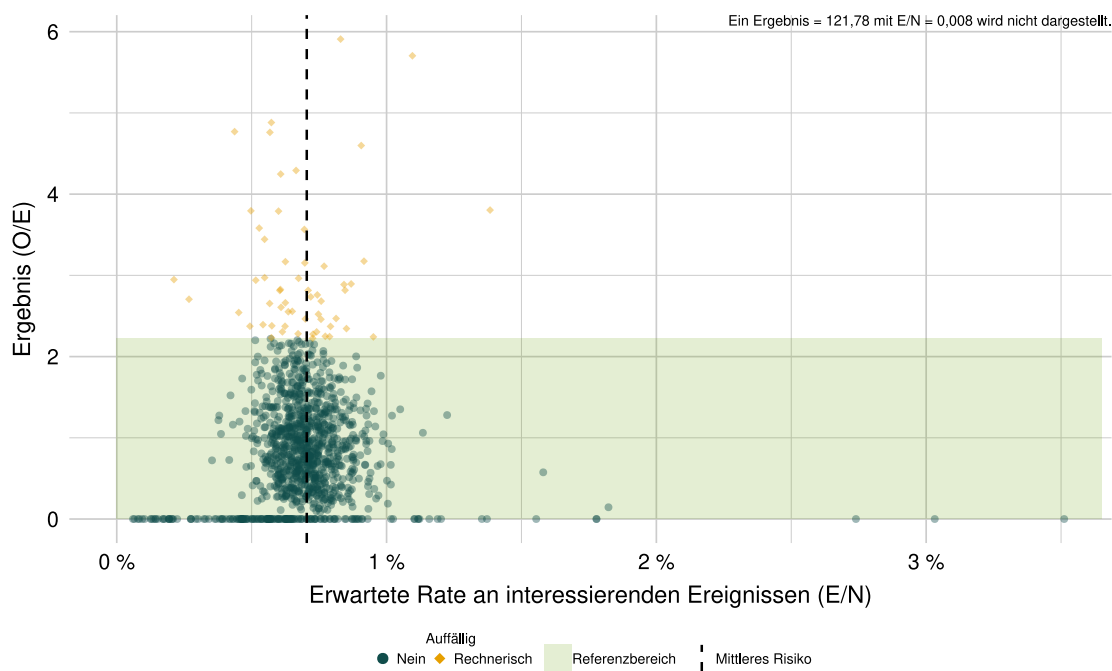
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2018: 1.000.030 2019: 1.007.046 2020: 939.123	2018: 7.038 / 6.645,09 2019: 7.952 / 6.724,20 2020: 6.622 / 6.614,00	2018: 1,06 2019: 1,18 2020: 1,00	2018: 1,03 - 1,08 2019: 1,16 - 1,21 2020: 0,98 - 1,03

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
4.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	0,71 % 6.622/939.123
4.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,70 % 6.614,00/939.123
4.1.1.3	O/E	1,00

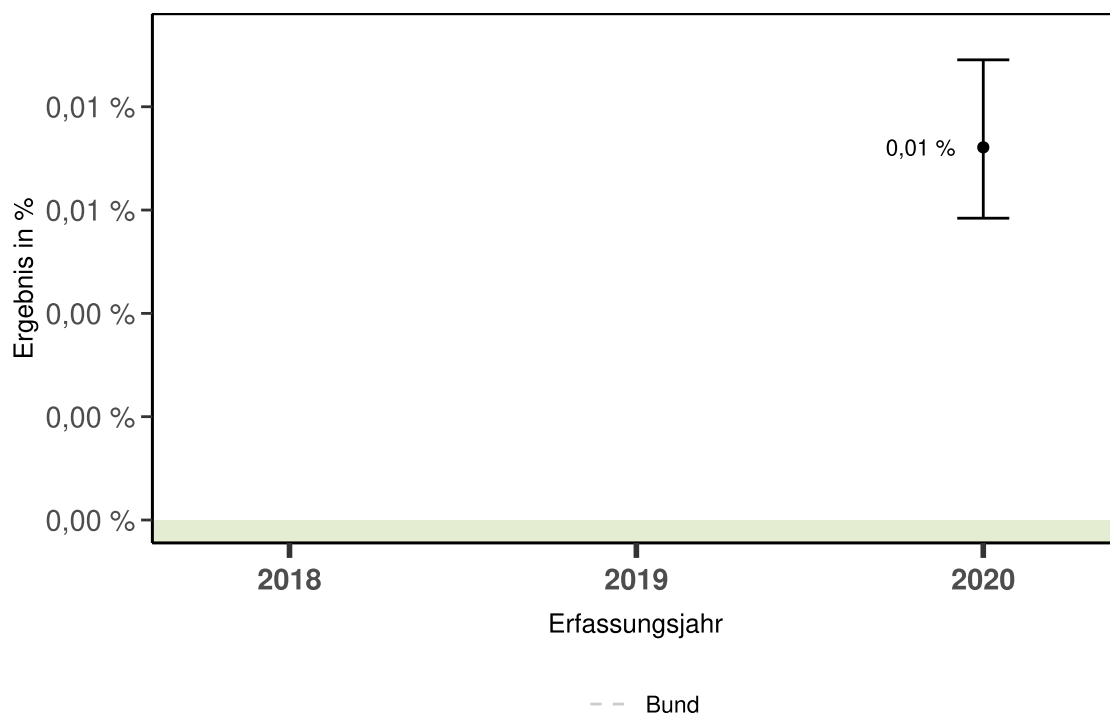
⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

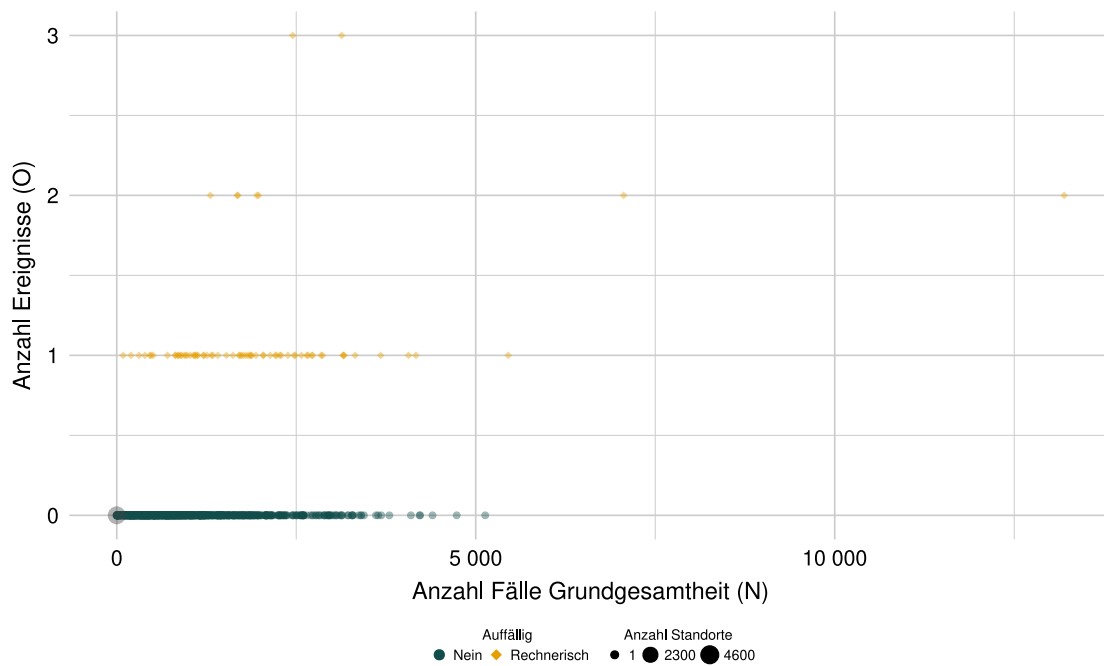
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
ID	2504
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

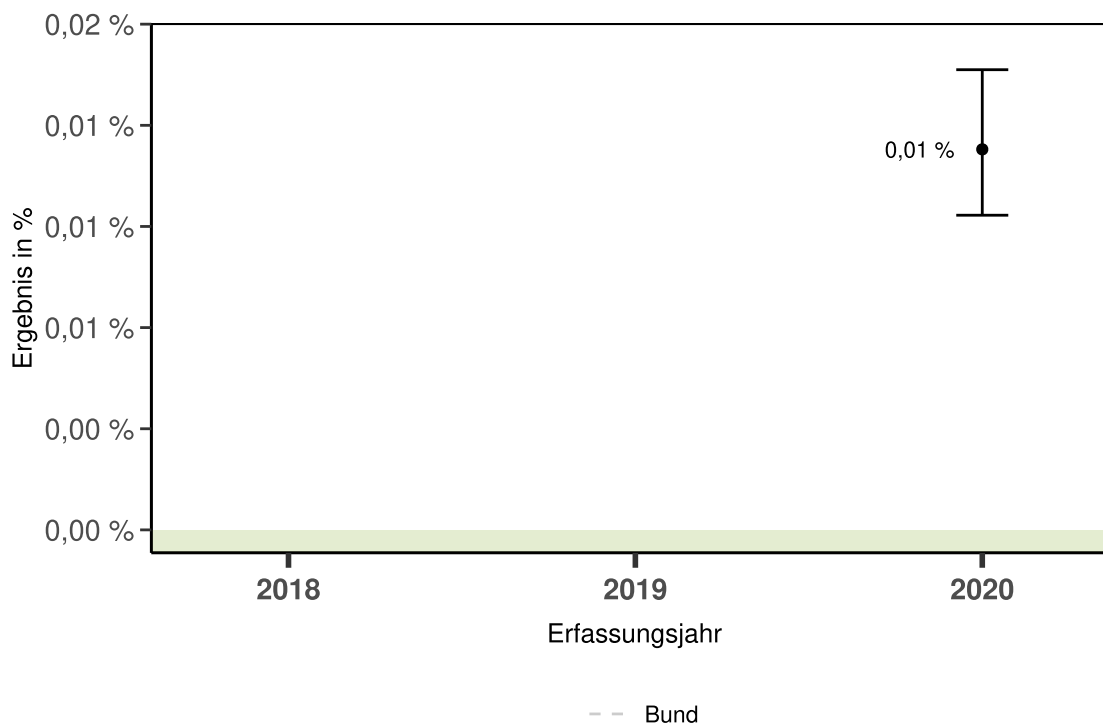
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018: 161 / 1.307.266 2019: 160 / 1.301.965 2020: 86 / 1.192.205	2018: 0,01 % 2019: 0,01 % 2020: 0,01 %	2018: 0,01 % - 0,01 % 2019: 0,01 % - 0,01 % 2020: 0,01 % - 0,01 %

2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

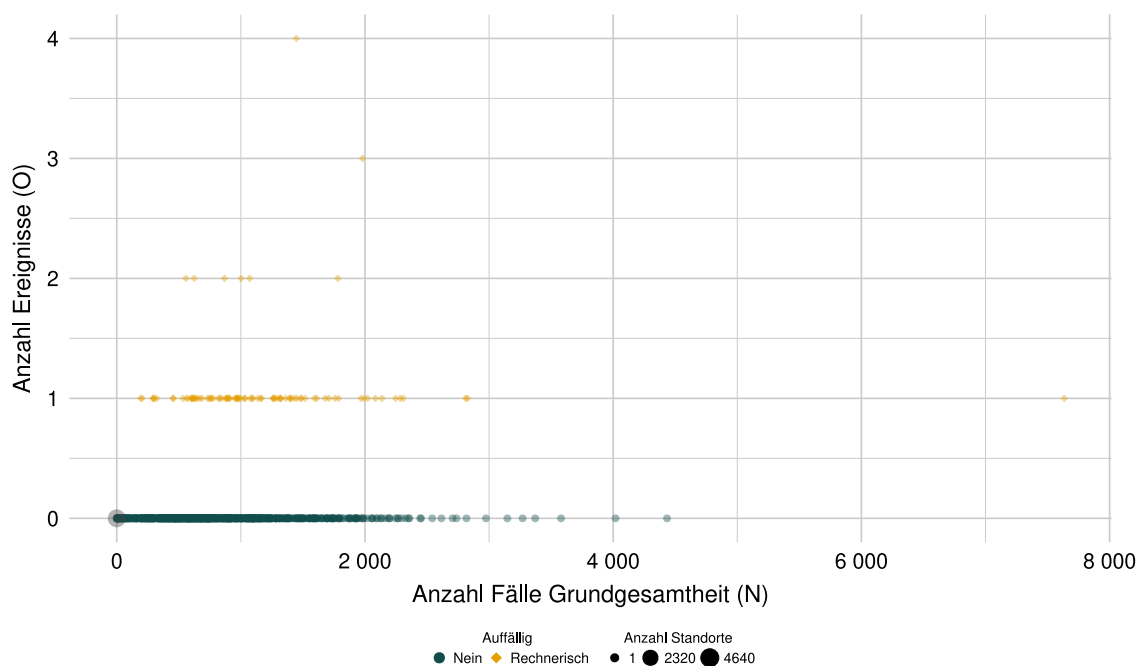
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
ID	2505
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

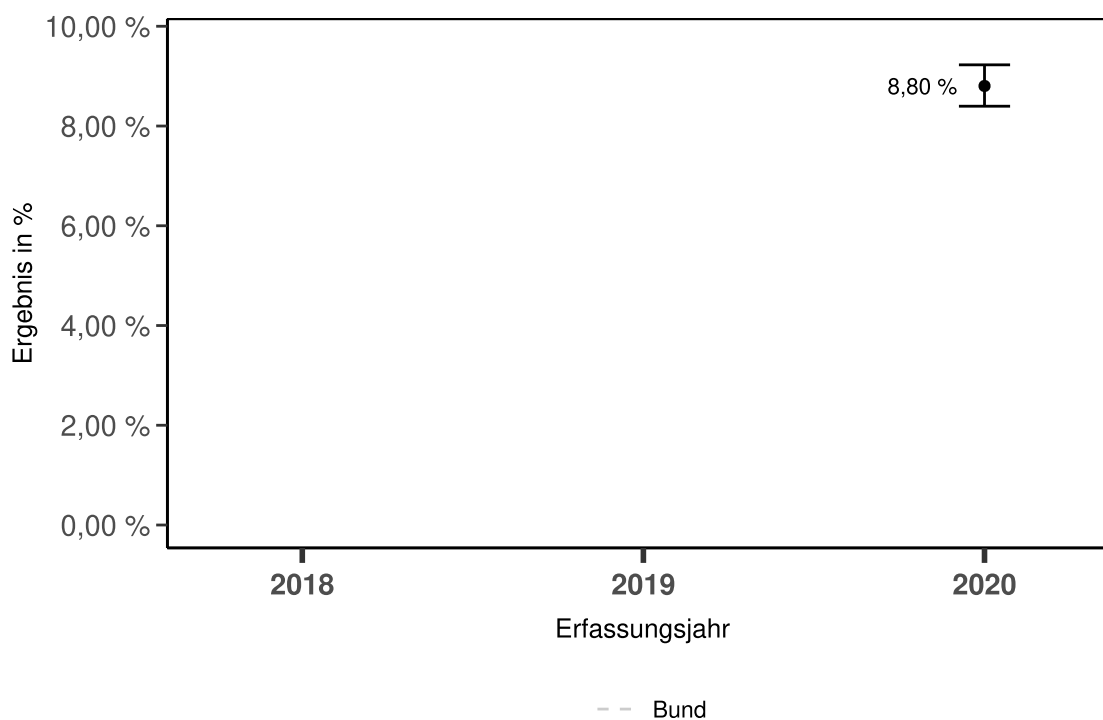
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018: 150 / 1.000.030 2019: 135 / 1.007.046 2020: 106 / 939.123	2018: 0,02 % 2019: 0,01 % 2020: 0,01 %	2018: 0,01 % - 0,02 % 2019: 0,01 % - 0,02 % 2020: 0,01 % - 0,01 %

342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

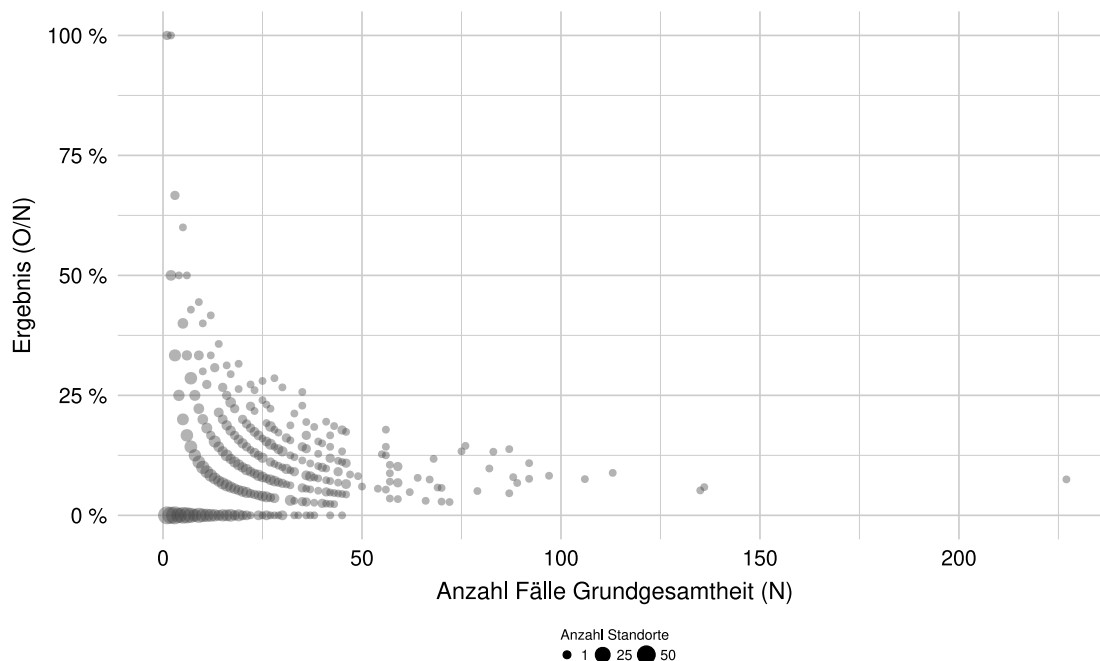
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
ID	342000
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2018: 1.593 / 19.276 2019: 1.823 / 21.884 2020: 1.576 / 17.903	2018: 8,26 % 2019: 8,33 % 2020: 8,80 %	2018: 7,88 % - 8,66 % 2019: 7,97 % - 8,70 % 2020: 8,40 % - 9,23 %