

Bundesqualitätsbericht 2021

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

Erfassungsjahre 2018 und 2019 (Verfahren in Erprobung)

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2021. QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – post-operative Wundinfektionen*. Erfassungsjahre 2018 und 2019 (Verfahren in Erprobung)

Ansprechpartner:

Leif Warming

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

16. August 2021, aktualisierte Version am 10. September 2021, 15. Oktober 2021, 26. November 2021 und 17. Dezember 2021

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..... | 5 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 5 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 7 |
| Vorbemerkung | 8 |
| 1 Hintergrund | 9 |
| 2 Einordnung der Ergebnisse..... | 12 |
| 2.1 Datengrundlage..... | 12 |
| 2.2 Risikoadjustierung..... | 16 |
| 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren..... | 16 |
| 2.3.1 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen..... | 16 |
| 3 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung (Bericht 2021) | 31 |
| 3.1 Erhebung von Informationen von der Landesebene | 32 |
| 3.2 Identifizierte Optimierungs- und Anpassungsbedarfe..... | 32 |
| 3.2.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung..... | 32 |
| 3.2.2 Optimierungsbedarf hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren, der dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse..... | 35 |
| 3.2.3 Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene QS-Dokumentation | 36 |
| 3.2.4 Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen | 37 |
| 3.2.5 Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte | 37 |
| 3.2.6 Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung..... | 37 |
| 3.2.7 Optimierungsbedarfe bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation und des Datenexports..... | 38 |
| 3.2.8 Zeitpunkt der Auslösung | 38 |
| 3.2.9 Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)..... | 39 |
| 3.2.10 Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen QS- Dokumentation | 39 |

| | | |
|--|---|----|
| 3.2.11 | Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen QS-Dokumentation..... | 40 |
| 3.2.12 | Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse | 41 |
| 3.2.13 | Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11 DeQS-RL..... | 41 |
| 3.2.14 | Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten..... | 44 |
| 3.2.15 | Durchführung der QS-Verfahren sowie Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen | 45 |
| 3.2.16 | Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14 DeQS-RL..... | 45 |
| 3.2.17 | Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe..... | 45 |
| 4 | Datenvalidierung | 47 |
| 5 | Fazit | 48 |
| Anhang A: Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung | | 49 |
| Anhang B: Altersverteilung | | 60 |
| Literatur..... | | 61 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2019) | 10 |
| Tabelle 2: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2019) | 10 |
| Tabelle 3: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation) (EJ 2018 und 2019) | 14 |
| Tabelle 4: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation) (EJ 2020) | 15 |
| Tabelle 5: Anzahl der Tracer-Eingriffe in den Erfassungsjahren 2018 und 2019 | 16 |
| Tabelle 6: Ergebnisse QS WI (EJ 2019) | 18 |
| Tabelle 7: Ergebnisse OP-KISS (2017 – 2019)..... | 19 |
| Tabelle 8: Vergleich der Ergebnisse für die Indikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (EJ 2019 vs. EJ 2018)..... | 20 |
| Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse für die Indikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (EJ 2019 vs. EJ 2018)..... | 20 |
| Tabelle 10: Detailergebnisse für den QI 1500..... | 22 |
| Tabelle 11: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 1500..... | 22 |
| Tabelle 12: Detailergebnisse für den QI 1501..... | 23 |
| Tabelle 13: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 1501..... | 23 |
| Tabelle 14: Detailergebnisse für den QI 1502..... | 24 |
| Tabelle 15: Detailergebnisse für den QI 1503..... | 25 |
| Tabelle 16: Detailergebnisse für den die Transparenzkennzahl 332000 | 26 |
| Tabelle 17: Detailergebnisse für den QI 2500..... | 26 |
| Tabelle 18: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 2500..... | 27 |
| Tabelle 19: Detailergebnisse für den QI 2501..... | 27 |
| Tabelle 20: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 2501..... | 28 |
| Tabelle 21: Detailergebnisse für den QI 2502..... | 28 |
| Tabelle 22: Detailergebnisse für den QI 2503..... | 29 |
| Tabelle 23: Detailergebnisse für den QI 2504..... | 29 |
| Tabelle 24: Detailergebnisse für den QI 2505..... | 30 |
| Tabelle 25: Detailergebnisse für die Transparenzkennzahl 342000 | 30 |
| Tabelle 26: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation..... | 39 |
| Tabelle 27: Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation..... | 40 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| Abbildung 1: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 / § 12 themenspezifische Bestimmungen der DeQS-RL | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| Abbildung 2: Altersverteilung aller Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Tracer-Eingriff im Erfassungsjahr 2019 | 60 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|-----------|--|
| ATR | auffällige Tracer |
| DeQS-RL | Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung |
| EJ | Erfassungsjahr |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GOP | Gebührenordnungspositionen |
| ICD | Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>) |
| ID | Identifikationsnummer |
| LAG | Landesarbeitsgemeinschaften |
| OP-KISS | Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System häufiger oder besonders relevanter stationärer Operationen |
| OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| Qesü-RL | Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung |
| QS | Qualitätssicherung |
| QS WI | QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen |
| QSKH RL | Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern |
| SGB | Sozialgesetzbuch |

Vorbemerkung

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht beinhaltet erstmals die Ergebnisse zu den sozialdaten-basierten Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektion für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* sowie zu den Transparenzkennzahlen „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“ (nach ambulanten bzw. stationären Operationen).

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

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren *QS WI* der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ in Erprobung. Während dessen soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung als notwendig erachtet.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19.07.2018, zuletzt geändert am 18.03.2021, in Kraft getreten am 16.06.2021 .
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 29.07.2021).

1 Hintergrund

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 G-BA hat in der DeQS-RL das QS-Verfahren *QS WI* als zweites sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren *QS WI* bedeutet dies, dass sowohl Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich als auch Krankenhäuser Daten für Qualitätsindikatoren übermitteln. Dabei gehen z. B. ambulante Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Das QS-Verfahren *QS WI* soll ambulante und stationäre Leistungserbringer dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Das QS-Verfahren gliedert sich in zwei Teile: einen einrichtungsbezogenen, in dem einmal jährlich die Einhaltung der Prozesse bezogen auf das Hygiene- und Infektionsmanagement abgefragt wird. Den zweiten Teil bildet die fallbezogene QS-Dokumentation mit Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen.

Dazu werden jedem Leistungserbringer, der Tracer-Operationen² erbracht hat, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung sowie die Ergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden ambulanten oder stationären Leistungserbringer mitgeteilt. Liegt das Ergebnis eines Leistungserbringers nicht im festgelegten Referenzbereich, wird von den zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) das Stellungnahmeverfahren eröffnet. Weitere qualitätsfördernde Maßnahmen können darin unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren.

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren; 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. Ein weiterer Bestandteil sind die Transparenzkennzahlen „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“ für ambulante und stationäre Eingriffe.

Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen

² Als Tracer-Operationen werden im QS-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. Die Tracer-Operationen weisen entweder ein hohes Wundinfektionsrisiko auf oder sie weisen ein mittleres Wundinfektionsrisiko auf, werden aber häufig durchgeführt.

QS-Dokumentation bei ambulanten und stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Prozesse des Hygiene- und Infektionsmanagements werden über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation abgefragt (ausgesetzt für Erfassungsjahr 2020). Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wird über die fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus und über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

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).

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2019)

| ID | Indikator | Datenquelle |
|---|--|---------------------------------------|
| Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement | | |
| 1000 | Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen | einrichtungsbezogene QS-Dokumentation |
| 2000 | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen | einrichtungsbezogene QS-Dokumentation |

Tabelle 2: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2019)

| 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 Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fallbezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 1503 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fallbezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Datenquelle |
|--|---|---|
| 332000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) ¹ | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär | | |
| 2500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 2501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 2502 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 2503 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 2504 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 2505 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |
| 342000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) ¹ | QS-Dokumentation fall-bezogen und Sozialdaten bei den Krankenkassen |

¹Transparenzkennzahl

2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der vierte Bericht auf Bundesebene zum QS-Verfahren QS WI gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)³ bzw. der aktuellen am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen DeQS-RL.

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 werden aufgrund größerer Schwächen bezüglich der Datengrundlage nicht dargestellt (Näheres hierzu siehe Abschnitt 2.1). Da derzeit ca. 10 Monate vergehen, bis Sozialdaten bei den Krankenkassen beim IQTIG vorliegen und für die Berechnung von Indikatoren genutzt werden können, ist es im QS-Verfahren QS WI grundsätzlich so, dass Indikatoren frühestens im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr berichtet werden können.

Im Rahmen des Bundesqualitätsberichts sind aufgrund der noch fehlenden Festlegung innerhalb der DeQS-RL keine Ergebnisse zur Datenvalidierung enthalten. Aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen Befragung für das Erfassungsjahr 2020 werden im vorliegenden Bundesqualitätsbericht keine rechnerischen Ergebnisse zu den Indikatoren und Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement dargestellt.

Da auch für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt worden sind und außerdem auch keine Risikoadjustierung entwickelt werden konnte, sind Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit der Indikatorergebnisse eingeschränkt. Das IQTIG empfiehlt aufgrund dessen im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche. Stellungnahmeverfahren können nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden.

Details zu den Hintergründen finden sich im Abschnitt 2.1 dieses Berichts.

Im Folgenden werden die Datengrundlagen und Auswertungsergebnisse der Indikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen des Erfassungsjahrs 2019 im Vergleich zum Vorjahr dargestellt und diskutiert (vgl. Abschnitt 2.1 und 2.3.1).

2.1 Datengrundlage

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.

Zum Erfassungsjahr 2017 wurden nicht sämtliche Falldaten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt. Es liegen 85 % der erwarteten Nennerdaten vor (Modul NWITR). Weiterhin wurden 2017 91 % der erwarteten Fälle mit potenziellen Wundinfektionen

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 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/> (abgerufen am 06.08.2021).

und den zugehörigen Fällen mit Tracer-Operationen übermittelt (Modul NWIWI). Dies hat zur Folge, dass einige Verknüpfungen von dokumentierten Wundinfektionen zu Tracer-Operationen nicht erfolgen können. Weiterhin fehlen ca. 12 % der Fälle, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR).

Zu den Operationsfällen aus dem niedergelassenen Bereich wurden in 30 % der Fälle entweder Kodes von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) oder Gebührenordnungspositionen (GOP) übermittelt. Da ohne OPS-Kode nicht die genaue Operation ermittelt werden kann und ohne GOP nicht das Datum der Operation, können diese Operationen nicht mit ggf. dokumentierten Wundinfektionen verknüpft werden.

Aufgrund dieser Datenlage werden die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 nicht dargestellt.

Jedoch sind aufgrund von fehlenden Daten auch die Ergebnisse zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht frei von Verzerrungen, was die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der Indikatorergebnisse einschränkt. Für 2018 und 2019 wurden ca. 89 % der Tracer-Operationen zum Erfassungsmodul NWITR übermittelt (gegenüber ca. 85 % zum Erfassungsjahr 2017). Bezogen auf die fehlenden Daten zum ambulanten Operieren aus dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich kam es auch zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht zu Verbesserungen der Datenlage, sodass hier weiterhin ggf. dokumentierte Wundinfektionen nicht verknüpft werden konnten. Die sonstigen Einschränkungen betrafen das Erfassungsmodul NWIWI und bestehen für die Erfassungsjahre 2018 und 2019, zumindest für den stationären Bereich, nicht mehr.

Wenn Daten bezogen auf das Modul NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Nenner der Indikatoren aus. Bei Leistungserbringern, für die Zählerfälle vorliegen, bedeutet jeder fehlende Nennerfall eine Verzerrung, die zu einem falsch erhöhten Ergebnis führt. Fehlen Daten bezogen auf das Modul NWIWI, kann sich dies auch auf die Zählerfälle auswirken.

Für die Jahre 2018 und 2019 ergeben sich entsprechend Verzerrungen in den Indikatoren zu stationären Operationen bezogen auf Fälle, die in die Nenner der Indikatoren eingehen. In den Indikatoren zu ambulanten Operationen ergeben sich darüber hinaus auch Verzerrungen, die zu weniger Zählerfällen führen.

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten sowie die Angaben zur Vollzähligkeit für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 dar. Die QS-Dokumentation erfolgt

ausschließlich durch Krankenhäuser. Die so ermittelten Informationen zu postoperativen Wundinfektionen werden jedoch auch mit ambulanten Tracer-Operationen, auch aus dem niedergelassenen Bereich, verknüpft.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Krankenhaus 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 Erfassungsjahr 2018 wurden dem IQTIG insgesamt 392.906 Datensätze zum Erfassungsmodul für die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) übermittelt. Die Vollständigkeit lag dabei bei 88,13 %. In 111.508 der Bögen (28,4 %) wurde angegeben, dass bei der jeweiligen Patientin bzw. dem jeweiligen Patienten eine postoperative Wundinfektion vorlag.

Für das Erfassungsjahr 2019 wurden dem IQTIG insgesamt 305.680 Datensätze aus dem Erfassungsmodul für die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) übermittelt. Dabei lag die Vollständigkeit bei 96,27 %. In 94.416 Bögen (30,9 %) wurde angegeben, dass eine postoperative Wundinfektion vorlag. Die im Vergleich zum Erfassungsjahr 2018 geringere Anzahl übermittelter Dokumentationsbögen im Erfassungsjahr 2019 geht vor allem auf die Streichung von Kodierungen der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD) im QS-Filter des Erfassungsmoduls NWIF zurück, die seitens des IQTIG und des sektorenübergreifenden Expertengremiums als zu unspezifisch für die Auslösung von QS-Dokumentationsbögen eingeschätzt wurden.

Aufgrund dessen besteht eine eingeschränkte Vergleichbarkeit zwischen den Indikatorergebnissen der Erfassungsjahre 2018 und 2019.

Tabelle 3: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation) (EJ 2018 und 2019)

| | Erfassungsjahr 2018 | | | Erfassungsjahr 2019 | | |
|--|---------------------|----------|----------------------|---------------------|----------|----------------------|
| | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
| eingegangene Datensätze Bund (gesamt) | 392.906 | 401.608 | 88,13 | 305.680 | 317.534 | 96,27 |
| Anzahl Krankenhäuser Bund (gesamt) | 1.399 | 1.449 | 96,55 | 1.382 | 1.605 | 86,10 |

Übermittelte Datensätze zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum Erfassungsjahr 2020

Im Erfassungsjahr 2020 ist die Anzahl der übermittelten QS-Datensätze zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen um 6,37 % gesunken (EJ 2019: 305.680; EJ 2020: 286.205; siehe Tabelle 4). Die Anzahl der QS-Datensätze, in denen eine diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektion vorlag, ist um 14,52 % gesunken (EJ 2019: 94.416, EJ 2020: 80.704).

Tabelle 4: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (der fallbezogenen QS-Dokumentation) (EJ 2020)

| | Erfassungsjahr 2020 | | |
|--|---------------------|----------|----------------------|
| | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
| eingegangene Datensätze Bund (gesamt) | 286.205 | 298.600 | 95,85 |
| Anzahl Krankenhäuser Bund (gesamt) | 1373 | 1.409 | 97,44 |

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 361.834 Datensätze zu Fällen mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIWI) von Patientinnen und Patienten an das IQTIG übermittelt, die im Kalenderjahr 2019 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Für 93.869 der 94.416 Fälle (99,4 %), 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 33.357 Fälle (10,9 % aller NWIF-Fälle) mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden. Die Verknüpfungen werden – je nach Operationsdatum des Tracer-Eingriffes – in den Qualitätsindikatoren 2018 bzw. 2019 berücksichtigt.

Es zeigt sich, dass die Anzahl der übermittelten Datensätze aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zu den aufgetretenen Wundinfektionen (NWIWI 361.834) deutlich höher ist als die erwartete Anzahl an Datensätzen aus der QS-Dokumentation im Krankenhaus (NWIF: 317.534). Die Ursache dieser Diskrepanz wird das IQTIG prüfen.

Die nachfolgende Tabelle 5 stellt die Anzahl der Tracer-Eingriffe dar, die insgesamt übermittelt wurden und in den Nenner der Qualitätsindikatoren eingegangen sind.

Tabelle 5: Anzahl der Tracer-Eingriffe in den Erfassungsjahren 2018 und 2019

| | Anzahl übermittelter Tracer-Eingriffe (NWITR) 2018 | Anzahl übermittelter Tracer-Eingriffe (NWITR) 2019 |
|---|--|--|
| stationär operierende Krankenhäuser | 2.316.565 | 2.318.400 |
| ambulant operierende Krankenhäuser | 162.255 | 163.057 |
| Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/ MVZ/Praxen | 452.577 | 482.451 |
| ambulant operierende Leistungserbringer (gesamt) | 614.832 | 645.508 |
| Bund (gesamt) | 2.931.397 | 2.963.908 |

2.2 Risikoadjustierung

Die Entwicklung einer Risikoadjustierung für die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen ist für die Auswertung im Jahr 2022 vorgesehen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der aktuelle Bericht beinhaltet erstmals die Ergebnisse zu den sozialdatenbasierten Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektion für das QS-Verfahren *QS WI* sowie zu den Transparenzkennzahlen „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“ nach ambulanten bzw. stationären Operationen. Aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 sind im aktuellen Bericht keine Ergebnisse zu den Indikatoren und Transparenzkennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement enthalten.

Aufgrund der im Abschnitt 2.1 erläuterten Probleme werden die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 nicht dargestellt und für die Indikatoren zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 werden keine Referenzbereiche vom IQTIG empfohlen.

2.3.1 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

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-Eingriffe stammen aus den Fachgebieten 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) aus-

gelöst, 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 anhand des aus der Krankenversicherungsnummer generierten Patientenpseudonyms 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 dem Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion auch um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Entsprechend werden nur postoperative Wundinfektionen berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Diese Information 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 gewonnene Gesamtzahl der im jeweiligen Jahr durchgeführten 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-Filter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören könnten, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Code gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein QS-Filter genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser QS-Filter löste im Erfassungsjahr 2019 305.680-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. Im Erfassungsjahr 2019 wurde diese Frage 108.122-mal 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 jährlich zwar ca. 300.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Indikatoren 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) erfolgen muss. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich dokumentiert 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, 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 jeweilige Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.

Die 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 (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.

Das Expertengremium des IQTIG für dieses Verfahren schätzt die aktuellen Indikatorergebnisse als durchaus valide ein und geht aufgrund eines stichprobenartigen Vergleichs der Ergebnisse mit den Ergebnissen von OP-KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System häufiger oder besonders relevanter stationärer Operationen; NRZ 2018) davon aus, dass dies ein Hinweis darauf sein kann, dass die Ergebnisse im QS-Verfahren QS WI weder stark über- noch unterschätzt werden (siehe Tabelle 6 und Tabelle 7). Die z. T. unterschiedlichen Ergebnisse können z. B. daraus resultieren, dass die OP-KISS-Teilnahme freiwillig ist und Krankenhäuser auch nur mit einzelnen Stationen daran teilnehmen können. Im Gegensatz dazu werden die Daten des QS-Verfahrens QS WI mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen und verpflichtender QS-Dokumentation der Wundinfektionen flächendeckend erhoben. Weiterhin ist eine systematische Nachverfolgung von Patientinnen und Patienten nach Entlassung in OP-KISS nicht vorgesehen. Im QS-Verfahren werden jedoch systematisch auch Wundinfektionen mit Tracer-Operationen verknüpft, wenn diese Informationen bei unterschiedlichen Leistungserbringern dokumentiert worden sind. Ein weiterer Unterschied betrifft die Ergebnisdarstellung: Die OP-KISS-Ergebnisse beziehen sich aktuell auf drei Jahre (2017 – 2019) und die QS-Darstellung auf ein Erfassungsjahr (2019).

Die in Tabelle 6 und Tabelle 7 dargestellten Operationen wurden für den Vergleich ausgewählt, da sie häufig durchgeführt werden, verschiedene Fachbereiche repräsentieren und sie sowohl im Verfahren QS WI als auch bei OP-KISS betrachtet werden. Darüber hinaus wurden nur Operationen ausgewählt, die rein stationär durchgeführt werden, um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

Tabelle 6: Ergebnisse QS WI (EJ 2019)

| Eingriff | Anzahl Eingriffe | Anzahl Wundinfektionen | % |
|--|------------------|------------------------|------|
| Cholezystektomie laparoskopisch | 97.872 | 797 | 0,81 |
| Appendektomie laparoskopisch | 51.908 | 290 | 0,56 |
| offen | 2.186 | 110 | 5,03 |

| Eingriff | Anzahl Eingriffe | Anzahl Wundinfektionen | % |
|---|------------------|------------------------|------|
| Verschluss Hernia inguinalis offen und laparoskopisch | 56.033 | 123 | 0,22 |
| Resektion des Kolons | 51.418 | 3.821 | 7,43 |
| Mammachirurgie | 92.640 | 808 | 0,87 |
| Knieendoprothesen – Erstimplantation | 149.502 | 723 | 0,48 |

Tabelle 7: Ergebnisse OP-KISS (2017 – 2019)

| Eingriff | Anzahl Eingriffe | Anzahl Wundinfektionen | % |
|---|------------------|------------------------|------|
| Cholezystektomie laparoskopisch | 59.577 | 595 | 1 |
| Appendektomie laparoskopisch | 8.063 | 66 | 0,82 |
| offen | 130 | 10 | 7,69 |
| Verschluss Hernia inguinalis offen und laparoskopisch | 23.078 | 48 | 0,21 |
| Resektion des Kolons | 36.327 | 2.923 | 8,05 |
| Mammachirurgie | 36.321 | 323 | 0,88 |
| Knieendoprothesen – Erstimplantation | 141.559 | 572 | 0,40 |

Im Folgenden werden eine Übersicht über die Indikator- und Transparenzkennzahlenergebnisse für die Erfassungsjahre 2019 und 2018 (Tabelle 8 und Tabelle 9) und die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen dargestellt. Da für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt worden sind und außerdem auch keine Risikoadjustierung entwickelt werden konnte, sind Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit der Indikatorergebnisse eingeschränkt. Das IQTIG empfiehlt aufgrund dessen im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche. Stellungnahmeverfahren können nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden.

Tabelle 8: Vergleich der Ergebnisse für die Indikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (EJ 2019 vs. EJ 2018)

| ID | Indikator | Ergebnis 2019 (Referenz- bereich ¹) | Ergebnis 2018 ⁴ | Tendenz |
|---|--|---|-------------------------------|-------------|
| Indikatoren und Transparenzkennzahl zur Ergebnisqualität | | | | |
| 1500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 0,10 % (-) | 0,11 % | unverändert |
| 1501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | 0,15 % (-) | 0,15 % | unverändert |
| 1502 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 0,00 % (-) | 0,00 % | unverändert |
| 1503 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | 0,00 % (-) | 0,00 % | unverändert |
| 332000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) | 0,00 % (-) | 0,21 % | unverändert |

¹ Keine Referenzbereiche empfohlen.

Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse für die Indikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (EJ 2019 vs. EJ 2018)

| ID | Indikator | Ergebnis 2019 (Referenz- bereich ¹) | Ergebnis 2018 ⁴ | Tendenz |
|---|---|---|-------------------------------|-------------|
| Indikatoren und Transparenzkennzahl zur Ergebnisqualität | | | | |
| 2500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 1,68 % (-) | 1,65 % | unverändert |

⁴ Das Vorjahresergebnis wird wenn möglich auf Grundlage der Daten des Vorjahres mit den Rechenregeln des Jahres 2019 berechnet.

| ID | Indikator | Ergebnis 2019 (Referenz- bereich ¹) | Ergebnis 2018 ⁴ | Tendenz |
|--------|---|---|-------------------------------|-------------|
| 2501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | 1,08 % (-) | 1,08 % | unverändert |
| 2502 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 1,11 % (-) | 1,11 % | unverändert |
| 2503 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | 0,86 % (-) | 0,87 % | unverändert |
| 2504 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 0,01 % (-) | 0,02 % | unverändert |
| 2505 | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | 0,01 % (-) | 0,02 % | unverändert |
| 342000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) | 8,17 % (-) | 8,10 % | unverändert |

¹ Keine Referenzbereiche empfohlen.

2.3.1.1 Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant

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

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Das Indikatorergebnis liegt im Erfassungsjahr 2019 leicht unter dem des Erfassungsjahres 2018 (2018 = 0,1078 %; 2019 = 0,1001 %; Tabelle 10).

Die mit Abstand meisten ambulanten Operationen ohne Implantat wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie erfasst (484.752 von 597.336 Operationen; 81,15 %; Tabelle 11). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von 0,08 % in dieser Fachrichtung hat daher eine stär-

kere Gewichtung bei der Berechnung der Wundinfektionsrate des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten Wundinfektionen traten nach urologischen (0,36 %) und nach (allgemein-)chirurgischen Operationen (0,26 %) auf.

Tabelle 10: Detailergebnisse für den QI 1500

| | | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich |
|----------|----|---------------------|--------------|-----------------------|
| ambulant | VÄ | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 302 / 425.254 | 2018: 0,07 % | 2018: 0,06 % – 0,08 % |
| | | 2019: 264 / 453.400 | 2019: 0,06 % | 2019: 0,05 % –0,07 % |
| | KH | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 301 / 134.006 | 2018: 0,22 % | 2018: 0,20 % – 0,25 % |
| | | 2019: 324 / 133.936 | 2019: 0,24 % | 2019: 0,22 % – 0,27 % |
| Bund | | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 603 / 559.260 | 2018: 0,11 % | 2018: 0,10 % – 0,12 % |
| | | 2019: 588 / 587.336 | 2019: 0,10 % | 2019: 0,09 % – 0,11 % |

Tabelle 11: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 1500

| Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--|------------------------|
| Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) – Fachgebiete gesamt | 0,10 % 588/587.336 |
| Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 0,26 % 60/23.491 |
| Gefäßchirurgie | 0,19 % 102/52.478 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 0,08 % 19/25.148 |
| Plastische Chirurgie | 0,14 % 11/7.910 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,08 % 394/484.752 |
| Urologie | 0,36 % 14/3.851 |

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

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (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. Das Indikatorergebnis lag im Erfassungsjahr 2018 bei 0,15 % und im Erfassungsjahr 2019 bei 0,15 % (Tabelle 12). Wie beim Indikator 1500 (ohne Implantat) traten auch nach ambulanten Operationen mit Implantat am Krankenhaus (0,22 %) häufiger Wundinfektionen auf als bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (0,08 %). Im Vergleich zum Vorjahr liegt die Wundinfektionsrate in den ambulant operierenden Krankenhäusern leicht über dem Vorjahreswert (2018 = 0,20 %) und bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten leicht unter dem Vorjahreswert (2018 = 0,10 %).

Die meisten ambulanten Operationen mit Implantat wurden im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie durchgeführt (49,663 von 53,806 Operationen; 92,30 %; Tabelle 13). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von 0,14 % hat daher eine starke Gewichtung bei der Berechnung des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen in dem Indikator 1501 wurden nach gefäßchirurgischen Operationen festgestellt (5,26 %), wobei in diesem Bereich sehr wenige Operationen erfasst wurden (n = 19).

Tabelle 12: Detailergebnisse für den QI 1501

| | | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich |
|----------|----|-------------------|--------------|-----------------------|
| ambulant | VÄ | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 26 / 24.958 | 2018: 0,10 % | 2018: 0,07 % – 0,15 % |
| | | 2019: 21 / 26.719 | 2019: 0,08 % | 2019: 0,05 % – 0,12 % |
| | KH | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 52 / 26.182 | 2018: 0,20 % | 2018: 0,15 % – 0,26 % |
| | | 2019: 60 / 27.087 | 2019: 0,22 % | 2019: 0,17 % – 0,28 % |
| Bund | | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 78 / 51.140 | 2018: 0,15 % | 2018: 0,12 % – 0,19 % |
| | | 2019: 81 / 53.806 | 2019: 0,15 % | 2019: 0,12 % – 0,19 % |

Tabelle 13: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 1501

| Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--|------------------------|
| Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) – Fachgebiete gesamt | 0,15 % 81/53.806 |
| Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 0,24 % 7/2.922 |

| Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|------------------------------|------------------------|
| Gefäßchirurgie | 5,26 % ≤3/19 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 1,96 % ≤3/51 |
| Plastische Chirurgie | 0,26 % 5/1.933 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,14 % 68/49.663 |
| Urologie | 0,00 % ≤3 |

Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 1502)

Dieser Qualitätsindikator erfasst Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (A1 bis A3) mit MRSA, die innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. In den Erfassungsjahren 2018 und 2019 betraf dies nur sehr wenige Fälle (2018 = ≤ 3 / 559.260, 0,0004 %; 2019: 4 / 587.336, 0,0007 %; Tabelle 14).

Tabelle 14: Detaillierergebnisse für den QI 1502

| | | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich |
|----------|----|---------------------|--------------|-----------------------|
| ambulant | VÄ | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: ≤ 3 / 425.254 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,00 % |
| | | 2019: ≤ 3 / 453.400 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,00 % |
| | KH | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: ≤ 3 / 134.006 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,00 % |
| | | 2019: ≤ 3 / 133.936 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,01 % |
| Bund | | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: ≤ 3 / 559.260 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,00 % |
| | | 2019: 4 / 587.336 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,00 % |

Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) (ID 1503)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) mit MRSA erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. In den Erfassungsjahren 2018 und 2019 wurden keine dieser Fälle detektiert (Tabelle 15).

Tabelle 15: Detailergebnisse für den QI 1503

| | | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich |
|----------|----|------------------|--------------|-----------------------|
| ambulant | VÄ | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 0 / 24.958 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,02 % |
| | | 2019: 0 / 26.719 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,01 % |
| | KH | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 0 / 26.182 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,01 % |
| | | 2019: 0 / 27.087 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,01 % |
| Bund | | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 0 / 51.140 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 0,01 % |
| | | 2019: 0 / 53.806 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,01 % |

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

Im Entwicklungsbericht zum QS-Verfahrens QS WI wurde empfohlen keinen Qualitätsindikator zur Sterblichkeit zu entwickeln, da ein inhaltlicher Bezug zwischen Operation und Versterben nicht immer gegeben ist. 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 hoch relevant sein, wenn ein inhaltlicher Zusammenhang zu einer Wundinfektion besteht. Stellungnahmeverfahren oder Veröffentlichungen auf Leistungserbringerebene sind nicht vorgesehen. Für diese Transparenzkennzahl muss außerdem kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand betrieben werden, so dass jeder zusätzliche Nutzen dieser Transparenzkennzahl keinerlei zusätzlichen Aufwand für die Leistungserbringer gegenübersteht.

Zu dieser Transparenzkennzahl wurden für die Erfassungsjahr 2018 gleich oder weniger als drei und 2019 keine Fälle erfasst (Tabelle 16).

Tabelle 16: Detailergebnisse für den die Transparenzkennzahl 332000

| | | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich |
|----------|----|-----------------|--------------|-----------------------|
| ambulant | VÄ | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: ≤ 3 / 251 | 2018: 0,40 % | 2018: 0,07 % – 2,22 % |
| | | 2019: 0 / 218 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 1,73 % |
| | KH | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: 0 / 223 | 2018: 0,00 % | 2018: 0,00 % – 1,69 % |
| | | 2019: 0 / 230 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 1,64 % |
| Bund | | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | | 2018: ≤ 3 / 474 | 2018: 0,21 % | 2018: 0,04 % – 1,19 % |
| | | 2019: 0 / 448 | 2019: 0,00 % | 2019: 0,00 % – 0,85 % |

2.3.1.2 Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär

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

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Das Indikatorergebnis liegt im Erfassungsjahr 2019 leicht über dem Vorjahresergebnis: im Erfassungsjahr 2018 traten bei 21.618 von 1.307.426 Operationen (1,65 %) dieser Art postoperative, stationär behandlungsbedürftige Wundinfektionen (A1 bis A3) auf und im Erfassungsjahr 2019 bei 21.839 von 1.302.713 Operationen (1,68 %; Tabelle 17). Somit sind bei leicht gesunkener Anzahl durchgeführter Operationen (n = -4.713) mehr Wundinfektionen (n = +221) aufgetreten. Die Grundgesamtheit ist bezogen auf die betrachteten Fachgebiete in diesem Indikator sehr heterogen (Tabelle 18).

Tabelle 17: Detailergebnisse für den QI 2500

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|------|--------------------------|--------------|-----------------------|
| Bund | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | 2018: 21.618 / 1.307.426 | 2018: 1,65 % | 2018: 1,63 % – 1,68 % |
| | 2019: 21.839 / 1.302.713 | 2019: 1,68 % | 2019: 1,65 % – 1,70 % |
| | | | |

Tabelle 18: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 2500

| Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--|----------------------------|
| Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) – Fachgebiete gesamt | 1,68 % 21.839/1.302.713 |
| Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 3,64 % 13.863/380.835 |
| Gefäßchirurgie | 2,37 % 2.489/105.123 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 0,79 % 3.902/495.190 |
| Herzchirurgie | 2,65 % 863/32.617 |
| Plastische Chirurgie | 0,72 % 584/81.344 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,39 % 1.008/259.707 |
| Urologie | 1,94 % 1.873/96.561 |

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

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Das Indikatorergebnis lag sowohl im Erfassungsjahr 2018 als auch 2019 bei 1,08 % (Tabelle 19). Wie beim Indikator 2500 ist auch bei diesem Indikator die Grundgesamtheit bezogen auf die betrachteten Fachgebiete sehr heterogen (Tabelle 20). Die meisten erfassten Wundinfektionen in diesem Qualitätsindikator betrafen das Fachgebiet Gefäßchirurgie (3,19 %) und die wenigsten das Fachgebiet Urologie (0,66 %).

Tabelle 19: Detailergebnisse für den QI 2501

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|---|---|---|
| Bund | 2017: - / - 2018: 10.814 / 999.870 2019: 10.861 / 1.006.895 | 2017: - 2018: 1,08 % 2019: 1,08 % | 2017: - 2018: 1,06 % – 1,10 % 2019: 1,06 % – 1,10 % |

Tabelle 20: Ergebnisse nach Fachgebieten für den QI 2501

| Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--|----------------------------|
| Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) – Fachgebiete gesamt | 1,08 % 10.861/1.006.895 |
| Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 1,41 % 1.061/75.382 |
| Gefäßchirurgie | 3,19 % 306/9.600 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe | 1,46 % 353/24.137 |
| Herzchirurgie | 0,76 % 1.122/148.544 |
| Plastische Chirurgie | 0,79 % 428/54.107 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie | 1,05 % 8.277/787.621 |
| Urologie | 0,66 % 114/17.323 |

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. Das Indikatorergebnis lag im Erfassungsjahr 2019 bei 1,11 % und hat sich somit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2018 nicht verändert (Tabelle 21).

Tabelle 21: Detailergebnisse für den QI 2502

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|---|---|---|
| Bund | 2017: - / - 2018: 14.512 / 1.307.426 2019: 14.487 / 1.302.713 | 2017: - 2018: 1,11 % 2019: 1,11 % | 2017: - 2018: 1,09 % – 1,13 % 2019: 1,09 % – 1,13 % |

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. Das Indikatorergebnis zum Erfassungsjahr 2019 liegt leicht unter dem Indikatorergebnis des Vorjahres (2018 = 0,87 %; 2019 = 0,86 %; Tabelle 22). Im Erfassungsjahr 2019 gingen mehr Fälle (n = 1.006.895) in die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators ein als im Erfassungsjahr 2018 (n = 999.870), wobei jedoch weniger dokumentationspflichtige Wundinfektionen auftraten als 2018 (2019 = 8.693; 2018 = 8.730).

Tabelle 22: Detailergebnisse für den QI 2503

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|-------------------------|--------------|-----------------------|
| Bund | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | 2018: 8.730 / 999.870 | 2018: 0,87 % | 2018: 0,86 % – 0,89 % |
| | 2019: 8.693 / 1.006.895 | 2019: 0,86 % | 2019: 0,85 % – 0,88 % |

Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) (ID 2504)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) mit MRSA 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 2018 war dies bei 203 von 1.307.426 Operationen der Fall (0,0155 %) und im Erfassungsjahr 2019 bei 166 von 1.302.713 Operationen (0,0127 %) (Tabelle 23).

Tabelle 23: Detailergebnisse für den QI 2504

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| Bund | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | 2018: 203 / 1.307.426 | 2018: 0,02 % | 2018: 0,01 % – 0,02 % |
| | 2019: 166 / 1.302.713 | 2019: 0,01 % | 2019: 0,01 % – 0,01 % |

Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) (ID 2505)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (A1 bis A3) mit MRSA 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 2018 bei 0,0196 % (196 von 999.870) der Fall und im Erfassungsjahr 2019

bei 0,0146 % (147 / 1.006.895; Tabelle 24). Bei einer gestiegenen Anzahl betrachteter Fälle wurden somit weniger Fälle stationär behandelte postoperative Wundinfektionen mit MRSA dokumentiert.

Tabelle 24: Detailergebnisse für den QI 2505

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| Bund | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | 2018: 196 / 999.870 | 2018: 0,02 % | 2018: 0,02 % – 0,02 % |
| | 2019: 147 / 1.006.895 | 2019: 0,01 % | 2019: 0,01 % – 0,02 % |

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 2019 leicht über dem des Erfassungsjahrs 2018 (2018 = 8,10 %; 2019 = 8,17 %; Tabelle 25).

Im Entwicklungsbericht zum QS-Verfahrens QS WI wurde empfohlen keinen Qualitätsindikator zur Sterblichkeit zu entwickeln, da ein inhaltlicher Bezug zwischen Operation und Versterben nicht immer gegeben ist. 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 betrieben werden, sodass jeder zusätzliche Nutzen dieser Transparenzkennzahl keinerlei zusätzlichen Aufwand für die Leistungserbringer gegenübersteht.

Tabelle 25: Detailergebnisse für die Transparenzkennzahl 342000

| | Ergebnis | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| Bund | 2017: - / - | 2017: - | 2017: - |
| | 2018: 1.883 / 23.242 | 2018: 8,10 % | 2018: 7,76 % – 8,46 % |
| | 2019: 1.893 / 23.180 | 2019: 8,17 % | 2019: 7,82 % – 8,53 % |

Bewertung der Indikatoregebnisse

Eine abschließende Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren ist aufgrund der unsicheren Datenlage bisher nicht erfolgt. Da die Ergebnisse sich jedoch im durch das AQUA-Institut geschätzten Rahmen bewegen, trifft die Schätzung, dass ca. 20 – 30 % der Infektionen vermeidbar sind (Gastmeier et al. 2010), vermutlich weiterhin zu.

3 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung (Bericht 2021)

Das IQTIG wurde am 20. September 2018 vom G-BA damit beauftragt, eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung des QS-Verfahrens QS WI der Qesü-RL (abgelöst am 1. Januar 2019 durch die DeQS-RL) durchzuführen (G-BA 2018). Diese wissenschaftliche Begleitung ersetzt gemäß Beschluss während der Erprobungsphase die Evaluation für das Verfahren QS WI im Bundesqualitätsbericht an den G-BA.

Hinsichtlich der folgenden im Beschluss genannten Kriterien soll das IQTIG das QS-Verfahren auf Optimierungsbedarf prüfen.

- Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten und fallbezogene Dokumentation, Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte
- Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung (heterogene Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, Zeitpunkt der Auslösung)
- Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)
- Ausgestaltung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- Aufwand-Nutzen-Relation der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (bspw. Einrichtungen mit geringen Fallzahlen, Indikator zum Sterilgut bei externer Aufbereitung, Händedesinfektionsmittelverbrauch, Sentinel Events)
- Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse
- Rückmeldeberichte nach § 10 Teil 2, Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11 Teil 2, Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL
- Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
- Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14 DeQS-RL

Zur Überprüfung des Optimierungsbedarfs sollen gemäß Auftrag auch Informationen von der Landesebene erhoben werden. 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.

3.1 Erhebung von Informationen von der Landesebene

Den LAG wurde für die Überprüfung des Optimierungsbedarfs am 6. Oktober 2020 der semi-strukturierte Fragebogen zur Erhebung der notwendigen Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften gemäß § 19 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL übermittelt (siehe den Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung in Anhang A des vorliegenden Berichts). Die LAG wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 31. Oktober 2020 an das IQTIG zu übermitteln.

Nach Ablauf der Rückmeldefrist wurde eine Erinnerungs-E-Mail an die LAG verschickt. Am 21. Juli 2021 wurde noch einmal eine Erinnerungs-E-Mail an diejenigen Landesstellen verschickt, die bis zu diesem Zeitpunkt noch keinen Fragebogen übermittelt hatten.

Insgesamt übermittelten 9 LAG einen ausgefüllten Fragebogen an das IQTIG.

3.2 Identifizierte Optimierungs- und Anpassungsbedarfe

Die identifizierten Optimierungsbedarfe werden anhand der definierten Kriterien aus dem Auftrag dargestellt. Es wird darüber hinaus auf grundlegende Probleme bzw. Herausforderungen Bezug genommen, für die schon Lösungen auf den Weg gebracht worden sind.

Teilweise wird von den LAG Optimierungsbedarf beschrieben, der aufgrund der mittlerweile zur Verfügung gestellten Rückmeldeberichte zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nicht mehr aktuell ist. Dieser wurde nicht für diesen Bericht übernommen.

Wenn bei geschilderten Sachverhalten direkter Handlungsbedarf für das IQTIG besteht, wird kurz dargestellt, welche Maßnahmen das IQTIG jeweils ergreifen wird.

3.2.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung

Im Folgenden werden die Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Funktionalität und Praktikabilität der einrichtungsbezogenen und der fallbezogenen QS-Dokumentation dargestellt. Wenn es möglich ist, werden die Optimierungsbedarfe je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl beschrieben.

Das IQTIG hat umfassende Anpassungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation vorgeschlagen, die am 17. Dezember 2020 vom G-BA zur Umsetzung für das Erfassungsjahr 2021 beschlossen worden sind. Diese Anpassungen adressieren eine Vielzahl der Optimierungsbedarfe, die im letzten Bundesqualitätsbericht dargestellt worden sind. Viele der Hinweise von der Landesebene beziehen sich noch auf den alten Stand der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. Diese Hinweise werden hier nicht aufgeführt.

Optimierungsbedarf hinsichtlich der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Allgemein

Folgende Hinweise bezogen auf ggf. vorliegenden Optimierungsbedarf hinsichtlich der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation liegen dem IQTIG vor:

1. Der Umfang der Befragung sei zu groß.
2. Die Verständlichkeit der Fragen sei nicht immer ausreichend und der Interpretationsspielraum zu groß.
 - Bezogen auf die Fragen zur präoperativen Haarentfernung wurde allgemein genannt, dass die Fragen missverständlich seien, ohne dass dies näher ausgeführt wurde. Weiterhin wurde genannt, dass nicht immer klar sei, was ein Klingenrasierer ist, eine Definition fehle.
 - Die Begriffe „Entlassungs- und Überleitungsmanagement“ seien nicht eindeutig/selbsterklärend für Leistungserbringer.
 - Bei den Feldern zur Sterilgutaufbereitung, v. a. bei Aufbereitung durch externen Dienstleister, kam es zu Problemen.
 - Ausfüllen der Felder zu Haupt- und Nebenbetriebsstätten stelle eine Herausforderung dar, da der Ort der Leistungserbringung nicht unbedingt der Haupt-Betriebsstätte entspricht.
3. Eine jährliche Dokumentation sei zu häufig.
4. Die rechtliche Grundlage für einige der Fragen fehle.
5. Falls z. B. erst Mitte des Erfassungsjahres interne Leitlinien eingeführt worden sind, würden Kennzahlsergebnisse dennoch rechnerisch auffällig, obwohl die Probleme bereits gelöst seien, was zu unnötigen Stellungnahmeverfahren führe.
6. Es wird gefordert, dass ein Bewertungsschlüssel für Einrichtungen mit erloschener Betriebsstättennummer eingeführt werde.
7. Teilweise sei Leistungserbringern unklar, warum interne Leitlinien verfasst werden sollen, wenn in einer Einzelpraxis nur ein einzelner Arzt tätig ist.

Einschätzung des IQTIG:

1. Es liegen dem IQTIG keine systematisch erhobenen Daten dazu vor, wie aufwendig die Dokumentation tatsächlich ist, daher ist hierzu keine abschließende Einschätzung möglich. Grundsätzlich gehen das IQTIG und das Expertengremium QS WI davon aus, dass die Beantwortung der ca. 80 Fragen machbar ist.
2. Der Dokumentationsbogen wurde für das Erfassungsjahr 2021 umfassend angepasst, sodass das IQTIG davon ausgeht, dass einige der genannten Herausforderungen adressiert sind. Die Begriffe „Entlassungs- und Überleitungsmanagement“ und „Klingenrasierer“ sind weiterhin enthalten. Diese Begriffe werden dem Expertengremium auf Bundesebene noch einmal zur Diskussion gestellt.
3. Das Expertengremium QS WI unterstützt eine jährliche Dokumentation. Das IQTIG geht davon aus, dass die Dokumentation mit größerer Routine auch weniger aufwendig wird.
4. Das IQTIG kann den Hinweis nicht nachvollziehen. Rechtliche Grundlage für die Fragen der QS-Dokumentation sind die Beschlüsse und Richtlinien des G-BA.

5. Den Punkt wird das IQTIG dem Expertengremium zur Diskussion stellen und ggf. Vorschläge zum weiteren Vorgehen machen.
6. Durch eine Anpassung im Formular zur Sollstatistik wird es ab dem Erfassungsjahr 2021 möglich sein, Leistungserbringer zu kennzeichnen, die die Tätigkeit eingestellt haben. Es liegen bereits Hinweise dazu vor, dass das Einstellen der Tätigkeit genauer definiert werden müsse. Das IQTIG wird dem nachgehen.
7. Das Expertengremium QS WI sieht ein Auseinandersetzen mit wichtigen hygienebezogenen Themen im Rahmen der Erstellung von internen Leitlinien auch dann als wichtig an, wenn nur eine Ärztin bzw. ein Arzt in einer Einrichtung tätig ist.

Optimierungsbedarf hinsichtlich der fallbezogenen QS-Dokumentation

Folgende Hinweise bezogen auf ggf. vorliegenden Optimierungsbedarf hinsichtlich der fallbezogenen QS-Dokumentation liegen dem IQTIG vor:

1. In einem Fall war unklar, ob eine ZVK-assoziierte Infektion eine postoperative Wundinfektion sei.
2. In einem Fall wird von einer weichen Fehlermeldung berichtet (d. h., diese kann durch einen Klick übersprungen werden), die nicht nachvollziehbar war. Die Fehlermeldung wird nicht weiter erläutert. Der Bogen konnte abgeschlossen werden.
3. Es sei Leistungserbringern nicht immer klar, was eine Tracer-Operation sei. Teilweise würden Tracer-Operationen mit den zu dokumentierenden Wundinfektionen verwechselt.
4. Ein Softwarefehler, der dazu führt, dass ein Bogen ausgelöst wird, obwohl die notwendigen Filterbedingungen nicht erfüllt sind, ist offenbar in sehr wenigen Fällen noch aufgetreten.
5. Bezüglich des Ausfüllhinweises zu Feld 12 bei NWIF wird ein Widerspruch beschrieben: Muss bei einer Infektion nach einer transrektalen OP „ja“ oder „nein“ angegeben werden? Eine transrektale Schnitt-Operation ist doch auch eine Operation durch eine natürliche Körperöffnung.
6. Es sei nicht ausreichend klar, wie das Vorgehen der Dokumentation im Falle einer Abrechnung über das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltsystem) geregelt sei. Im Ausfüllhinweis zu Feld 7 würde nur auf das System mit diagnosebezogenen Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*; DRG-System) Bezug genommen. Unklar sei auch, wie damit umzugehen ist, wenn ein Fall innerhalb eines Aufenthalts vom DRG- ins PEPP-System (wenn die Patientin oder der Patient z. B. in die Psychiatrie verlegt wird) wechselt. Es wird um eine Anpassung des Ausfüllhinweises gebeten.
7. Bezogen auf die Angabe des Aufnahmedatums wird im NWIF-Bogen wird gefragt, ob es eine einfachere Abfrage gebe.
8. Es gebe Unsicherheiten bei der Definition von postoperativen Wundinfektionen.
9. Im Dokumentationsbogen werde ein Sepsisbegriff genutzt, der nicht gleich der kodierbaren Sepsis gemäß Kodier-Richtlinie sei. Dies solle für Verwirrung sorgen.
10. Es wird darauf hingewiesen, dass das Feld 2 „besonderer Personenkreis“ nicht aus den medizinischen Daten gewonnen werden könne.

11. Die Auslösung erfolgte anhand zahlreicher Diagnosekodes, die für einen Wundinfekt im Kontext einer postoperativen Wundinfektion nicht spezifisch sind und bei denen es sich auch um keine postoperative Wundinfektion gehandelt hat.
12. In einem Fall wird im Zusammenhang mit der Verschlüsselung der Daten von Problemen mit einem Softwarehersteller berichtet.

Einschätzung des IQTIG:

1. Aus den Ausfüllhinweisen zur fallbezogenen QS-Dokumentation geht hervor, dass die Dokumentation von postoperativen Wundinfektionen sich an den Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) orientiert. ZVK-assoziierte Infektionen sind gemäß der KISS-Definitionen keine postoperativen Wundinfektionen.
2. Ohne konkretere Angaben kann das IQTIG diesem Hinweis nicht nachgehen.
3. Das IQTIG geht davon aus, dass solche Fragestellungen über die Zeit mit steigender Lernkurve weniger auftauchen.
4. Zu Softwarefehlern wurde zum Start des Verfahrens noch deutlich häufiger berichtet. Das IQTIG geht davon aus, dass es sich noch um wenige Einzelfälle handelt.
5. Die Formulierung, auf die hier Bezug genommen wird, wurde für das Erfassungsjahr 2022 angepasst.
6. Das IQTIG wird diesen Hinweis prüfen und ggf. Anpassungsvorschläge machen.
7. Das Aufnahmedatum wird für die Auswertung zwingend benötigt. Das IQTIG empfiehlt eine automatisierte Übernahme des Datums aus dem Krankenhausinformationssystem.
8. In den Ausfüllhinweisen sind die zu nutzenden KISS-Definitionen ausführlich beschrieben.
9. Im Bogen kommen die KISS-Definitionen zur Anwendung. Auch wird der Sepsisbegriff der KISS-Definitionen genutzt.
10. Das Feld zum besonderen Personenkreis ist kein QS-WI-spezifisches Feld, sondern wird übergreifend genutzt. Das IQTIG geht bei diesem Hinweis von einem Einzelfall aus.
11. Der Filter zum Modul NWIF ist so angelegt, dass er möglichst spezifisch, aber auch möglichst sensitiv für nosokomiale postoperative Wundinfektionen ist. Die Codes werden regelmäßig auf Optimierbarkeit geprüft. Mit jedem Code, der für die Auslösung gestrichen wird, können Wundinfektionen verloren gehen, weshalb ein vorsichtiger Umgang beim Streichen von auslösenden Codes angezeigt ist.
12. Auf von der Spezifikation unabhängige Probleme mit der Dokumentationssoftware hat das IQTIG keinen Einfluss.

3.2.2 Optimierungsbefund hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren, der dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse

Folgende Hinweise bezogen auf Qualitätsindikatoren, der dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse liegen dem IQTIG vor:

1. Die Rechenregeln zur Berechnung der einzelnen Kennzahlen seien sehr komplex und teilweise nicht nachvollziehbar bzw. setzten eine zeitaufwendige Befassung mit den Rechenregeln voraus.

2. Zu den Kennzahlen zur Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen und zur Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikainitialtherapie in ambulanten Einrichtungen wird dargestellt, dass diese nicht bei sämtlichen Leistungserbringern zuträfen, da bei den Tracer-Operationen, die von diesen Leistungserbringern durchgeführt werden, keine Antibiotikagabe erforderlich sei.
3. Die Kennzahl zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement träfe dann nicht zu, wenn ein Leistungserbringer in allen Fällen die postoperative Weiterbehandlung selbst übernimmt.
4. Die Auswertungen der Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sollten überarbeitet werden, damit ein Leistungserbringer, bei dem keine Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen erhoben wurden, nicht genauso gewertet wird, wie ein Leistungserbringer, bei dem kein Personal geschult worden ist.
5. Der Indikator zum Händedesinfektionsmittelverbrauch ist aufgrund methodischer Schwächen gestrichen worden. Falls möglich, wäre die Entwicklung eines neuen Indikators zu diesem Qualitätsaspekt wünschenswert.
6. Es gibt Fragen zur methodischen Eignung des Indexindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Einschätzung des IQTIG:

1. Das IQTIG wird für die Rechenregeln eine Lesehilfe zur Verfügung stellen.
2. Der Bogen wurde für das Erfassungsjahr 2021 angepasst. Die Fragen, die hier angesprochen werden, wurden ebenfalls überarbeitet.
3. Das IQTIG geht davon aus, dass kein Leistungserbringer mit absoluter Sicherheit im Voraus weiß, ob sämtliche Patientinnen und Patienten auch in der eigenen Einrichtung weiterbehandelt werden. Das Thema wird dennoch dem Expertengremium QS WI zur Diskussion gestellt.
4. Mit der Rechenregel ist intendiert, dass Leistungserbringer, die keine Daten zur Beantwortung der Frage erheben, denjenigen gleichgestellt werden, die keine Schulungen durchführen. Wenn keine Daten erhoben wurden, ist eine Prüfung der tatsächlichen Schulungsrate nicht möglich. Daher wird der schlechteste Fall von 0 % angenommen. Würde ein höherer Wert angenommen, könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer, die ihre Schulungsrate nicht dokumentieren solchen Leistungserbringern gegenüber bessergestellt werden, die zwar dokumentieren, aber eine geringe Schulungsrate aufweisen.
5. Das IQTIG wird zusammen mit dem Expertengremium QS WI beraten, ob ein alternativer Indikator entwickelt werden kann.
6. Das IQTIG wird die methodische Eignung des Indexindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement prüfen und ggf. Vorschläge zum weiteren Vorgehen machen.

3.2.3 Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene QS-Dokumentation

Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 361.834 Fälle übermittelt mit einer potenziellen postoperativen Wundinfektion bei Fällen mit einer Aufnahme im Jahr 2019. Es wurden von Krankenhäusern zum gleichen Jahr 305.680 Dokumentationsbögen übermittelt, was einem

Anteil von 84,5 % entspricht. In 94.416 Dokumentationsbögen wurde die Frage nach dem Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion mit „ja“ beantwortet.

Im gesamten Zeitraum, in dem bezogen auf das Indexjahr 2019 Fälle mit Wundinfektion verknüpft werden können (01.01.2019 – 29.03.2020), wurden 115.900 Bögen übermittelt, in denen die Frage nach dem Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion mit „ja“ beantwortet wurde. Zu diesen Fällen sollen in den Sozialdaten ggf. zugehörige Tracer-Operationen identifiziert werden. Voraussetzung dazu ist, dass dieselben Fälle bezogen auf das Erfassungsmodul NWIWI übermittelt werden. In 96,3 % der Fälle war eine Verknüpfung der QS-Dokumentationsdaten mit Daten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich. Das IQTIG schätzt diesen Wert als gut ein und geht davon aus, dass dieser sich in den nächsten Jahren noch verbessern wird.

In 45.226 Fällen wurde mindestens ein Tracer-Eingriff im Follow-up-Zeitraum gefunden. In Qualitätsindikatoren gezählt (2018 oder 2019) wurden 33.357 Fälle. In 3.381 Fällen wurde die Wundinfektion bei einem anderen Leistungserbringer dokumentiert als derjenige, bei dem die Tracer-Operation durchgeführt wurde.

3.2.4 Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Es liegen keine Hinweise auf Optimierungsbedarf bezüglich der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen vor.

3.2.5 Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte

Teilweise wird eine frühere Bereitstellung der Rückmeldeberichte vor dem 30. Juni gefordert, um eine angemessen hohe Qualität des Stellungnahmeverfahrens zu gewährleisten.

Der derzeitige Termin zur Bereitstellung der Rückmeldeberichte kann durch das IQTIG gehalten werden.

3.2.6 Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung

Optimierungsbedarf der QS-Auslösung stationär (fallbezogen)

Seit Beginn des Verfahrens ist die Spezifikation von einigen Softwareherstellern in einem Punkt nicht korrekt umgesetzt worden, was zur Folge hatte, dass der Bogen auch dann ausgelöst wurde, wenn nur Teilbedingungen des Filters erfüllt waren. Über diesen Sachverhalt wurden die Softwarehersteller informiert. Von einer LAG wurde berichtet, dass dieses Problem bei mindestens einem Krankenhaus weiterhin bestand.

Einschätzung des IQTIG:

Das IQTIG geht hierbei noch von wenigen Einzelfällen aus, da sonstige Rückmeldungen zu dieser Thematik nicht übermittelt wurden.

Optimierungsbedarf der QS-Auslösung (einrichtungsbezogen)

Zurückgemeldete Hinweise auf Optimierungsbedarfe:

1. Es wird infrage gestellt, ob der Aufwand gerechtfertigt sei, wenn ein Leistungserbringer den Bogen ausfüllen muss, auch wenn nur ein Tracer-Eingriff hierfür ursächlich ist. Es wird vorgeschlagen, einen Fall pro Quartal als Minimum zu definieren. Wobei schon darauf hingewiesen wird, dass für die Auslösung nur die jeweils ersten beiden Quartale betrachtet werden.
2. Es sei unklar, wie hoch die Anzahl der Eingriffe je Leistungserbringer sei. Eine LAG hat diese Frage als Zusatzfrage in der Anforderung zur Stellungnahme gestellt.
3. Die Tätigkeit umfasse ggf. nicht das gesamte Bezugsjahr aufgrund von personellen und organisatorischen Veränderungen.
4. Wenn ein Leistungsbringer ambulante und stationäre Tracer-Eingriffe durchführt, müssen derzeit zwei Dokumentationsbögen mit ähnlichen Fragen ausgefüllt werden. Eine Zusammenlegung der Bögen, sodass in diesen Fällen nur ein Bogen dokumentiert werden muss, wäre effizienter.

Einschätzung des IQTIG:

1. Das IQTIG wird diesen Punkt dem Expertengremium QS WI zur Diskussion stellen.
2. Das IQTIG sieht keinen Zusammenhang zwischen den einrichtungsbezogenen Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement und der Anzahl der Eingriffe je Leistungserbringer.
3. Sollte ein Leistungserbringer seine Tätigkeit einstellen, so kann dies im neuen Formular zur Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2021 angegeben werden. Gegebenenfalls sind insbesondere im Hinblick auf organisatorische Veränderungen weitere Ausschlüsse von der Dokumentationspflicht empfehlenswert. Dies wird das IQTIG prüfen.
4. Die Zusammenlegung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation NWIEA und NWIES wäre unter aktuellen Voraussetzungen zum Erfassungsjahr 2023 möglich, wenn ein entsprechender Auftrag erfolgt. Voraussetzung hierfür wäre jedoch, dass die Fragen allgemein formuliert und die spezifischen Bedingungen der Leistungserbringung (z. B. Krankenhaus stationär, MVZ, Praxis mit AOP-Zentrum) im jeweiligen Ausfüllhinweis dargestellt sind.

3.2.7 Optimierungsbedarfe bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation und des Datenexports

Es liegt die Rückmeldung vor, dass Software-Filter-Einstellungen dazu geführt haben, dass zu wenige NWIF-Bögen dokumentiert und übermittelt worden sind.

Einschätzung des IQTIG:

Das IQTIG geht davon aus, dass die Softwarehersteller die Filterprobleme nach und nach adressieren werden. Fehlende Fälle werden über die Sollstatistik identifiziert und führen zu Stellungnahmeverfahren.

3.2.8 Zeitpunkt der Auslösung

Bezogen auf den Zeitpunkt der Auslösung liegen keine Hinweise auf Optimierung vor.

3.2.9 Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)

Zurückgemeldete Hinweise auf Optimierungsbedarfe:

1. Zur Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung wird berichtet, dass diese insbesondere dann eine Herausforderung sei, wenn mehrere unterschiedliche Leistungserbringer in einer Einrichtung operieren, z. B. in AOP-Zentren oder in externen angemieteten OPs in Krankenhäusern.
2. Die Frage nach der Verpflichtung zum Stellungnahmeverfahren sei nicht geklärt, wenn ein Wechsel der Betriebsstätte bzw. der Betriebsstättennummer nach erfolgter einrichtungsbezogener Dokumentation und vor Beginn des Stellungnahmeverfahrens erfolgt sei.

Einschätzung des IQTIG:

1. Der Dokumentationsbogen wurde für das Erfassungsjahr 2021 umfassend überarbeitet. In der aktualisierten Fassung ist klarer definiert, wie bei welcher Konstellation der Leistungserbringung zu dokumentieren ist. Dabei wird der Aufwand für Leistungserbringer, die in AOP-Zentren oder an Krankenhäusern operieren, jedoch erhöht bleiben, da bestimmte Informationen zunächst vom AOP-Zentrum abgefragt werden müssen. Da es sich hierbei jedoch um qualitätsrelevante Informationen handelt, die nur einmal pro Jahr dokumentiert werden müssen, liegt dieser Aufwand nach Einschätzung des IQTIG in einem angemessenen Rahmen. Weiterhin ist davon auszugehen, dass sich standardisierte Prozesse zu Datenübermittlung etablieren werden, die diesen Aufwand noch einmal reduzieren.
2. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt prüfen und ggf. Empfehlungen zum Umgang abgeben.

3.2.10 Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Die LAG wurden im semistrukturierten Fragebogen gebeten, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation einzuschätzen (Tabelle 26). Die Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird einmal als ausgeglichen, einmal als schlecht und zweimal als sehr schlecht eingestuft. Fünfmal wurde die Frage nicht beantwortet.

Tabelle 26: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

| sehr gut | gut | ausgeglichen | schlecht | sehr schlecht | keine Antwort |
|----------|-----|--------------|----------|---------------|---------------|
| 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 |

Es wurde zurückgemeldet, dass der Aufwand zur Dokumentation der einrichtungsbezogenen Bögen hoch sei. Die Recherche der Informationen sei sehr zeitaufwendig, z. B. da viele verschiedene Stellen beteiligt seien, die die gefragten Informationen beisteuern müssen. Darunter leide auch die Akzeptanz. Außerdem sei eine Dokumentation aufgrund von nur einer oder wenigen Tracer-Operationen nicht zu rechtfertigen. Im niedergelassenen Bereich komme es zu häufigen

Auslösungen des einrichtungsbezogenen Bogens aufgrund von Einzelfällen im ersten Halbjahr. Im niedergelassenen Bereich sei die Dokumentation insbesondere dann aufwendig, wenn in ambulanten OP-Zentren operiert werde. Ein weiterer genannter Kritikpunkt ist, dass Daten, die für das QS-Verfahren QS WI erhoben werden, auch von anderen Institutionen abgefragt würden, z. B. für den strukturierten Qualitätsbericht.

Zum Nutzen wurde zurückgespiegelt, dass von anderen Stellen im Gesundheitswesen, insbesondere von Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämtern, Kontrollen zu den abgefragten Gesichtspunkten durchgeführt würden. Vor diesem Hintergrund sei der Nutzen eingeschränkt. Gleichzeitig liegt die Rückmeldung vor, dass einrichtungsbezogen bei den Leistungserbringern vermutlich viel Verbesserungspotenzial bestehe, das im Stellungnahmeverfahren bearbeitet werden könne, wobei der Erkenntnisgewinn aus den Rückmeldeberichten gering sei. Den Nutzen einschränkend wird beschrieben, dass die endgültigen Rechenregeln zum Zeitpunkt der Übermittlung der Rückmeldeberichte noch nicht vorlagen, sodass eine Bewertung der Ergebnisse stark eingeschränkt war.

Einschätzung des IQTIG:

Da ein Großteil der Landesarbeitsgemeinschaften keine Rückmeldung zu dieser Frage gegeben hat, kann nicht genau nachvollzogen werden, wie gewichtig die kritischen Punkte sind. Das IQTIG wird die genannten Punkte mit dem Expertengremium QS WI diskutieren. Ausnahme hiervon ist die späte Bereitstellung der Rechenregeln aufgrund der derzeitigen Regelung in der Richtlinie. Dieser Punkte ist aus Sicht des IQTIG auch ohne weitere Prüfung nachvollziehbar. Hier sollte eine Anpassung erfolgen.

3.2.11 Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen QS-Dokumentation

Die LAG wurden im semistrukturierten Fragebogen gebeten, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation einzuschätzen (Tabelle 27).

Tabelle 27: Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation

| sehr gut | gut | ausgeglichen | schlecht | sehr schlecht | keine Antwort |
|----------|-----|--------------|----------|---------------|---------------|
| 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 |

Die Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen QS-Dokumentation wird einmal als schlecht und dreimal als sehr schlecht eingestuft. Fünfmal wurde die Frage nicht beantwortet.

Der Aufwand für die Dokumentation wird von einer LAG als hoch beschrieben. Es wird kritisiert, dass bezogen auf manche Auslösekodes viele Dokumentationsbögen ausgefüllt werden müssten, ohne dass dem eine angemessene Menge identifizierter Wundinfektionen gegenüberstehe. Auch wurde zurückgemeldet, dass das Stellungnahmeverfahren aufwendiger ist, da die datengestützte externe Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich noch ungewohnt sei.

Zum Zeitpunkt des Eingangs der Rückmeldungen von der Landesebene zu diesem Bericht lagen die Rückmeldeberichte zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

noch nicht vor, weshalb zum Nutzen noch keine abschließende Aussage getroffen werden konnte. Von einer LAG wurde die Eignung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Ermittlung von Wundinfektionen und Risikoadjustierung infrage gestellt.

Einschätzung des IQTIG:

Die Menge der Auslösecodes wurde bereits stark reduziert im Vergleich zum Stand zu Beginn des Verfahrens im Jahr 2017. Hierzu wurden sämtliche auslösenden Codes mit den Expertinnen und Experten diskutiert und Codes, die zu nicht ausreichend vielen dokumentierten Wundinfektionen führten, gestrichen. Hinweise auf konkrete Auslösecodes, die hinsichtlich der Eignung geprüft werden könnten, nimmt das IQTIG gerne entgegen.

Wie gut sich die Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eignen, kann noch nicht abschließend beurteilt werden.

3.2.12 Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse

Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (Indikatoren zum Hygiene und Infektionsmanagement)

Bis auf die bekannten Dokumentationsprobleme, die in diesem Bericht an anderen Stellen dargelegt werden, ist noch keine Aussage möglich, da noch keine Datenvalidierung durchgeführt wurde und keine Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren hierzu vorliegen. Jedoch zeichnet es sich ab, dass die Datenvalidierung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation voraussichtlich nicht in allen Fällen ohne Weiteres möglich sein wird, da für viele der Sachverhalte, die abgefragt werden, keine primäre Dokumentation vorgeschrieben ist, mit der die QS-Dokumentation abgeglichen werden könnte.

Fallbezogene QS-Dokumentation (Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen)

Eine Validierung der fallbezogenen QS-Dokumentation und Datenlieferungen der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird derzeit noch nicht durchgeführt. Hinweise auf Verständnisprobleme bezogen auf die QS-Dokumentation liegen nur wenige vor. Gleichzeitig bestehen grundsätzlich Übereinstimmungen mit den Ergebnissen aus OP-KISS. Das IQTIG nimmt daher an, dass zumindest keine groben Validitätsprobleme vorliegen.

3.2.13 Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11 DeQS-RL

Folgende Optimierungsbedarfe wurden dem IQTIG zurückgemeldet:

1. Es wurde die Verständlichkeit der Ergebnisberichte bemängelt. Auswertungen seien teilweise schwer verständlich. Gründe dafür seien eine fehlende Legende für die verwendeten Abkürzungen, Beschriftungen in Tabellen seien teilweise unklar.

2. Unbefriedigend sei auch die fehlende Kennzahlübersicht im Landesbericht zu den Qualitätsindikatoren 1000 und 2000. Der Hinweis auf die beiliegende csv-Datei sei unzureichend.
3. Es besteht der Wunsch nach mehr und nach hilfreicheren Abbildungen, z. B. Benchmark-Diagrammen zu jedem Qualitätsindikator. Es solle sich an den bisher üblichen Berichten orientiert werden.
4. Weiterhin wird beschrieben, dass in der den Rückmeldeberichten beiliegenden csv-Datei die QI-IDs 1000 und 2000 mehrfach verwendet werden, um die Kennzahlen, die dahinter ausgewiesen werden, darzustellen. Dies erschwere die maschinenverwertbare Nutzung der Datei.
5. Es wird bemängelt, dass Vorjahresergebnisse in den Berichten, die im Jahr 2020 bereitgestellt wurden, fehlen.
6. Das Format der Basisauswertung sei für eine Strukturabfrage nicht adäquat, da nicht Fälle gezählt würden, sondern pro Frage nur eine Antwortmöglichkeit bestehe.
7. Ebenfalls wird die fehlende Basisauswertung kritisiert. Dies erschwere die fachlich fundierte Durchführung der Stellungnahmeverfahren.
8. Die Nummerierung in der Kennzahlübersicht sei nicht deckungsgleich mit dem Dokumentationsbogen und den Ausfüllhinweisen. Dies habe Probleme bei der Zuordnung und dem Leseverständnis des Rückmeldeberichts auf Leistungserbringerseite gemacht.
9. Der Leistungserbringer sehe sein Ergebnis im Vergleich zum Bund, jedoch nicht zum Landesergebnis oder zu einzelnen Leistungserbringern des Landes.
10. Dem IQTIG liegt die Information vor, dass nicht sämtliche Pseudonyme zu Rückmeldeberichten auch Leistungserbringern zugeordnet werden konnten.

Einschätzung des IQTIG:

- 1-6. Das Produkt des Rückmeldeberichts ist zum Erreichen größtmöglicher Effizienz ein einheitliches Produkt für sämtliche Verfahren. Dieses Produkt befindet sich noch in Entwicklung und wird kontinuierlich optimiert. Das IQTIG nimmt die Hinweise für die Weiterentwicklung auf.
7. Eine Basisauswertung ist in den Leistungserbringerberichten vorhanden, sodass für das Stellungnahmeverfahren nachvollzogen werden kann, welche Antworten je Leistungserbringer gegeben wurden.
8. Indikatoren und Dokumentation werden grundsätzlich über die Rechenregeln in Bezug gebracht. Für ein besseres Verständnis der Rechenregeln wird das IQTIG den LAG eine aktualisierte Lesehilfe zur Verfügung stellen.
9. Für sämtliche Berichte über alle Verfahren hinweg ist der Vergleich mit dem Bundeswert als Standard definiert.
10. Nach derzeitigem Kenntnisstand wurden die von der Datenannahmestelle für die Krankenkassen (DAS-KK) erzeugten Leistungserbringerpseudonyme nicht an die Landesstellen zurückgemeldet. Das IQTIG wird dem nachgehen.

Fehlende Fallnummern in ATR-Listen

Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patientinnen und Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion

verknüpft wurden, sind in mit den Leistungserbringerberichten bereitgestellten ATR-Listen aufgeführt, die den Datenannahmestellen vom IQTIG zur Weiterleitung an die Leistungserbringer bereitgestellt wurden.

Da in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Fallnummern vorliegen, können zu den Tracer-Operations-Fällen keine entsprechenden Nummern übermittelt werden. Stattdessen werden patientenbezogene Daten übermittelt, die in der Gesamtschau ein Auffinden der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten wahrscheinlich machen. Außerdem werden die Fallnummern desjenigen Falles übermittelt, in dem die Wundinfektion diagnostiziert wurde. Dies ist immer dann möglich, wenn die Wundinfektion im selben Krankenhaus dokumentiert wurde, in dem auch die Tracer-Operation durchgeführt wurde. Es liegen Rückmeldungen vor, nach denen eine Identifikation von Fällen ohne Fallnummer sehr aufwendig ist. Teilweise würden Fälle auch nach intensiver Prüfung nicht gefunden.

Einschätzung des IQTIG:

Derzeit sieht das IQTIG aus den dargestellten Gründen keine Möglichkeit einer weiteren Erleichterung der Zuordnung. Das IQTIG wird prüfen, weshalb einzelne Fälle bei einzelnen Leistungserbringern nicht intern zugeordnet werden können.

Fehlende Einträge in ATR-Listen aufgrund des Datenschutzes

Aus Datenschutzgründen dürfen derzeit nur Informationen über patientenbezogene Verknüpfungen von Operationen und Wundinfektionen an diejenigen Leistungserbringer zurückgemeldet werden, die sowohl die Operation durchgeführt als auch die verknüpfte Infektion dokumentiert haben. Hintergrund hierzu ist, dass außer in besonderen Fällen im Stellungnahmeverfahren, Leistungserbringern keine personenbezogenen Daten übermittelt werden dürfen, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden. Vgl. § 17 Abs. 2 Satz 7 DeQS-RL:

Soweit zur Aufklärung etwaiger Qualitätsmängel, z. B. im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung, erforderlich, können der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens auch bei anderen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder den Krankenkassen erhobene personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, soweit diese konkret für das Stellungnahmeverfahren relevant sind.

Somit dürfen einem Leistungserbringer nur im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens personenbezogene Daten, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden, übermittelt werden. Eine regelhafte Rückmeldung von personenbezogenen Daten, die bei anderen Leistungserbringern erhoben worden sind, ist mangels einer entsprechenden Regelung in der DeQS-RL des G-BA ausgeschlossen.

Da in den ATR-Listen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ausschließlich leistungserbringerübergreifende Fallverknüpfungen aufgeführt werden könnten und die Listen entsprechend leer wären, wurden sie ausschließlich für Krankenhäuser bereitgestellt.

Die datenschutzrechtliche Einschätzung des IQTIG bezieht sich in dem hier geschilderten Ausmaß nur auf QS WI. In allen anderen Verfahren wird die Möglichkeit der Übermittlung, zumindest von Vorgangsnummern, durch die Regelung in § 10 der jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen adressiert: „Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 13 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.“

Wenn personenbezogene Informationen, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden, nicht in den ATR-Listen aufgeführt werden können, können diese dennoch in die Indikatorenberechnung eingehen. Die Berechnung von Indikatoren ist von dieser Einschränkung entsprechend nicht berührt. Für die Nachvollziehbarkeit der Indikatorenergebnisse durch die Leistungserbringer kann die Bereitstellung der vollständigen Listen jedoch sehr hilfreich sein.

Einschätzung des IQTIG:

Von Leistungserbringerseite mehren sich Hinweise, dass eine regelmäßige Bereitstellung wünschenswert ist. Da die Weitergabe der Daten nach Einschätzung des IQTIG gemäß § 299 Abs. 1 Sätze 10 und 11 SGB V durch einen entsprechenden Beschluss oder eine entsprechende klare Regelung in der DeQS-RL möglich wäre, regt das IQTIG eine entsprechende Anpassung der Richtlinie an.

3.2.14 Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten

Optimierungsbedarf beschrieben wurde zu folgenden Punkten:

1. Es fehlten Inhalte der im Jahr 2020 bereitgestellten Rückmeldeberichte, insbesondere die Basisauswertung.
2. Die Rechenregeln seien komplex.
3. Die Rechenregeln seien spät bereitgestellt worden.
4. Es fehle ein bundesweites Rahmenkonzept zur Bewertung von Auffälligkeiten.

Einschätzung des IQTIG:

1. Den LAG wurden im Jahr 2020 sämtliche Leistungserbringerberichte bereitgestellt. In diesen ist jeweils eine Basisauswertung enthalten, anhand derer die Beantwortung der Fragen im Dokumentationsbogen nachvollzogen werden kann. Das IQTIG arbeitet kontinuierlich daran, die Rückmeldeberichte insgesamt anwenderfreundlicher zu gestalten.
2. Das IQTIG hat schon in der Vergangenheit hierzu ein Dokument bereitgestellt, dass beim Verständnis der Rechenregeln unterstützen soll. Dieses Dokument wird das IQTIG für die Rechenregeln 2021 aktualisieren und bereitstellen.
3. Da angepasste endgültige Rechenregeln nach derzeitigem Stand vor der Veröffentlichung vom G-BA beschlossen werden müssen, können diese derzeit erst mit der entsprechenden Verzögerung bereitgestellt werden.
4. Das IQTIG erwartet für ein Rahmenkonzept zur Bewertung von Auffälligkeiten einen Auftrag des G-BA.

3.2.15 Durchführung der QS-Verfahren sowie Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Von den LAG wurden bezogen auf die Durchführung der QS-Verfahren sowie Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mehrere Aspekte berichtet, zu denen Optimierungsbedarf gesehen wird:

1. Es kam es dazu, dass Leistungserbringer erst im Rahmen der QS-Maßnahmen im Jahr nach dem Erfassungsjahr bestimmte Defizite abgestellt haben. Bis zur Umsetzung der QS-Maßnahmen lagen diese Defizite jedoch noch vor und wurden dokumentiert. Entsprechend sei im nächsten Jahr ein Stellungnahmeverfahren zu einem bereits adressierten Problem geführt worden.
2. Pandemiebedingt sei es sinnvoll, neue Formate für QS-Maßnahmen zu entwickeln, die auch online durchgeführt werden können.
3. In einigen Bundesländern wurden aufgrund fehlender vorliegender Rechenregeln keine qualitativen Bewertungen abgegeben, da es so nicht klar war, wie das Ergebnis zustande gekommen sei.

Einschätzung des IQTIG:

1. Das IQTIG wird diesen Punkt mit dem Expertengremium diskutieren und ggf. Vorschläge zum weiteren Vorgehen machen.
2. Das IQTIG hält diesen Vorschlag für nachvollziehbar. Dieser Punkt ist jedoch nicht QS-Verfahrensspezifisch.
3. Das IQTIG kann den Punkt nachvollziehen. Es hält sich hier an die Vorgaben des G-BA. Endgültige Rechenregeln, die noch nicht beschlossen sind, werden auch nicht veröffentlicht. Der G-BA ist über diesen Sachverhalt informiert.

3.2.16 Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14 DeQS-RL

Es wird kritisiert, dass auch nach den Änderungen der DeQS-RL ab 1. Januar 2021 bezüglich der Zusammensetzung der Fachkommissionen, diese bezogen auf die Personenzahl noch immer groß sei. Es solle nicht für jede ärztliche Vertreterin oder für jeden ärztlichen Vertreter eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter vorgesehen werden, da dies eher zu einem zu hohen Aufwand im Vergleich zum gewünschten Nutzen führe, z. B. bei der Terminfindung. Denkbar sei alternativ eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter pro entsendende Organisation. Verschärft würde die Problematik dadurch, dass zu jeder Vertreterin bzw. jedem Vertreter eine Stellvertretung benannt werden soll.

3.2.17 Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe

Weitere Hinweise auf Optimierungsbedarfe, die vorliegen, sind:

1. Ausfüllhinweise würden häufig nicht von Leistungserbringern beachtet.
2. Die Kennzahlen zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement sollten nicht in einem Indexindikator betrachtet werden, sondern fokussiert als neun einzelne Qualitätsindikatoren.

3. Es gebe immer noch Probleme mit der Telematikinfrastruktur. Diese ist teilweise noch nicht vorhanden oder funktioniere nicht.
4. Die Rechenregeln zu einzelnen Kennzahlen sollten vereinfacht werden, ggf. über ein Kennzahl-„Splitting“: Beispielsweise könnte die bestehende Kennzahl 4 auf zwei unabhängige, einfachere Kennzahlen/Qualitätsindikatoren aufgeteilt werden.
5. Ein großes Problem sei die zunehmend fehlende Akzeptanz seitens der Leistungserbringer. Gerade dem ambulanten Bereich ist es schwer zu vermitteln, dass sich die Leistungserbringer anhand der Links in den Ausfüllhinweisen erst mühsam die notwendigen Informationen auf den entsprechenden Seiten suchen müssen. Dieser Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Nutzen des Verfahrens.

Einschätzung des IQTIG:

1. Falls es sich herausstellt, dass einzelne Leistungserbringer die Ausfüllhinweise nicht beachten, so sollten sie aus Sicht des IQTIG darauf aufmerksam gemacht werden.
2. Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurden vom AQUA-Institut als Indexindikatoren konfiguriert, da die Ergebnisse einzelner Kennzahlen als Indikatoren zu Decken- bzw. Bodeneffekten führen würden. Außerdem würde es zu deutlich mehr rechnerischen Auffälligkeiten kommen und entsprechend zu mehr Stellungnahmeverfahren, also zu einem deutlich höheren Aufwand bei nur geringfügig erhöhtem Nutzen. Das IQTIG empfiehlt daher, die Indikatoren als Indexindikatoren beizubehalten.
3. Das IQTIG geht davon aus, dass es sich hierbei um Einzelfälle handelt, die zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen adressiert werden.
4. Das IQTIG wird für ein besseres Verständnis der Rechenregeln eine aktualisierte Fassung einer Lesehilfe bereitstellen und geht davon aus, dass eine Anpassung der Qualitätsindikatoren, die nicht inhaltlich bedingt ist, ausbleiben kann.
5. Links in den Ausfüllhinweisen gibt es nach Kenntnis des IQTIG im Webportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Dokumentation der einrichtungsbezogenen Daten. Auf die Umsetzung der Spezifikation durch die KBV hat das IQTIG keinen Einfluss.

4 Datenvalidierung

Das QS-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 für dieses QS-Verfahren keine Ergebnisse im Bundesqualitätsbericht 2021 berichtet werden.

5 Fazit

Das QS-Verfahren *QS WI* gliedert sich in zwei Teile: Der erste Teil ist die fallbezogene QS-Dokumentation mit Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen, der zweite Teil ist eine einrichtungsbezogene Erhebung, in der einmal jährlich die Einhaltung der Prozesse bezogen auf das Hygiene- und Infektionsmanagement abgefragt wird.

Zu den Indikatoren zu postoperativen nosokomialen Wundinfektionen (fallbezogene QS-Dokumentation) wurden im Jahr 2021 erstmals Ergebnisse berechnet und Rückmeldeberichte zur Verfügung gestellt. Dazu wurden insgesamt ca. 3 Mio. Tracer-Operationen hinsichtlich im Nachgang dokumentierter postoperativer Wundinfektionen überprüft. Insgesamt konnten zum Erfassungsjahr 2019 33.353 Infektionen ermittelt werden, die in die Berechnung von Indikatoren eingegangen sind.

Auch wenn aufgrund noch unvollständiger Daten von den Krankenkassen noch deutliche Einschränkungen bezüglich der Datengrundlage bestehen, legt ein Vergleich mit Ergebnissen des OP-KISS nahe, dass das Konzept des QS-Verfahrens tragfähig sein kann. Das IQTIG geht davon aus, dass die übermittelten Daten ab 2022 ausreichend vollständig sein werden. Es wird eine Risikoadjustierung entwickelt und Referenzbereiche werden auf dieser Grundlage voraussichtlich empfohlen werden können. Auf dieser Grundlage kann das QS-Verfahren *QS WI* zukünftig immer mehr dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu vermeiden.

Die überarbeitete und im Dezember 2020 beschlossene einrichtungsbezogene Spezifikation zum Erfassungsjahr 2021 – erstmals inklusive einer Sollstatistik – wird ab Anfang des Jahres 2022 zum Einsatz kommen. Ein Großteil der wichtigsten inhaltlichen Kritikpunkte vonseiten der Leistungserbringer sind in dieser Version adressiert, sodass das IQTIG davon ausgeht, dass bezogen auf das Erfassungsjahr 2021 eine Bewertung der Bundesergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement möglich sein wird.

Aus dem Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung geht hervor, dass noch an mehreren Stellen größere und kleinere Optimierungsbedarfe wahrgenommen werden bzw. bestehen. Dabei bezieht sich die Befragung bei den LAG bezogen auf die einrichtungsbezogene Dokumentation auf die Version des Dokumentationsbogens vor dem Jahr 2021 und zum Zeitpunkt der Übermittlung der Rückmeldungen von den LAG lag die Auswertung zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen noch nicht vor. Eine Einschätzung des Verfahrens durch die LAG unter diesen neuen Vorzeichen wird im nächsten Bundesqualitätsbericht vorgenommen. Durch die wichtigen Aktualisierungen erwartet das IQTIG im nächsten Jahr deutlich weniger Optimierungsbedarf und positivere Rückmeldungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Wo möglich, wird das IQTIG die aufgeführten Optimierungsbedarfe wie beschrieben nachverfolgen und mit den Expertinnen und Experten zum QS-Verfahren *QS WI* beraten. Als prioritär betrachtet das IQTIG insbesondere die Weiterentwicklung der Landes- bzw. Rückmeldeberichte sowie die Zusammenlegung der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen zur Reduktion von Dokumentationsaufwand.

Anhang A: Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung

Fragen zur wissenschaftliche Begleitung der Erprobung gemäß § 19 Abs. 1 des Verfahrens 2 „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

1. Gab es leistungserbringerübergreifend auftretende Probleme hinsichtlich des/der QS-Dokumentationsbogens/bögen (Fragen zur Dokumentation, zu Ausfüllhinweisen, zu Plausibilitätsregeln u.ä.)?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

2. Gab es im Verfahren QS WI Probleme hinsichtlich der Auslösung bei heterogenen Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, z.B. bezüglich des Zeitpunkts der Auslösung?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

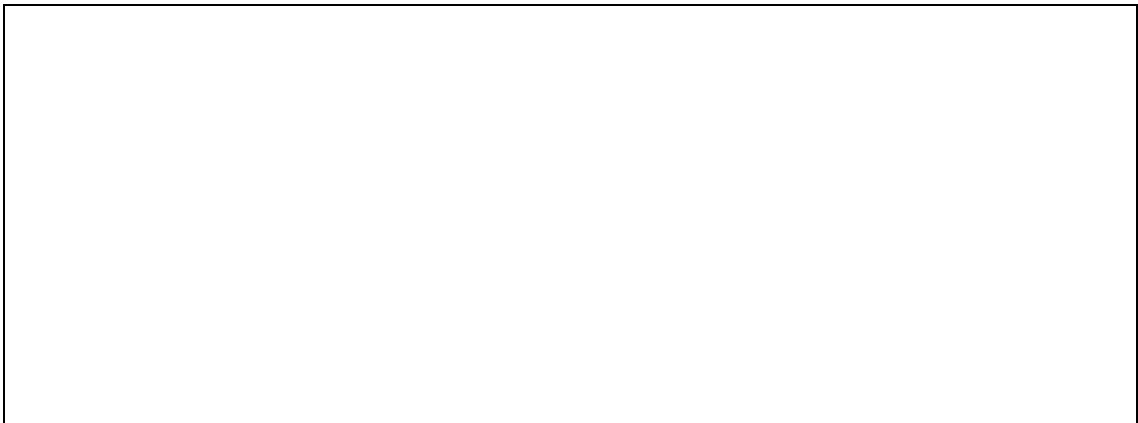
3. Gab es im QS-Verfahren QS WI Probleme bei der Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung? (z.B. stationäre und ambulante Operationen in den selben Räumlichkeiten, Belegärzte, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



4. Gab es im QS-Verfahren QS WI im Speziellen Probleme bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



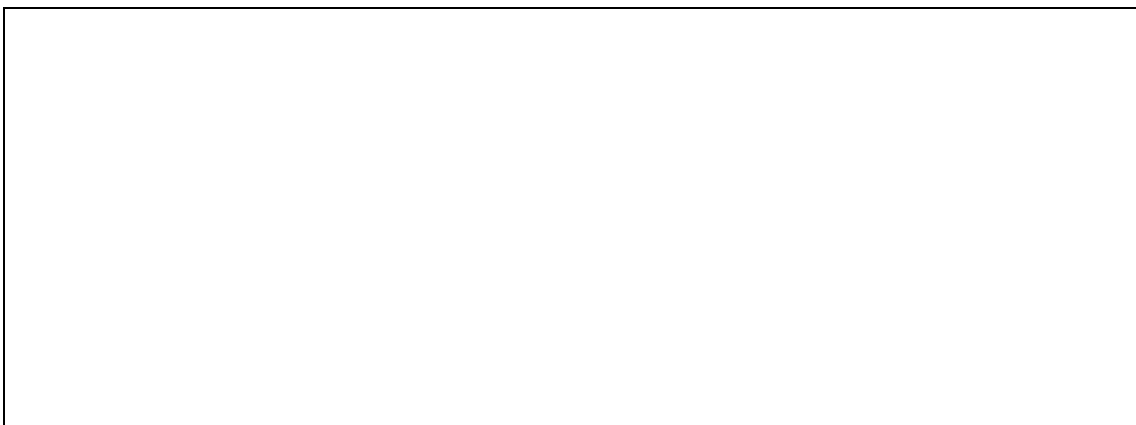
5. Gab es in den genutzten Softwarelösungen, unabhängig vom Softwareanbieter (ambulant u/o stationär), auftretende Probleme hinsichtlich der Spezifikation (Probleme beim Auslösefilter, QS-Dokumentationsbögen, Export o.ä.)?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



6. Gab es sonstige Hinweise zu Problemen bezüglich der Durchführung des QS-Verfahrens?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



7. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner QI, den dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse?

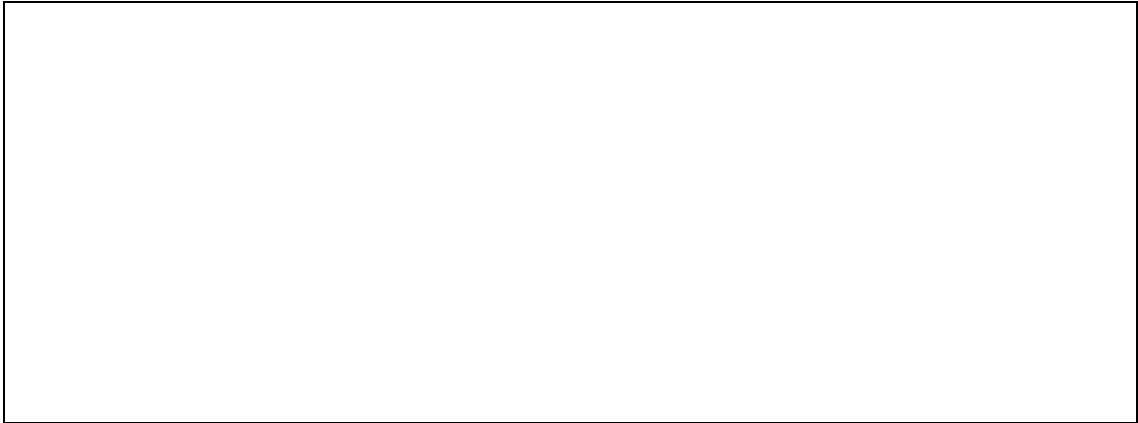
- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

8. Gibt es Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Bewertung von QI-Ergebnissen?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

9. Gibt es Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Aufklärung von Auffälligkeiten?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



10. Gibt es Optimierungsbedarfe bezüglich der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.



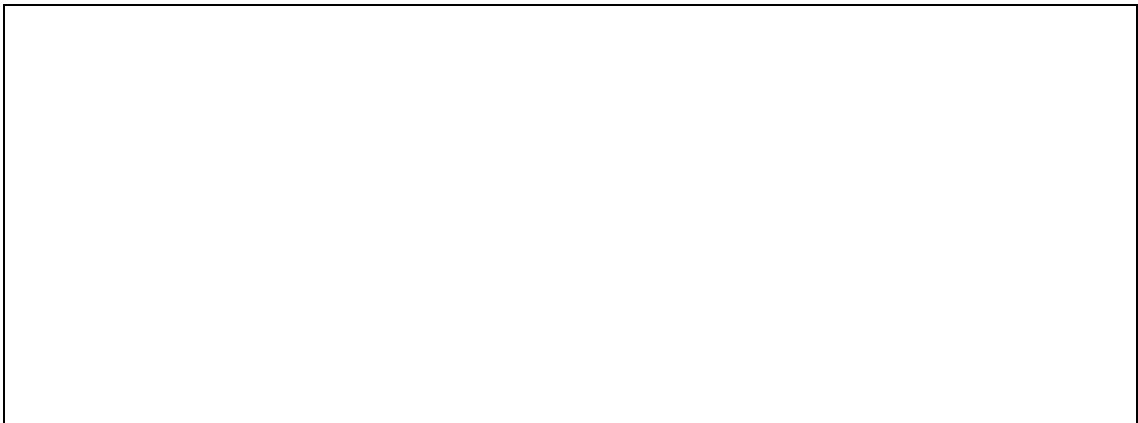
11. Gibt es Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ,Ja', erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ,Trifft nicht zu', erläutern Sie dies bitte.



12. Gab es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ,Ja', erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ,Trifft nicht zu', erläutern Sie dies bitte.



13. Wie schätzen Sie die voraussichtliche Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen Qualitätsindikatoren ein? (z.B. Einrichtungen mit geringer Fallzahl, Sentinel-Event-Indikatoren)

- 1 = Das Verhältnis ist voraussichtlich unausgewogen: Der Aufwand ist sehr hoch im Vergleich zum Nutzen.
- 2 = Das Verhältnis ist voraussichtlich eher unausgewogen: Der Aufwand ist hoch im Vergleich zum Nutzen.
- 3 = Das Verhältnis ist voraussichtlich ausgewogen, der Aufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.
- 4 = Das Verhältnis ist voraussichtlich eher unausgewogen: Der Nutzen ist hoch im Vergleich zum Aufwand.
- 5 = Das Verhältnis ist voraussichtlich unausgewogen: Der Nutzen ist sehr hoch im Vergleich zum Aufwand.
- Bitte geben Sie Gründe für Ihre Einschätzung an:

14. Wie schätzen Sie die Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement ein?

- 1 = Das Verhältnis ist voraussichtlich unausgewogen: Der Aufwand ist sehr hoch im Vergleich zum Nutzen.
- 2 = Das Verhältnis ist voraussichtlich eher unausgewogen: Der Aufwand ist hoch im Vergleich zum Nutzen.
- 3 = Das Verhältnis ist voraussichtlich ausgewogen, der Aufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.
- 4 = Das Verhältnis ist voraussichtlich eher unausgewogen: Der Nutzen ist hoch im Vergleich zum Aufwand.
- 5 = Das Verhältnis ist voraussichtlich unausgewogen: Der Nutzen ist sehr hoch im Vergleich zum Aufwand.
- Bitte geben Sie Gründe für Ihre Einschätzung an:

15. Gibt es Optimierungsbedarf hinsichtlich der Rückmeldeberichte nach § 10?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

16. Gibt es Optimierungsbedarf hinsichtlich der länderbezogenen Auswertungen nach § 11?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

17. QS WI: Gibt es Optimierungsbedarf hinsichtlich der Zusammensetzung der Fachkommissionen?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

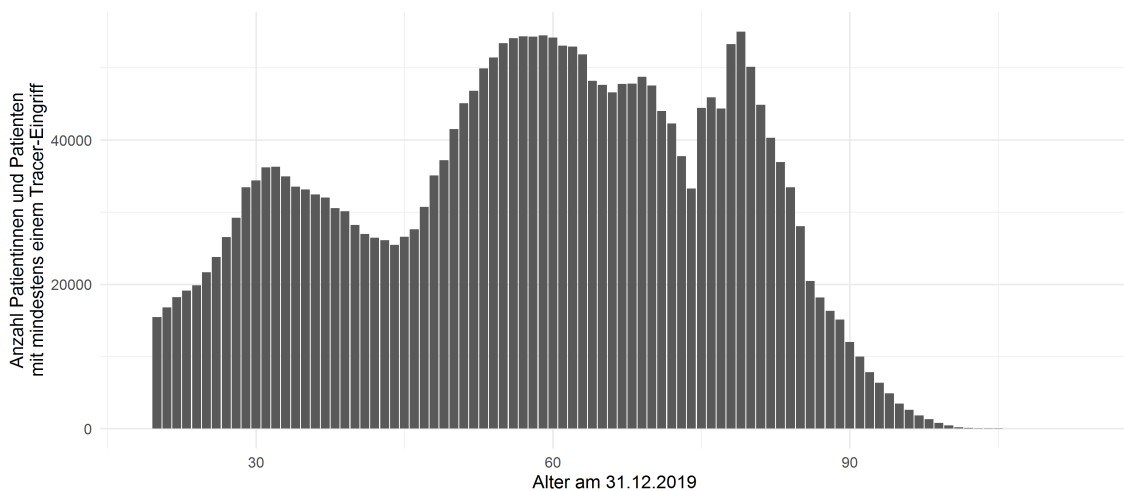
18. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?

- Ja Nein Trifft nicht zu
- Wenn ‚Ja‘, erläutern Sie dies bitte mit Beispiel/en.
- Wenn ‚Trifft nicht zu‘, erläutern Sie dies bitte.

Anhang B: Altersverteilung

Die Abbildung 2 stellt die Altersverteilung aller Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Tracer-Eingriff im Erfassungsjahr 2019 (NWITR) dar. Eine Basisauswertung (in anderen Verfahren als Teil der Bundesauswertung vorhanden) kann zu den Qualitätsindikatoren mit Sozialdaten derzeit nicht bereitgestellt werden. Dafür muss ein Konzept entwickelt werden, das für alle QS-Verfahren der DeQS-RL gilt. Die Bereitstellung einer Basisauswertung für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren wird voraussichtlich im nächsten Bundesqualitätsbericht (2022) möglich sein.

Abbildung 1: Altersverteilung aller Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Tracer-Eingriff im Erfassungsjahr 2019



Literatur

- 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] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung gemäß Teil 2 Verfahren 2 § 19 Abs. 5 Qesü-RL. [Stand:] 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3482/2018-09-20_Qesue-RL_Beauftragung-IQTIG_Begleitung-Erprobung-Wundinfektionen.pdf (abgerufen am: 09.09.2021).
- 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).
- Gastmeier, P; Brunkhorst, F; Schrappe, M; Kern, W; Geffers, C (2010): Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135(3): 91-93. DOI: 10.1055/s-0029-1244823.
- 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).
- NRZ [Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen] (2018): KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Referenzdaten. Berechnungszeitraum: Januar 2017 bis Dezember 2019. Erstellungsdatum: 06.03.2020. Berlin: NRZ. URL: https://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/201701_201912_OPRef.pdf (abgerufen am: 03.08.2021).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung

Erfassungsjahr 2019

Veröffentlichungsdatum: 09. August 2021

Impressum

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Ergebnisübersicht..... | 4 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019..... | 5 |
| Einleitung..... | 6 |
| Datengrundlagen..... | 9 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 10 |
| Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen | 11 |
| Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen..... | 12 |
| 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)..... | 12 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 14 |
| 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)..... | 15 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 17 |
| 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)..... | 18 |
| 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)..... | 20 |
| 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)..... | 22 |
| 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)..... | 24 |
| 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)..... | 26 |

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet erstmals die Ergebnisse zu den sozialdatenbasierten Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektion für das QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) sowie zur Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 17. Dezember 2020 ist die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4640/>). Daher sind in dem vorliegenden Rückmeldebericht keine Ergebnisse zu den Indikatoren und Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement enthalten.

Auf der nächsten Seite finden Sie eine Übersicht die Ergebnisse zu den Indikatoren und zur Kennzahl finden Sie auf der nächsten Seite. Detailliertere Auswertungen finden sich im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

CAVE: Da noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt worden sind und außerdem auch keine Risikoadjustierung entwickelt werden konnte, ist die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse eingeschränkt. Das IQTIG empfiehlt aufgrund dessen im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche. Stellungnahmeverfahren können nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden.

Details zu den Hintergründen finden sich im Kapitel „Datengrundlage“ dieses Berichtes.

In diesem Bericht sind ausschließlich die Ergebnisse zu den Indikatoren zu stationären Operationen enthalten. Leistungserbringer, die sowohl ambulante als auch stationäre Tracer-Operationen durchgeführt haben, erhalten einen separaten Bericht zu den Indikatoren zu ambulanten Operationen.

Die technische Umsetzung einer Basisauswertung mit Sozialdaten befindet sich noch in der Entwicklung und kann aktuell nicht dargestellt werden. Eine Darstellung wird für das nächste Berichtsjahr avisiert.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019

| Indikatoren / Kennzahlen | | | | Bund (gesamt) | |
|--------------------------|--|----------------------|---------|-------------------------|------------------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl | Referenz- bereich | Tendenz | Ergebnis | Vertrauens- bereich |
| 2500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 1,68 % N = 1.302.713 | 1,65 % - 1,70 % |
| 2501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 1,08 % N = 1.006.895 | 1,06 % - 1,10 % |
| 2502 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 1,11 % N = 1.302.713 | 1,09 % - 1,13 % |
| 2503 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,86 % N = 1.006.895 | 0,85 % - 0,88 % |
| 2504 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,01 % N = 1.302.713 | 0,01 % - 0,01 % |
| 2505 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,01 % N = 1.006.895 | 0,01 % - 0,02 % |
| 342000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) | | → | 8,17 % N = 23.180 | 7,82 % - 8,53 % |

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

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 zweites sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI bedeutet dies, dass sowohl Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich als auch Krankenhäuser Daten für Qualitätsindikatoren übermitteln. Dabei gehen z.B. ambulante Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese im 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 als notwendig erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll ambulante und stationäre Leistungserbringer 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 ambulanten oder stationären Leistungserbringer mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren. Zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. In diesem Bericht werden aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen dargestellt. Für deren Berechnung werden Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen herangezogen. Dabei beziehen sich 4 Qualitätsindikatoren auf ambulante Operationen und 6 auf stationäre Operationen. Zu stationären Operationen gibt es 2 Qualitätsindikatoren, die sich ausschließlich auf tiefe Wundinfektionen beziehen.

Der aktuelle Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. Ergebnisse zu den Indikatoren der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement liegen aufgrund des Beschlusses des G-BA zur Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das EJ 2020 nicht vor.

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-Eingriffe 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 auch um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Entsprechend werden nur postoperative Wundinfektionen berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Diese Information 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 gewonnene 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 Kode 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 dokumentiert werden.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, 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. Aus Datenschutzgründen dürfen derzeit nur Informationen über patientenbezogene Verknüpfungen von Operationen und Wundinfektionen an diejenigen Leistungserbringer zurückgemeldet werden, die sowohl die Operation durchgeführt haben, als auch die verknüpfte Infektion dokumentiert haben. Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich erhalten daher keine ATR-Listen. Für Krankenhäuser sind Informationen zu Patienten, die im eigenen Haus operiert wurden, deren Wundinfektion aber in einem anderen Krankenhaus diagnostiziert wurde, nicht enthalten.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren 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.

Datengrundlagen

Die Grundlage für die Berechnung der Indikatoren und der Kennzahl in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Zum Erfassungsjahr 2017 wurden nicht sämtliche Falldaten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt. Es liegen 85% der erwarteten Nennerdaten vor (Modul NWITR). Weiterhin wurden 2017 91% der erwarteten Fälle mit potentiellen Wundinfektionen und den zugehörigen Fällen mit Tracer-Operationen übermittelt (Modul NWIWI). Dies hat zur Folge, dass einige Verknüpfungen von dokumentierten Wundinfektionen zu Tracer-Operationen nicht erfolgen können. Weiterhin fehlen ca. 12 % der Fälle, die nach §115b (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (NWIWI und NWITR).

Zu den Operationsfällen aus dem niedergelassenen Bereich wurden in 30% der Fälle entweder OPS-Kodes oder GOP-Kodes übermittelt. Da ohne OPS-Code nicht die genaue Operation ermittelt werden kann und ohne GOP nicht das Daten der Operation, können diese Operationen nicht mit ggf. dokumentierten Wundinfektionen verknüpft werden.

Aufgrund dieser Datenlage werden die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 nicht dargestellt.

Jedoch sind aufgrund von fehlenden Daten auch die Ergebnisse zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht frei von Verzerrungen, was die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse einschränkt. Für 2018 und 2019 wurden ca. 89 % der Tracer-Operationen zum Spezifikationsmodul NWITR übermittelt (gegenüber ca. 85 % zum Erfassungsjahr 2017). Bezogen auf die fehlenden Daten zum ambulanten Operieren am Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich kam es auch zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht zu Verbesserungen der Datenlage, sodass hier weiterhin ggf. dokumentierte Wundinfektionen nicht verknüpft werden konnten. Die sonstigen Einschränkungen betrafen das Spezifikationsmodul NWIWI und bestehen für die Erfassungsjahre 2018 und 2019, zumindest für den stationären Bereich, nicht mehr.

Wenn Daten bezogen auf das Modul NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Nenner der Indikatoren aus. Bei Leistungserbringern, für die Zählerfälle vorliegen, bedeutet jeder fehlende Nennerfall eine Verzerrung, die zu einem falsch erhöhten Ergebnis führt. Fehlen Daten bezogen auf das Modul NWIWI, kann sich dies auch auf die Zählerfälle auswirken.

Für die Jahre 2018 und 2019 ergeben sich entsprechend Verzerrungen in den QIs zu stationären Operationen bezogen auf Fälle, die in die Nenner der Indikatoren eingehen. In den QIs zu ambulanten Operationen ergeben sich darüber hinaus auch Verzerrungen, die zu weniger

Zählerfällen führen.

Aufgrund dessen empfiehlt das IQTIG keine Referenzbereiche für die Indikatoren. Falls Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, sollte dies im Bewusstsein geschehen, dass die hier dargestellten Verzerrungen Einfluss auf einzelne Leistungserbringerergebnisse haben.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die auf Ebene der Institutionskennzeichnungsnummer (IKNR) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten sowie die Angaben zur Vollständigkeit für das Erfassungsjahr 2019 dar. Die QS-Dokumentation erfolgt ausschließlich durch Krankenhäuser. Die so ermittelten Informationen zu postoperativen Wundinfektionen werden jedoch auch mit ambulanten Tracer-Operationen, auch aus dem niedergelassenen Bereich, verknüpft.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Krankenhaus 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 Erfassungsjahr 2019 wurden dem IQTIG insgesamt 305.680 Datensätze aus dem Spezifikationsmodul für die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) übermittelt. Dabei lag die Vollständigkeit bei 96,27 %. In 94.416 Bögen (30,9 %) wurde angegeben, dass eine postoperative Wundinfektion vorlag.

| Erfassungsjahr 2019 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---|---|-------------------------|----------|-------------------------|
| Bund (gesamt) | Eingegangene Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 305.680 305.680 0 | 317.534 | 96,27 |
| Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) | | 1.382 | | |

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 361.834 potentielle postoperative Wundinfektionen (Spezifikationsmodul NWIWI) von Patientinnen und Patienten, die im Kalenderjahr 2019 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, an das IQTIG übermittelt. Für 93.869 der 94.416 Fälle (99,4 %) 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 33.357 Fälle (10,9 % aller NWIF-Fälle) mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden. Die Verknüpfungen werden – je nach Operationsdatum des Tracer-Eingriffes – in den Qualitätsindikatoren 2018 bzw. 2019 berücksichtigt.

Hinweis: Da die Abfrage fachlicher Plausibilitäten nicht vollständig bis zur Bereitstellung der Rückmeldeberichte abgeschlossen werden konnte, ist es möglich, dass einige Verknüpfungen von Wundinfektionen und Tracer-Operation nicht erfolgen konnten. Die fachlichen Einschätzungen wird das IQTIG gesondert bereitstellen.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der Tracer-Operationen da die insgesamt übermittelt worden und in den Nenner der Qualitätsindikatoren eingegangen sind. Unter „Ihre Daten“ ist die Anzahl der Fälle angegeben, die in diesem Bericht in den Nenner der jeweiligen Indikatoren der hier adressierten Einrichtung eingegangen sind.

| Erfassungsjahr 2019 | Anzahl übermittelter Tracer-Eingriffe (NWITR) |
|--|---|
| Stationär operierende Leistungserbringer | 2.318.400 |

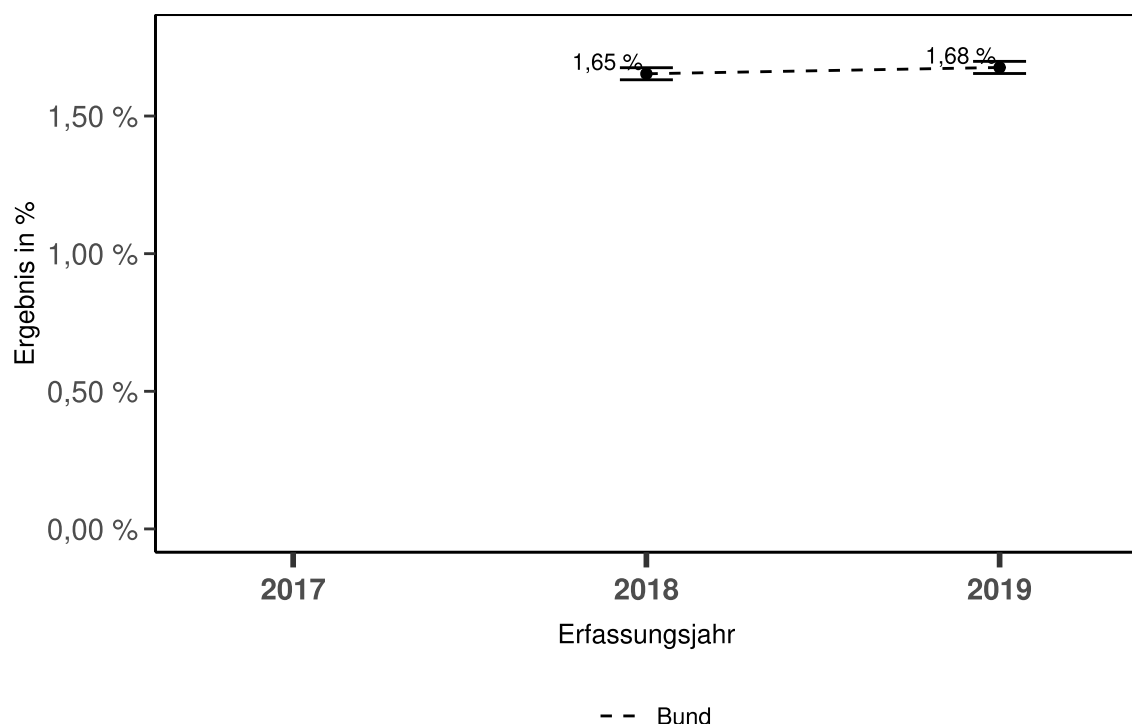
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

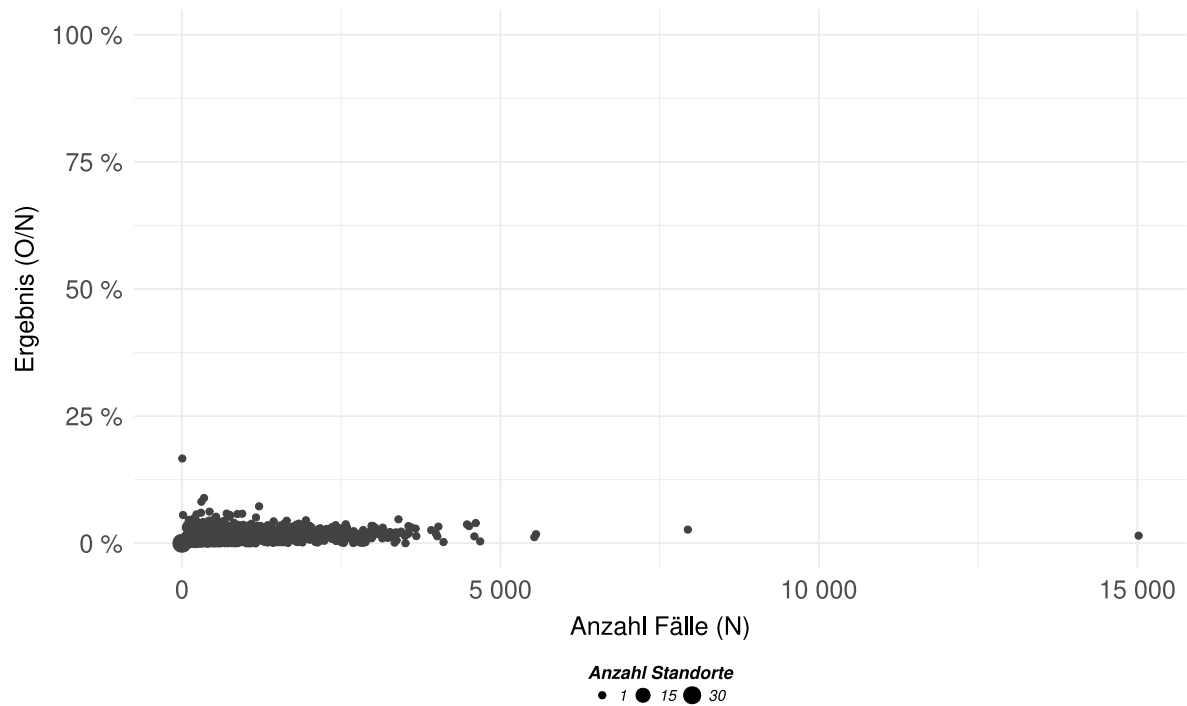
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
|-----------------|--|
| ID | 2500 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 21.618 / 1.307.426 2019: 21.839 / 1.302.713 | 2017: - 2018: 1,65 % 2019: 1,68 % | 2017: - 2018: 1,63 % - 1,68 % 2019: 1,65 % - 1,70 % |

Details zu den Ergebnissen

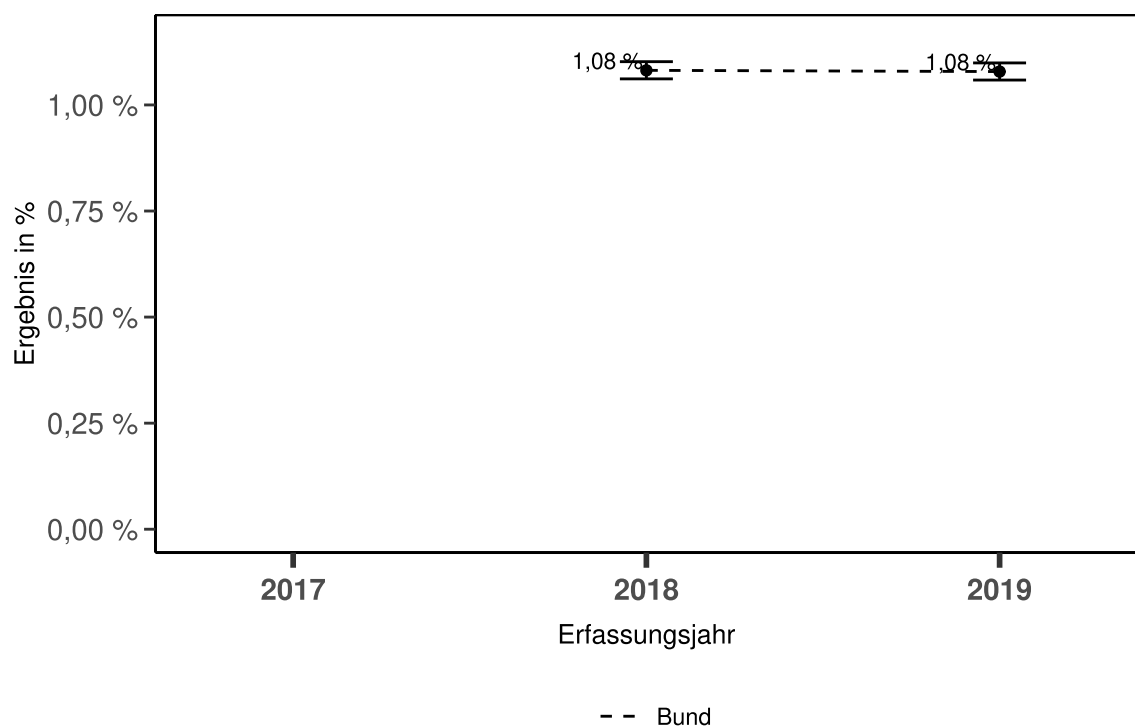
| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 1.1 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 1,68 % 21.839/1.302.713 |
| 1.1.1 | Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 3,64 % 13.863/380.835 |
| 1.1.2 | Gefäßchirurgie | 2,37 % 2.489/105.123 |
| 1.1.3 | Gynäkologie und Geburtshilfe | 0,79 % 3.902/495.190 |
| 1.1.4 | Herzchirurgie | 2,65 % 863/32.617 |
| 1.1.5 | Plastische Chirurgie | 0,72 % 584/81.344 |
| 1.1.6 | Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,39 % 1.008/259.707 |
| 1.1.7 | Urologie | 1,94 % 1.873/96.561 |

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

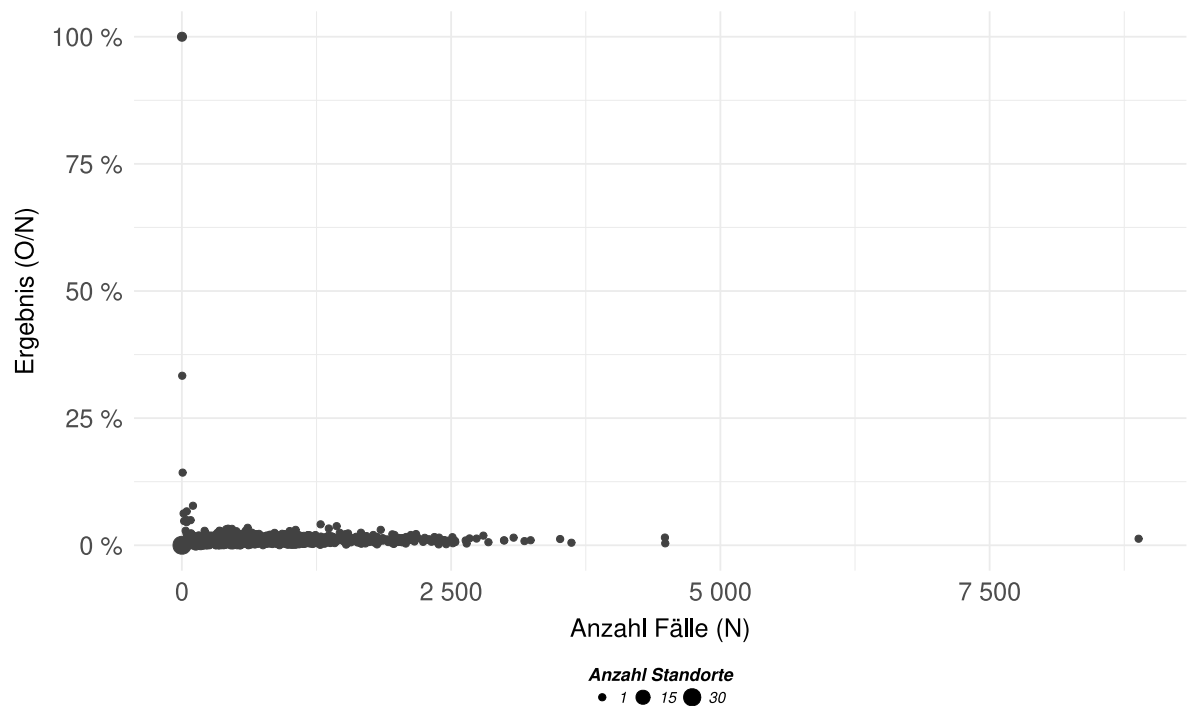
| | |
|-----------------|---|
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| ID | 2501 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär 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 |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 10.814 / 999.870 2019: 10.861 / 1.006.895 | 2017: - 2018: 1,08 % 2019: 1,08 % | 2017: - 2018: 1,06 % - 1,10 % 2019: 1,06 % - 1,10 % |

Details zu den Ergebnissen

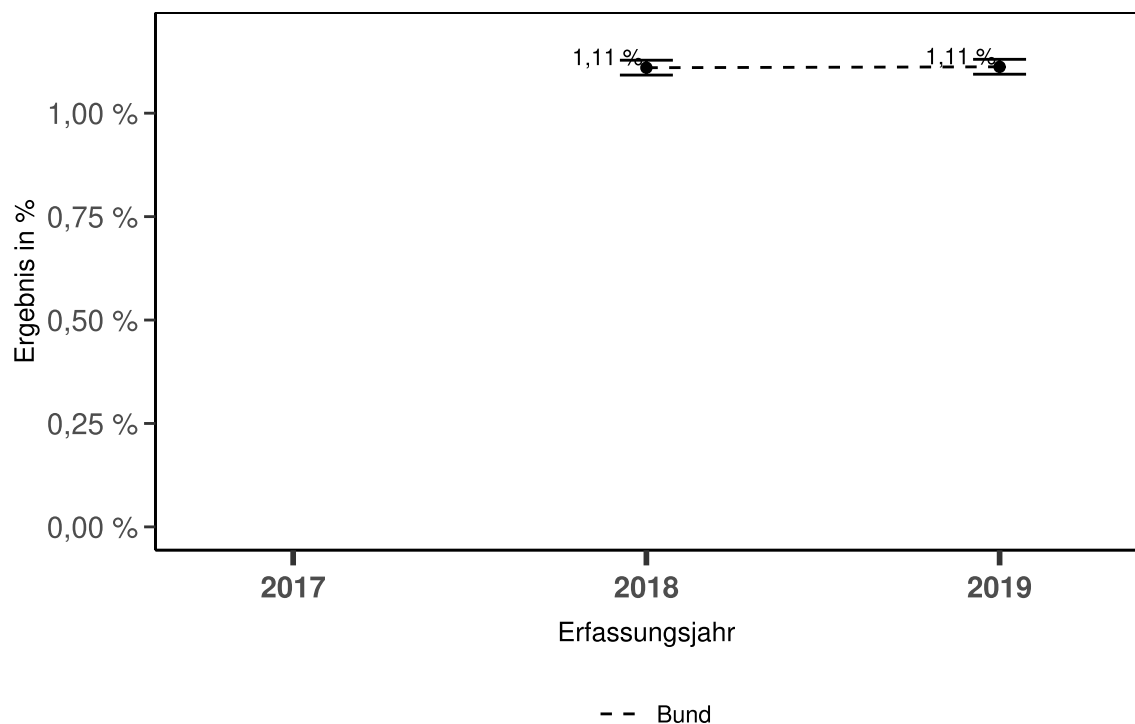
| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|----------------------------|
| 2.1 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | 1,08 % 10.861/1.006.895 |
| 2.1.1 | Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 1,41 % 1.061/75.382 |
| 2.1.2 | Gefäßchirurgie | 3,19 % 306/9.600 |
| 2.1.3 | Gynäkologie und Geburtshilfe | 1,46 % 353/24.137 |
| 2.1.4 | Herzchirurgie | 0,76 % 1.122/148.544 |
| 2.1.5 | Plastische Chirurgie | 0,79 % 428/54.107 |
| 2.1.6 | Orthopädie/Unfallchirurgie | 1,05 % 8.277/787.621 |
| 2.1.7 | Urologie | 0,66 % 114/17.323 |

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

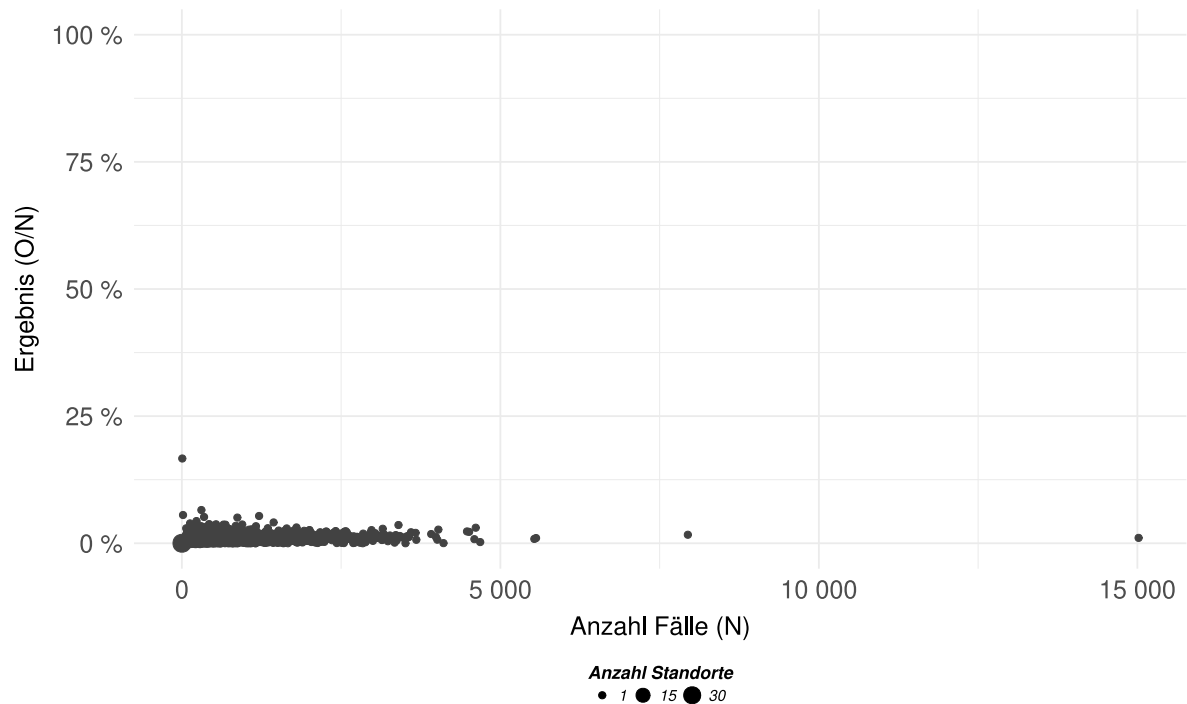
| Qualitätsziel | Die Rate an tiefen nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
|-----------------|--|
| ID | 2502 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

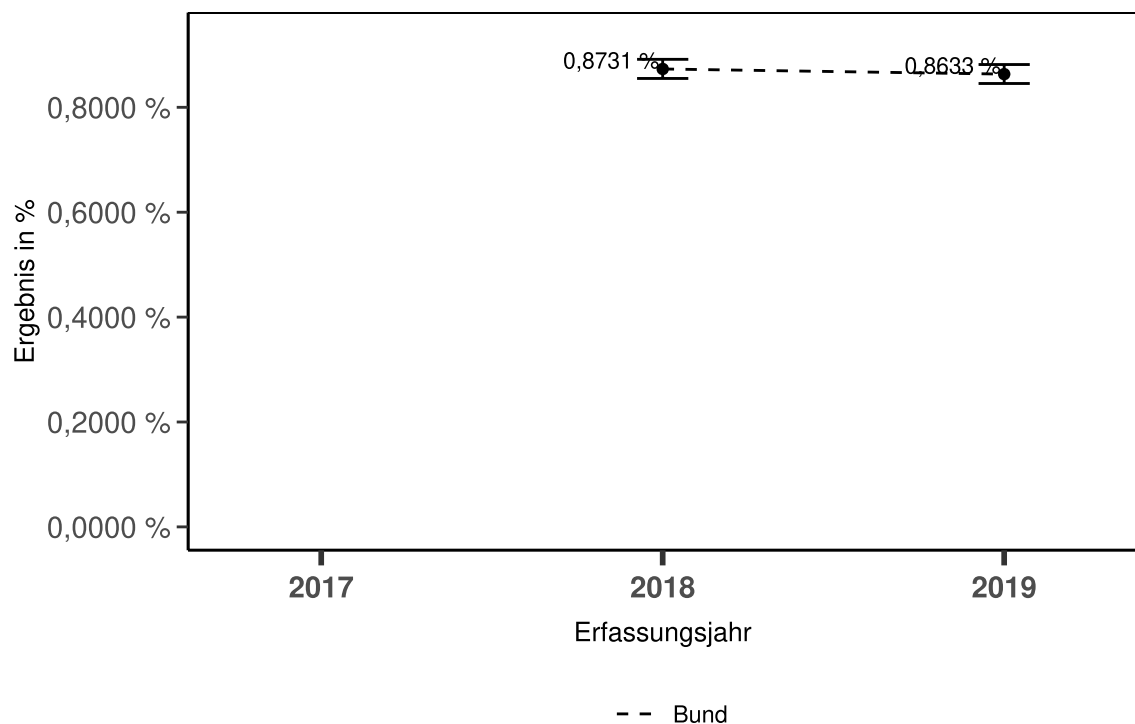
| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 14.512 / 1.307.426 2019: 14.487 / 1.302.713 | 2017: - 2018: 1,11 % 2019: 1,11 % | 2017: - 2018: 1,09 % - 1,13 % 2019: 1,09 % - 1,13 % |

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

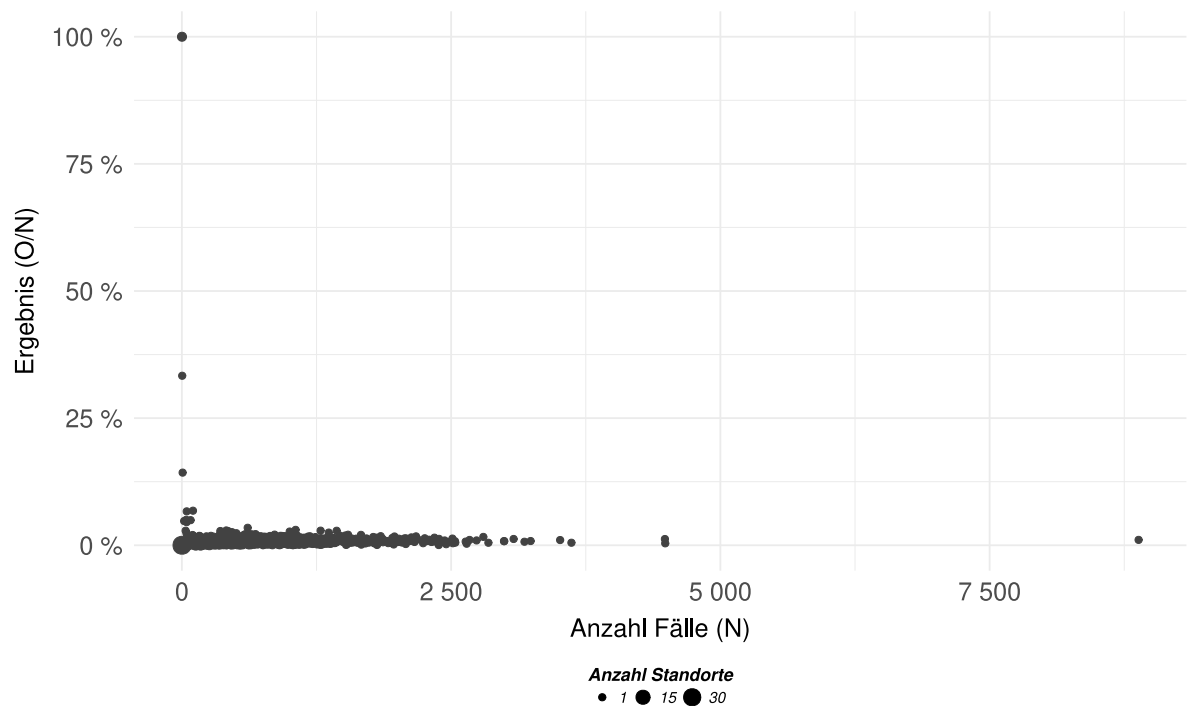
| Qualitätsziel | Die Rate an tiefen nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
|-----------------|--|
| ID | 2503 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

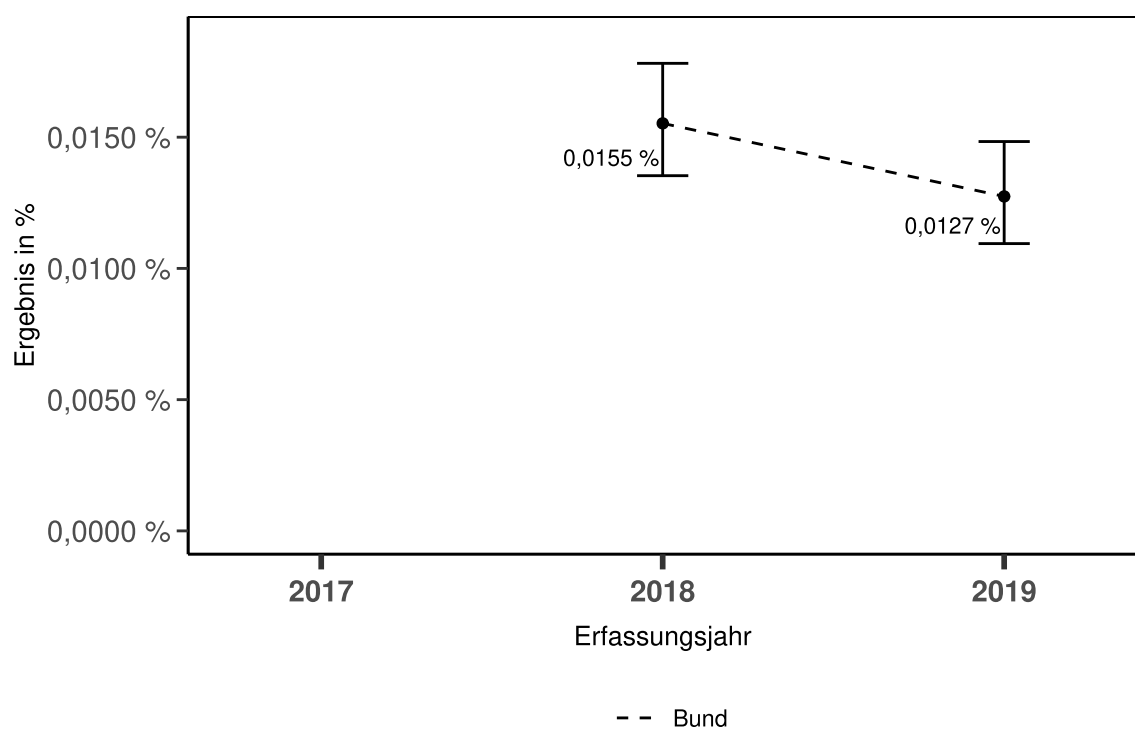
| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 8.730 / 999.870 2019: 8.693 / 1.006.895 | 2017: - 2018: 0,87 % 2019: 0,86 % | 2017: - 2018: 0,86 % - 0,89 % 2019: 0,85 % - 0,88 % |

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

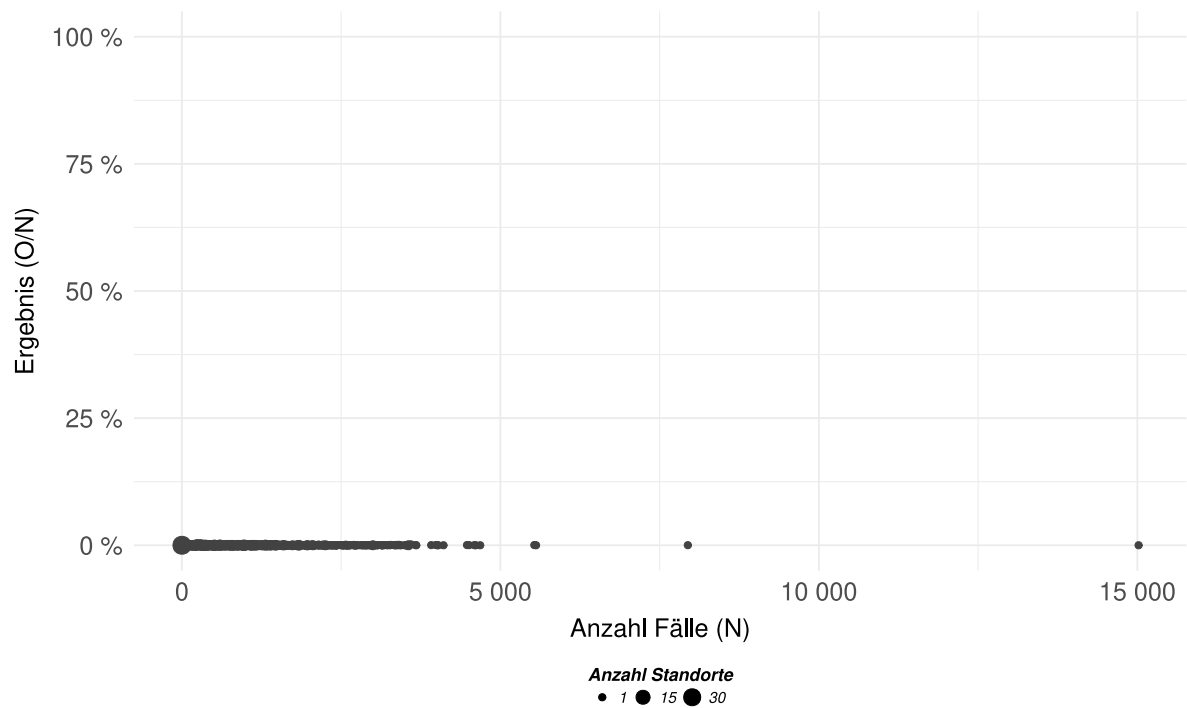
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
|-----------------|---|
| ID | 2504 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Nicht-Implantat-Operationen 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 | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

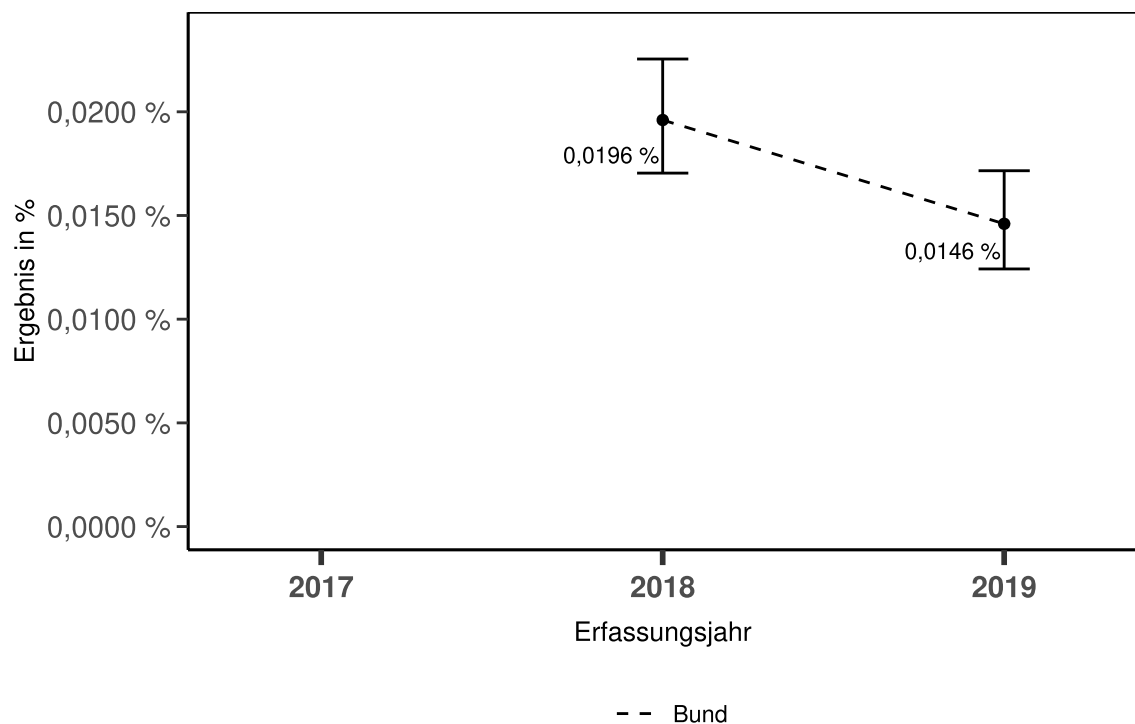
| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 203 / 1.307.426 2019: 166 / 1.302.713 | 2017: - 2018: 0,02 % 2019: 0,01 % | 2017: - 2018: 0,01 % - 0,02 % 2019: 0,01 % - 0,01 % |

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

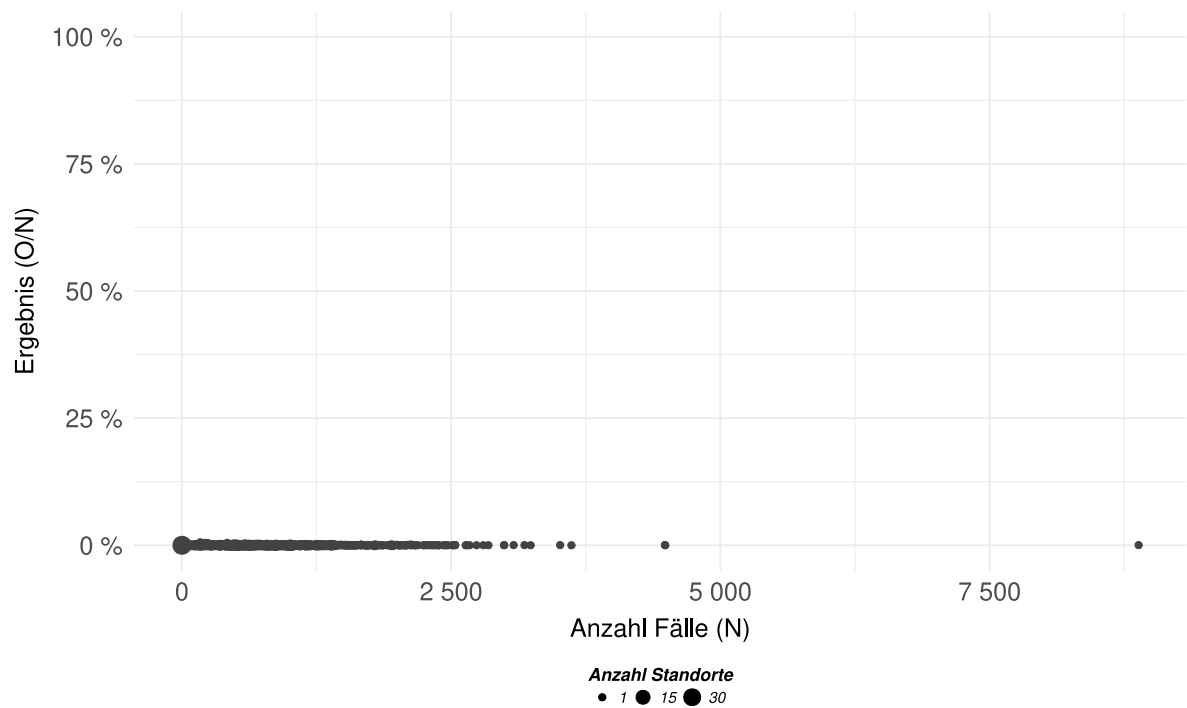
| | |
|-----------------|--|
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
| ID | 2505 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Stationäre Implantat-Operationen 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 | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

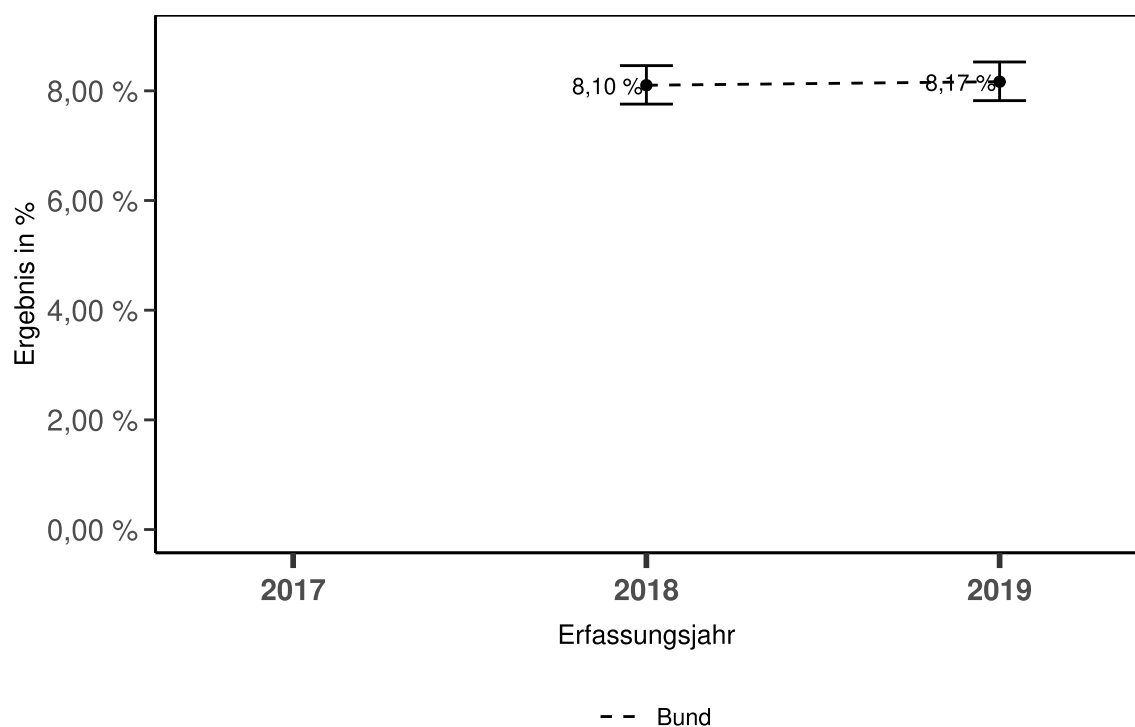
| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 196 / 999.870 2019: 147 / 1.006.895 | 2017: - 2018: 0,02 % 2019: 0,01 % | 2017: - 2018: 0,02 % - 0,02 % 2019: 0,01 % - 0,02 % |

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

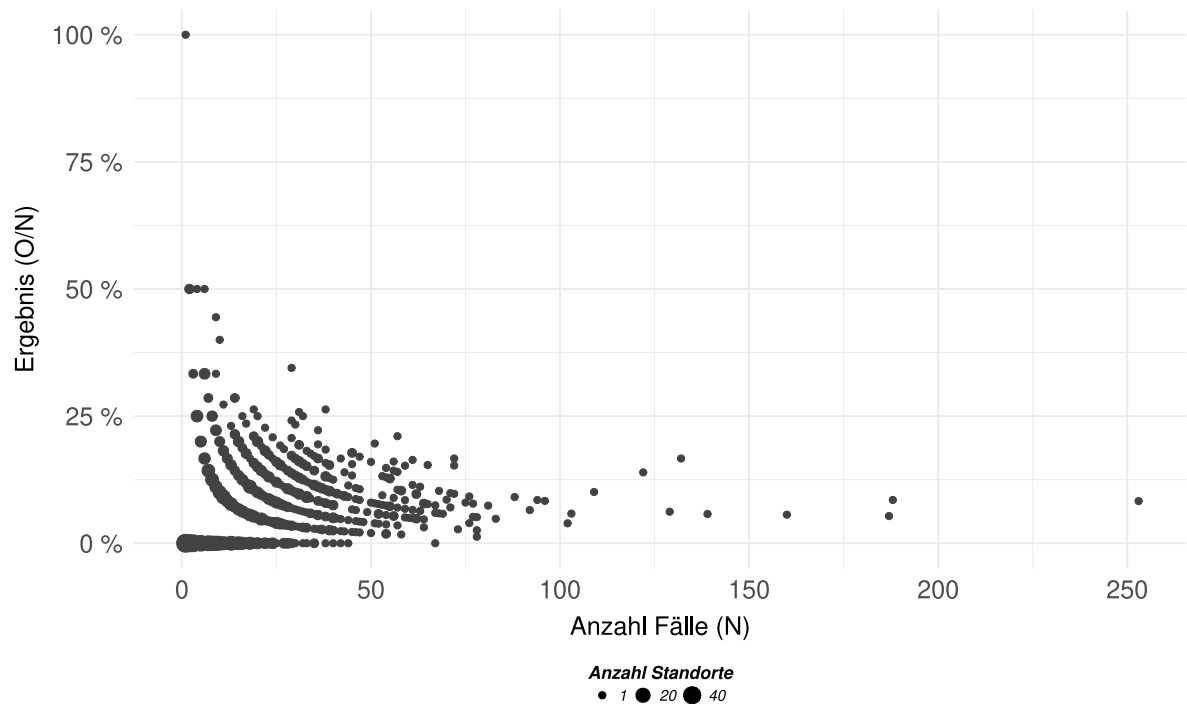
| | |
|-----------------|--|
| Qualitätsziel | - |
| ID | 342000 |
| Grundgesamtheit | Alle stationären Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Zähler | Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

| EJ 2019 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|--|--|--|
| Bund | 2017: - / - 2018: 1.883 / 23.242 2019: 1.893 / 23.180 | 2017: - 2018: 8,10 % 2019: 8,17 % | 2017: - 2018: 7,76 % - 8,46 % 2019: 7,82 % - 8,53 % |



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung

Erfassungsjahr 2019

Veröffentlichungsdatum: 09. August 2021

Impressum

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

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Ergebnisübersicht..... | 4 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019..... | 5 |
| Einleitung..... | 6 |
| Datengrundlagen..... | 9 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 10 |
| Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen | 11 |
| Detailergebnisse 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 Rückmeldebericht beinhaltet erstmals die Ergebnisse zu den sozialdatenbasierten Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektion für das QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) sowie zur Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 17. Dezember 2020 ist die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4640/>). Daher sind in dem vorliegenden Rückmeldebericht keine Ergebnisse zu den Indikatoren und Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement enthalten.

Auf der nächsten Seite finden Sie eine Übersicht die Ergebnisse zu den Indikatoren und zur Kennzahl finden Sie auf der nächsten Seite. Detailliertere Auswertungen finden sich im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

CAVE: Da noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt worden sind und außerdem auch keine Risikoadjustierung entwickelt werden konnte, ist die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse eingeschränkt. Das IQTIG empfiehlt aufgrund dessen im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche. Stellungnahmeverfahren können nach Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden. Details zu den Hintergründen finden sich im Kapitel „Datengrundlage“ dieses Berichtes.

In diesem Bericht sind ausschließlich die Ergebnisse zu den Indikatoren zu ambulanten Operationen enthalten. Leistungserbringer, die sowohl ambulante als auch stationäre Tracer-Operationen durchgeführt haben, erhalten einen separaten Bericht zu den Indikatoren zu stationären Operationen.

Die technische Umsetzung einer Basisauswertung mit Sozialdaten befindet sich noch in der Entwicklung und kann aktuell nicht dargestellt werden. Eine Darstellung wird für das nächste Berichtsjahr avisiert.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019

| Indikatoren / Kennzahlen | | | | Bund (gesamt) | |
|--------------------------|---|----------------------|---------|-----------------------|------------------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl | Referenz- bereich | Tendenz | Ergebnis | Vertrauens- bereich |
| 1500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,10 % N = 587.336 | 0,09 % - 0,11 % |
| 1501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,15 % N = 53.806 | 0,12 % - 0,19 % |
| 1502 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,00 % N = 587.336 | 0,00 % - 0,00 % |
| 1503 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | Nicht definiert | → | 0,00 % N = 53.806 | 0,00 % - 0,01 % |
| 332000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) | | → | 0,00 % N = 448 | 0,00 % - 0,85 % |

↗ ↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

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 zweites sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI bedeutet dies, dass sowohl Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich als auch Krankenhäuser Daten für Qualitätsindikatoren übermitteln. Dabei gehen z.B. ambulante Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese im 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 als notwendig erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll ambulante und stationäre Leistungserbringer 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 ambulanten oder stationären Leistungserbringer mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren. Zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. In diesem Bericht werden aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen dargestellt. Für deren Berechnung werden Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen herangezogen. Dabei beziehen sich 4 Qualitätsindikatoren auf ambulante Operationen und 6 auf stationäre Operationen. Zu stationären Operationen gibt es 2 Qualitätsindikatoren, die sich ausschließlich auf tiefe Wundinfektionen beziehen.

Der aktuelle Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. Ergebnisse zu den Indikatoren der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement liegen aufgrund des Beschlusses des G-BA zur Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das EJ 2020 nicht vor.

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-Eingriffe 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 auch um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Entsprechend werden nur postoperative Wundinfektionen berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Diese Information 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 gewonnene 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 Kode 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 dokumentiert werden.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, 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. Aus Datenschutzgründen dürfen derzeit nur Informationen über patientenbezogene Verknüpfungen von Operationen und Wundinfektionen an diejenigen Leistungserbringer zurückgemeldet werden, die sowohl die Operation durchgeführt haben, als auch die verknüpfte Infektion dokumentiert haben. Leistungserbringer aus dem niedergelassenen Bereich erhalten daher keine ATR-Listen. Für Krankenhäuser sind Informationen zu Patienten, die im eigenen Haus operiert wurden, deren Wundinfektion aber in einem anderen Krankenhaus diagnostiziert wurde, nicht enthalten.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren 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.

Datengrundlagen

Die Grundlage für die Berechnung der Indikatoren und der Kennzahl in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Zum Erfassungsjahr 2017 wurden nicht sämtliche Falldaten aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wie spezifiziert übermittelt. Es liegen 85% der erwarteten Nennerdaten vor (Modul NWITR). Weiterhin wurden 2017 91% der erwarteten Fälle mit potentiellen Wundinfektionen und den zugehörigen Fällen mit Tracer-Operationen übermittelt (Modul NWIWI). Dies hat zur Folge, dass einige Verknüpfungen von dokumentierten Wundinfektionen zu Tracer-Operationen nicht erfolgen können. Weiterhin fehlen ca. 12 % der Fälle, die nach §115b (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (NWIWI und NWITR).

Zu den Operationsfällen aus dem niedergelassenen Bereich wurden in 30% der Fälle entweder OPS-Kodes oder GOP-Kodes übermittelt. Da ohne OPS-Code nicht die genaue Operation ermittelt werden kann und ohne GOP nicht das Daten der Operation, können diese Operationen nicht mit ggf. dokumentierten Wundinfektionen verknüpft werden.

Aufgrund dieser Datenlage werden die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 nicht dargestellt.

Jedoch sind aufgrund von fehlenden Daten auch die Ergebnisse zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht frei von Verzerrungen, was die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse einschränkt. Für 2018 und 2019 wurden ca. 89% der Tracer-Operationen zum Spezifikationsmodul NWITR übermittelt (gegenüber ca. 85% zum Erfassungsjahr 2017). Bezogen auf die fehlenden Daten zum ambulanten Operieren am Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich kam es auch zu den Erfassungsjahren 2018 und 2019 nicht zu Verbesserungen der Datenlage, sodass hier weiterhin ggf. dokumentierte Wundinfektionen nicht verknüpft werden konnten. Die sonstigen Einschränkungen betrafen das Spezifikationsmodul NWIWI und bestehen für die Erfassungsjahre 2018 und 2019, zumindest für den stationären Bereich, nicht mehr.

Wenn Daten bezogen auf das Modul NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Nenner der Indikatoren aus. Bei Leistungserbringern, für die Zählerfälle vorliegen, bedeutet jeder fehlende Nennerfall eine Verzerrung, die zu einem falsch erhöhten Ergebnis führt. Fehlen Daten bezogen auf das Modul NWIWI, kann sich dies auch auf die Zählerfälle auswirken.

Für die Jahre 2018 und 2019 ergeben sich entsprechend Verzerrungen in den QIs zu stationären Operationen bezogen auf Fälle, die in die Nenner der Indikatoren eingehen. In den QIs zu ambulanten Operationen ergeben sich darüber hinaus auch Verzerrungen, die zu weniger

Zählerfällen führen.

Aufgrund dessen empfiehlt das IQTIG keine Referenzbereiche für die Indikatoren. Falls Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, sollte dies im Bewusstsein geschehen, dass die hier dargestellten Verzerrungen Einfluss auf einzelne Leistungserbringerergebnisse haben.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die auf Ebene der Institutionskennzeichnungsnummer (IKNR) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten sowie die Angaben zur Vollständigkeit für das Erfassungsjahr 2019 dar. Die QS-Dokumentation erfolgt ausschließlich durch Krankenhäuser. Die so ermittelten Informationen zu postoperativen Wundinfektionen werden jedoch auch mit ambulanten Tracer-Operationen, auch aus dem niedergelassenen Bereich, verknüpft.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Krankenhaus 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 Erfassungsjahr 2019 wurden dem IQTIG insgesamt 305.680 Datensätze aus dem Spezifikationsmodul für die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) übermittelt. Dabei lag die Vollständigkeit bei 96,27 %. In 94.416 Bögen (30,9 %) wurde angegeben, dass eine postoperative Wundinfektion vorlag.

| Erfassungsjahr 2019 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---|---|-------------------------|----------|-------------------------|
| Bund (gesamt) | Eingegangene Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 305.680 305.680 0 | 317.534 | 96,27 |
| Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) | | 1.382 | | |

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 361.834 potentielle postoperative Wundinfektionen (Spezifikationsmodul NWIWI) von Patientinnen und Patienten, die im Kalenderjahr 2019 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, an das IQTIG übermittelt. Für 93.869 der 94.416 Fälle (99,4 %) 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 33.357 Fälle (10,9 % aller NWIF-Fälle) mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden. Die Verknüpfungen werden – je nach Operationsdatum des Tracer-Eingriffes – in den Qualitätsindikatoren 2018 bzw. 2019 berücksichtigt.

Hinweis: Da die Abfrage fachlicher Plausibilitäten nicht vollständig bis zur Bereitstellung der Rückmeldeberichte abgeschlossen werden konnte, ist es möglich, dass einige Verknüpfungen von Wundinfektionen und Tracer-Operation nicht erfolgen konnten. Die fachlichen Einschätzungen wird das IQTIG gesondert bereitstellen.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der Tracer-Eingriffe da die insgesamt übermittelt worden und in den Nenner der Qualitätsindikatoren eingegangen sind. Unter „Ihre Daten“ ist die Anzahl der Fälle angegeben, die in diesem Bericht in den Nenner der jeweiligen Indikatoren der hier adressierten Einrichtung eingegangen sind.

| Erfassungsjahr 2019 | Anzahl übermittelter Tracer-Eingriffe (NWITR) |
|--|---|
| Ambulant operierende Krankenhäuser | 163.057 |
| Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen | 482.451 |
| Ambulant operierende Leistungserbringer | 645.508 |

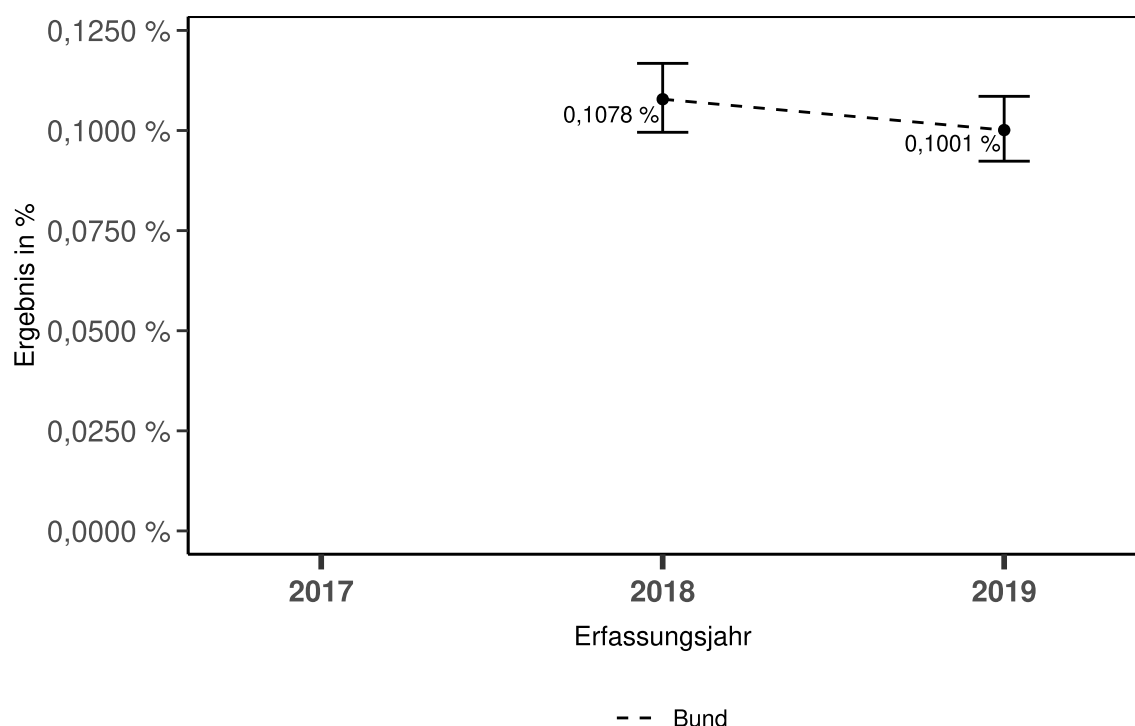
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

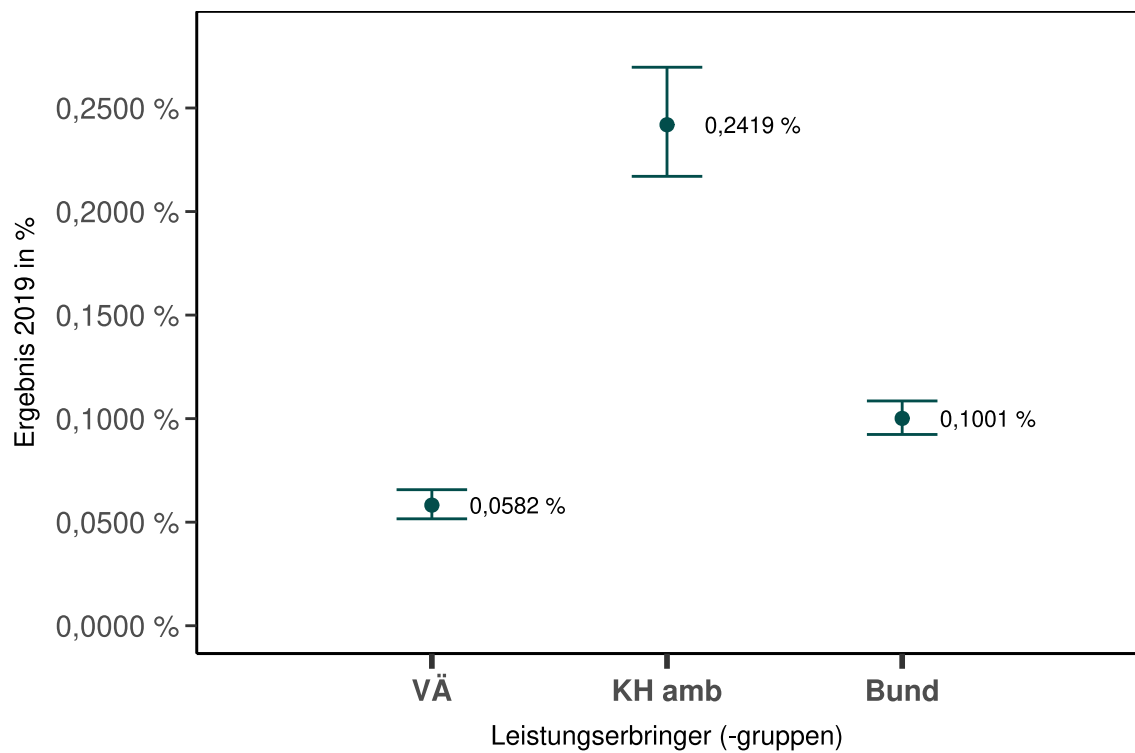
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
|-----------------|---|
| ID | 1500 |
| Grundgesamtheit | Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

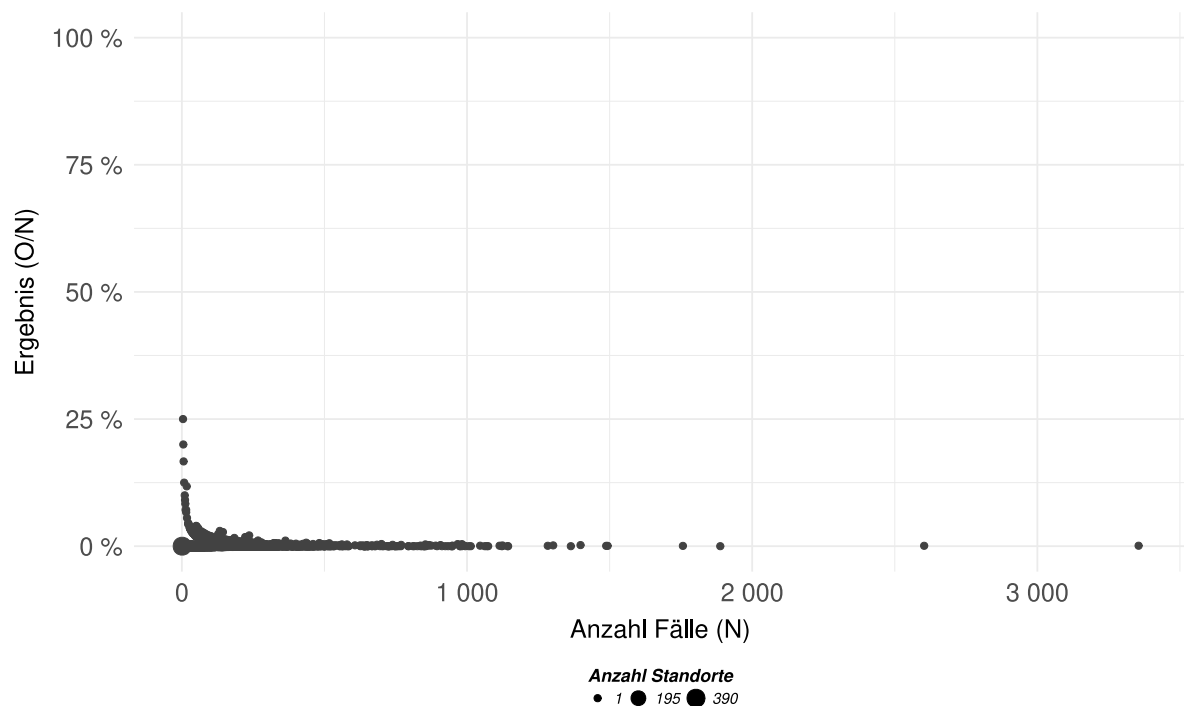
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2019 | | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----|--|--|--|
| Ambulant | VÄ | 2017: - / - 2018: 302 / 425.254 2019: 264 / 453.400 | 2017: - 2018: 0,07 % 2019: 0,06 % | 2017: - 2018: 0,06 % - 0,08 % 2019: 0,05 % - 0,07 % |
| | KH | 2017: - / - 2018: 301 / 134.006 2019: 324 / 133.936 | 2017: - 2018: 0,22 % 2019: 0,24 % | 2017: - 2018: 0,20 % - 0,25 % 2019: 0,22 % - 0,27 % |
| Bund | | 2017: - / - 2018: 603 / 559.260 2019: 588 / 587.336 | 2017: - 2018: 0,11 % 2019: 0,10 % | 2017: - 2018: 0,10 % - 0,12 % 2019: 0,09 % - 0,11 % |

Details zu den Ergebnissen

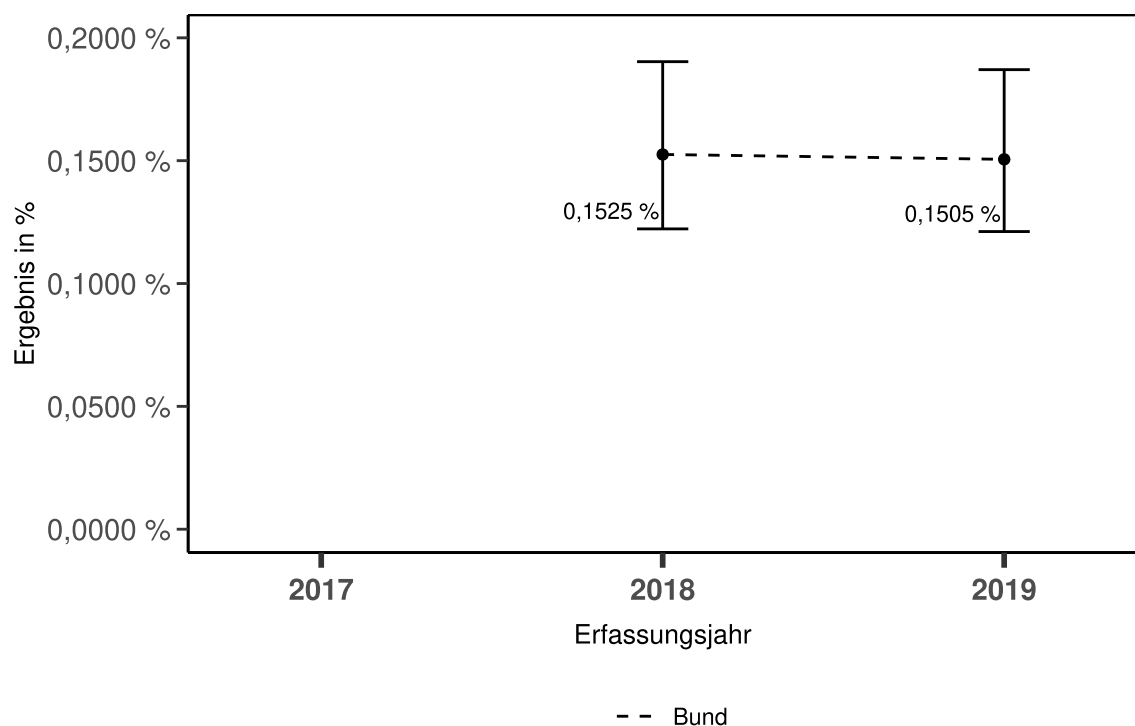
| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 1.1 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | 0,10 % 588/587.336 |
| 1.1.1 | Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 0,26 % 60/23.491 |
| 1.1.2 | Gefäßchirurgie | 0,19 % 102/52.478 |
| 1.1.3 | Gynäkologie und Geburtshilfe | 0,08 % 19/25.148 |
| 1.1.4 | Plastische Chirurgie | 0,14 % 11/7.910 |
| 1.1.5 | Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,08 % 394/484.752 |
| 1.1.6 | Urologie | 0,36 % 14/3.851 |

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

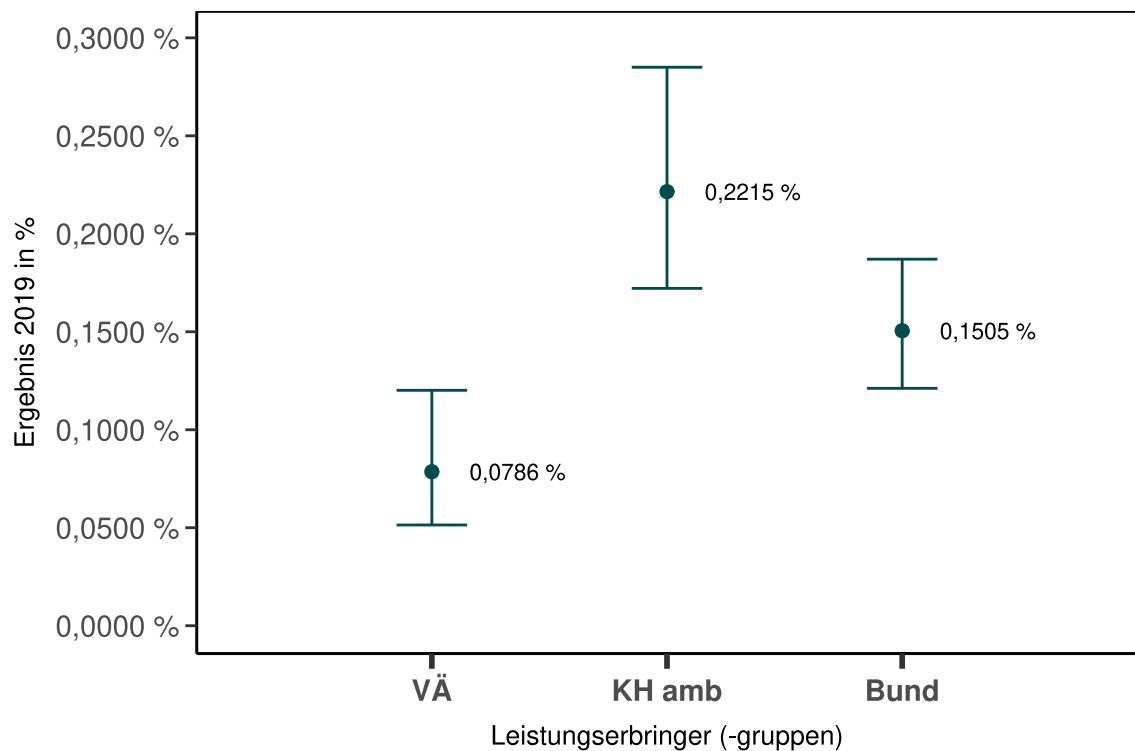
| | |
|-----------------|--|
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| ID | 1501 |
| Grundgesamtheit | Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär 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 | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

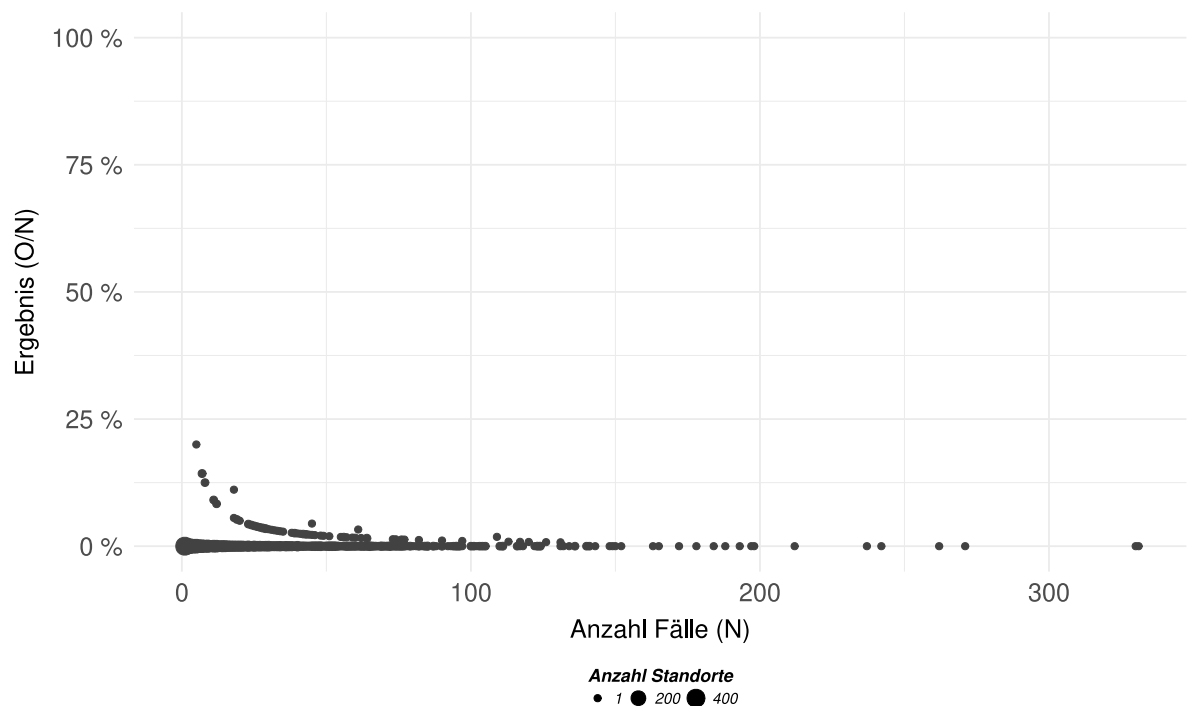
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2019 | | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----|--|--|--|
| Ambulant | VÄ | 2017: - / - 2018: 26 / 24.958 2019: 21 / 26.719 | 2017: - 2018: 0,10 % 2019: 0,08 % | 2017: - 2018: 0,07 % - 0,15 % 2019: 0,05 % - 0,12 % |
| | KH | 2017: - / - 2018: 52 / 26.182 2019: 60 / 27.087 | 2017: - 2018: 0,20 % 2019: 0,22 % | 2017: - 2018: 0,15 % - 0,26 % 2019: 0,17 % - 0,28 % |
| Bund | | 2017: - / - 2018: 78 / 51.140 2019: 81 / 53.806 | 2017: - 2018: 0,15 % 2019: 0,15 % | 2017: - 2018: 0,12 % - 0,19 % 2019: 0,12 % - 0,19 % |

Details zu den Ergebnissen

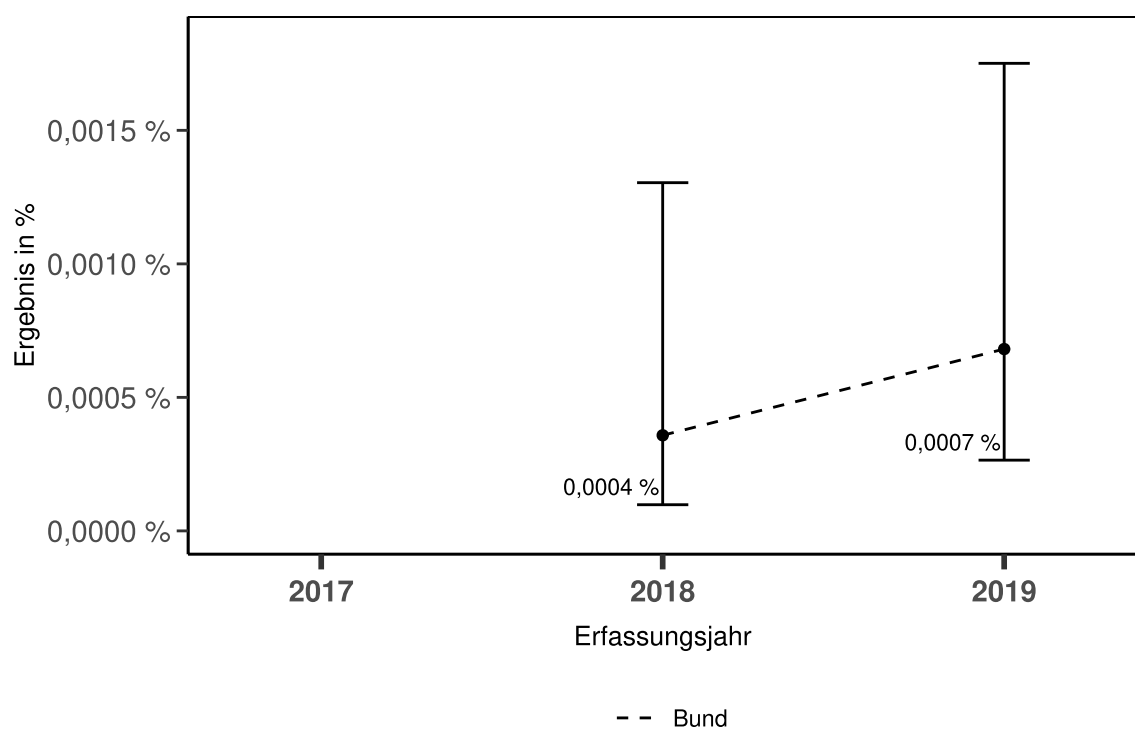
| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|---|---------------------------|
| 2.1 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | 0,15 % 81/53.806 |
| 2.1.1 | Chirurgie/Allgemeinchirurgie | 0,24 % 7/2.922 |
| 2.1.2 | Gefäßchirurgie | 5,26 % ≤3/19 |
| 2.1.3 | Gynäkologie und Geburtshilfe | 1,96 % ≤3/51 |
| 2.1.4 | Plastische Chirurgie | 0,26 % 5/1.933 |
| 2.1.5 | Orthopädie/Unfallchirurgie | 0,14 % 68/49.663 |
| 2.1.6 | Urologie | 0,00 % ≤3 |

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

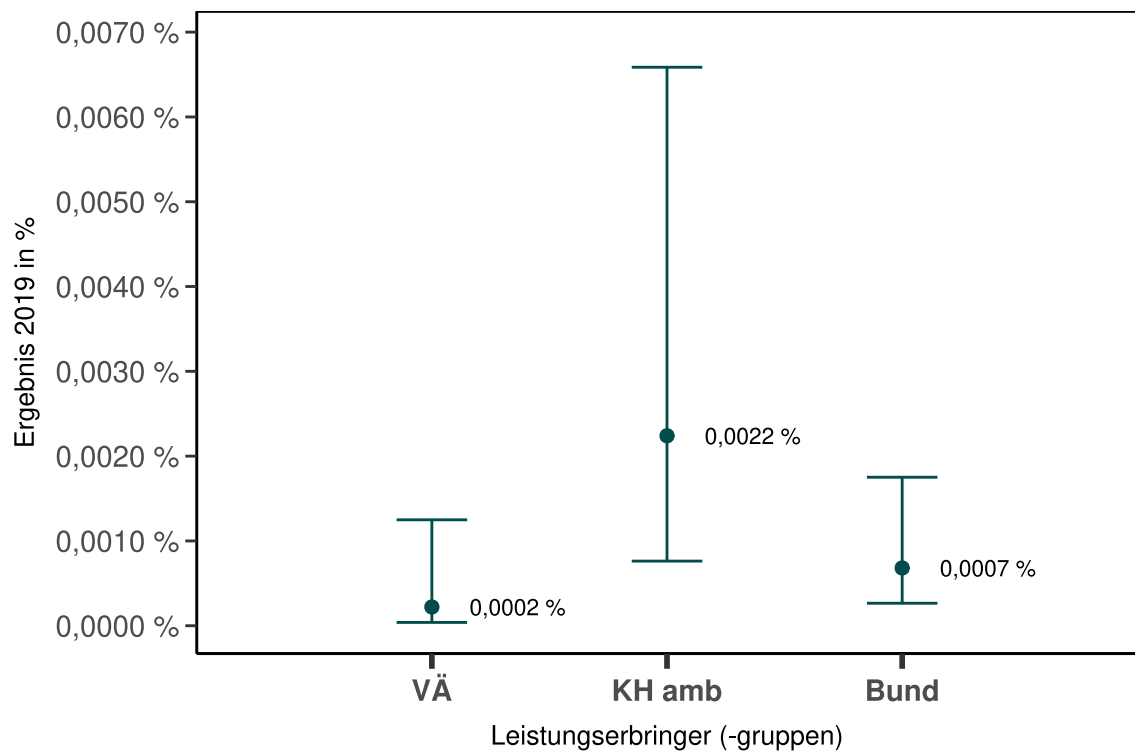
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
|-----------------|--|
| ID | 1502 |
| Grundgesamtheit | Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Ambulante Nicht-Implantat-Operationen 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 | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

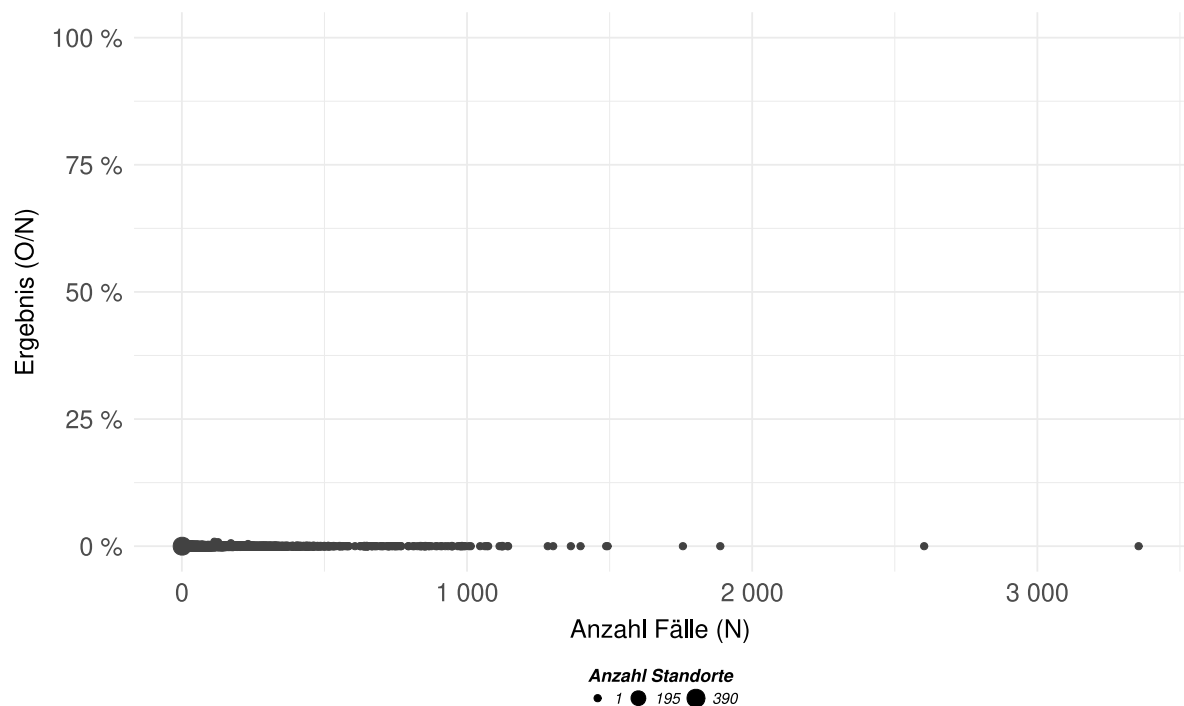
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

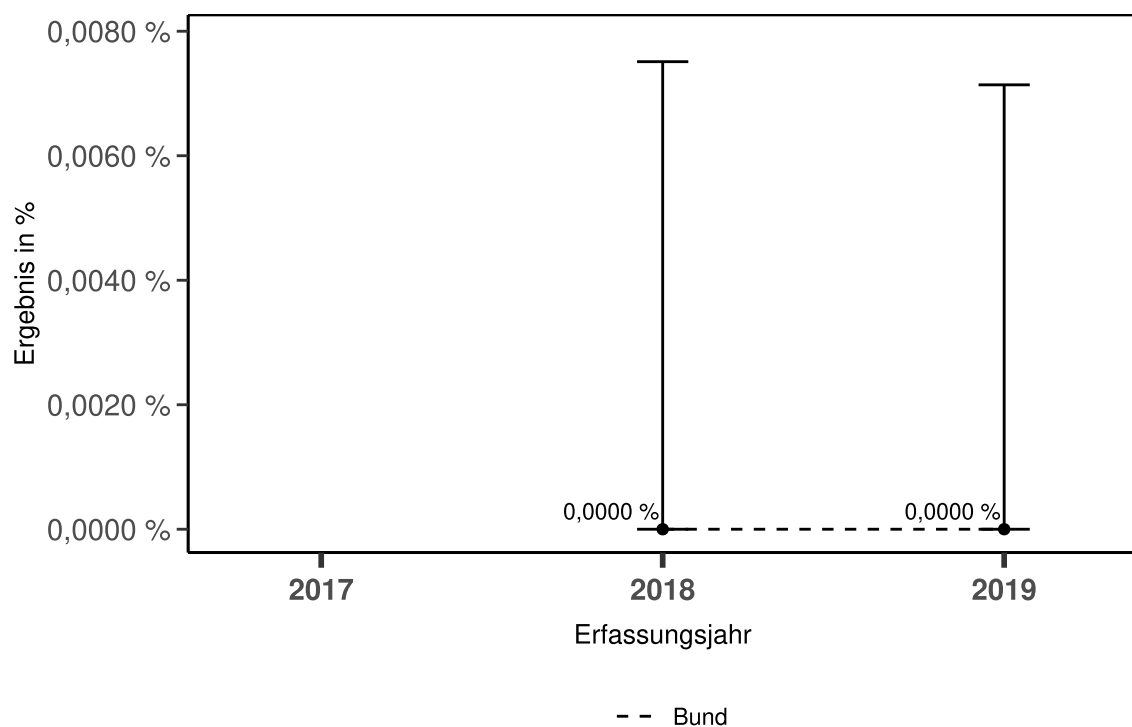
| EJ 2019 | | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----|--|--|--|
| Ambulant | VÄ | 2017: - / - 2018: ≤3 / 425.254 2019: ≤3 / 453.400 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,00 % |
| | KH | 2017: - / - 2018: ≤3 / 134.006 2019: ≤3 / 133.936 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,01 % |
| Bund | | 2017: - / - 2018: ≤3 / 559.260 2019: 4 / 587.336 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,00 % 2019: 0,00 % - 0,00 % |

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

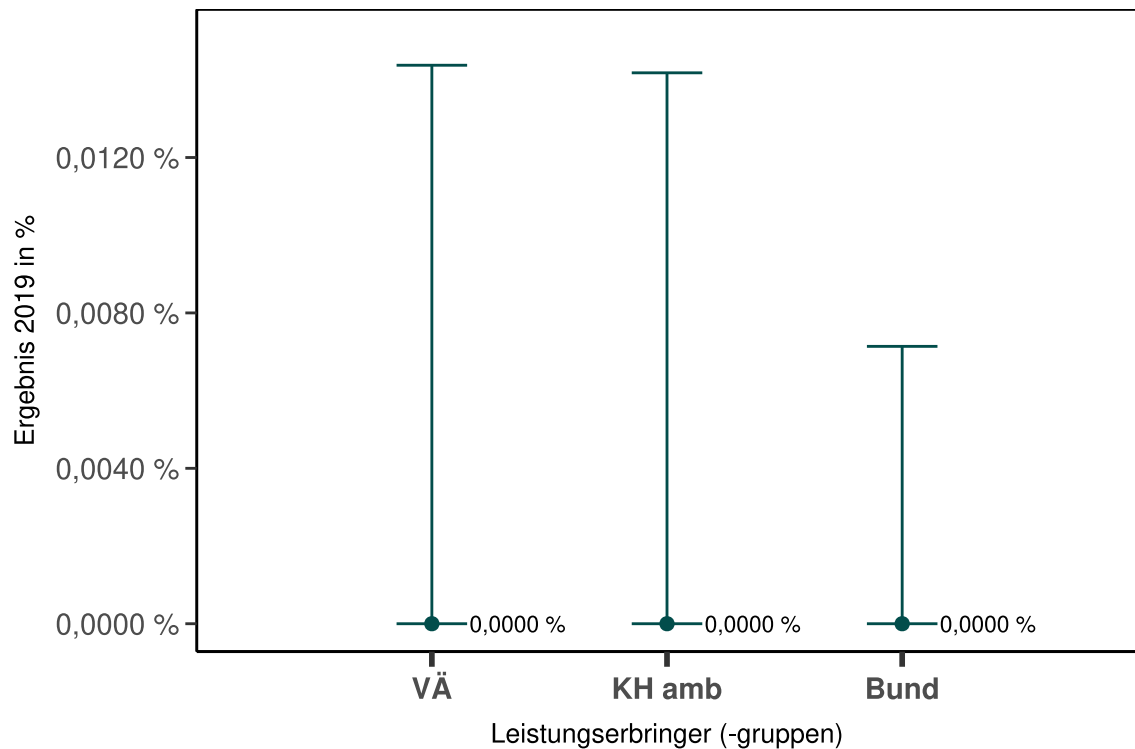
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
|-----------------|---|
| ID | 1503 |
| Grundgesamtheit | Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe |
| Zähler | Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, 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 | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

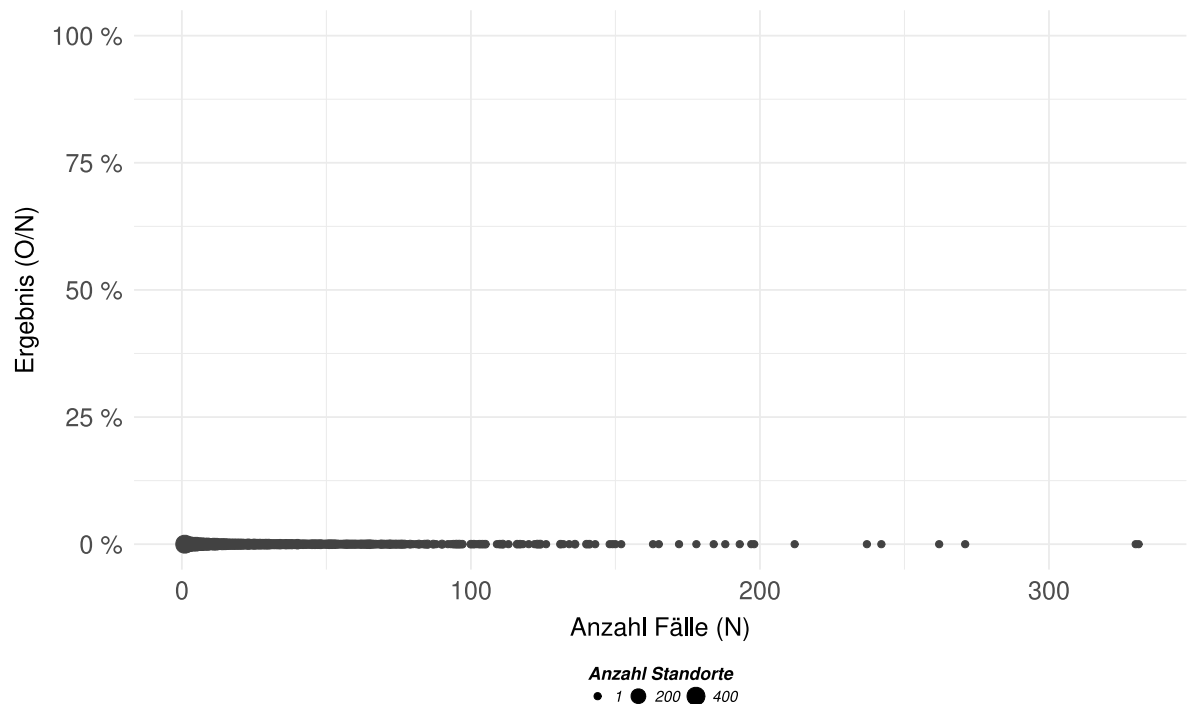
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

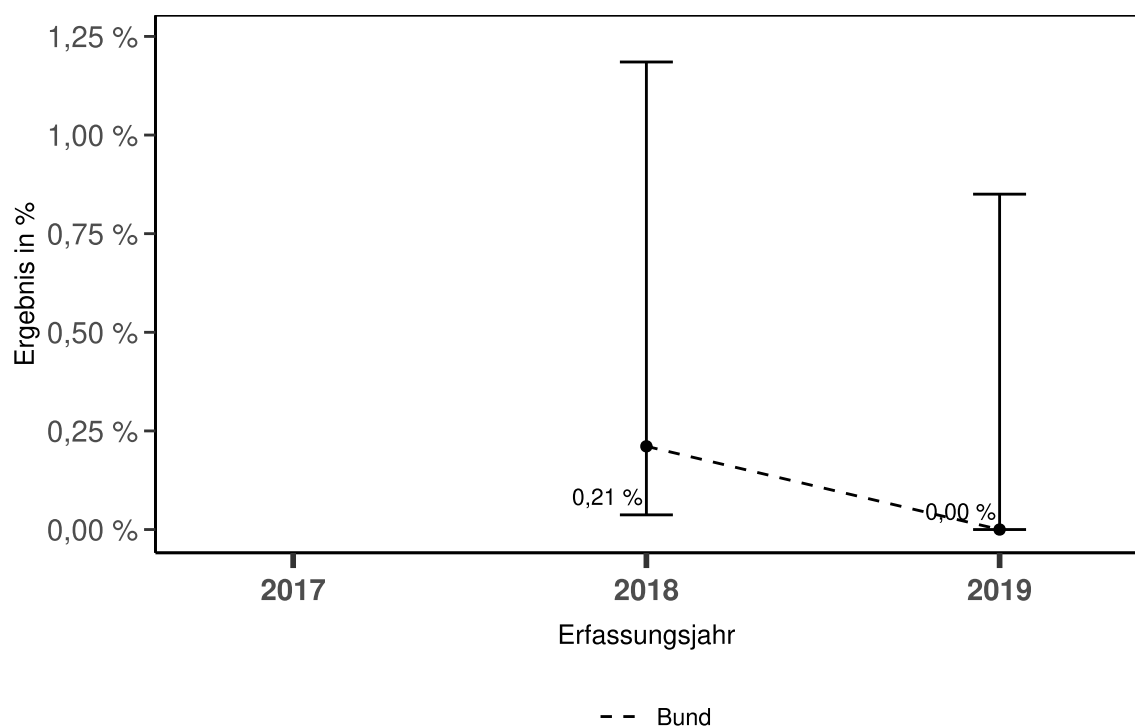
| EJ 2019 | | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----|--|--|--|
| Ambulant | VÄ | 2017: - / - 2018: 0 / 24.958 2019: 0 / 26.719 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,02 % 2019: 0,00 % - 0,01 % |
| | KH | 2017: - / - 2018: 0 / 26.182 2019: 0 / 27.087 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,01 % 2019: 0,00 % - 0,01 % |
| Bund | | 2017: - / - 2018: 0 / 51.140 2019: 0 / 53.806 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 0,01 % 2019: 0,00 % - 0,01 % |

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

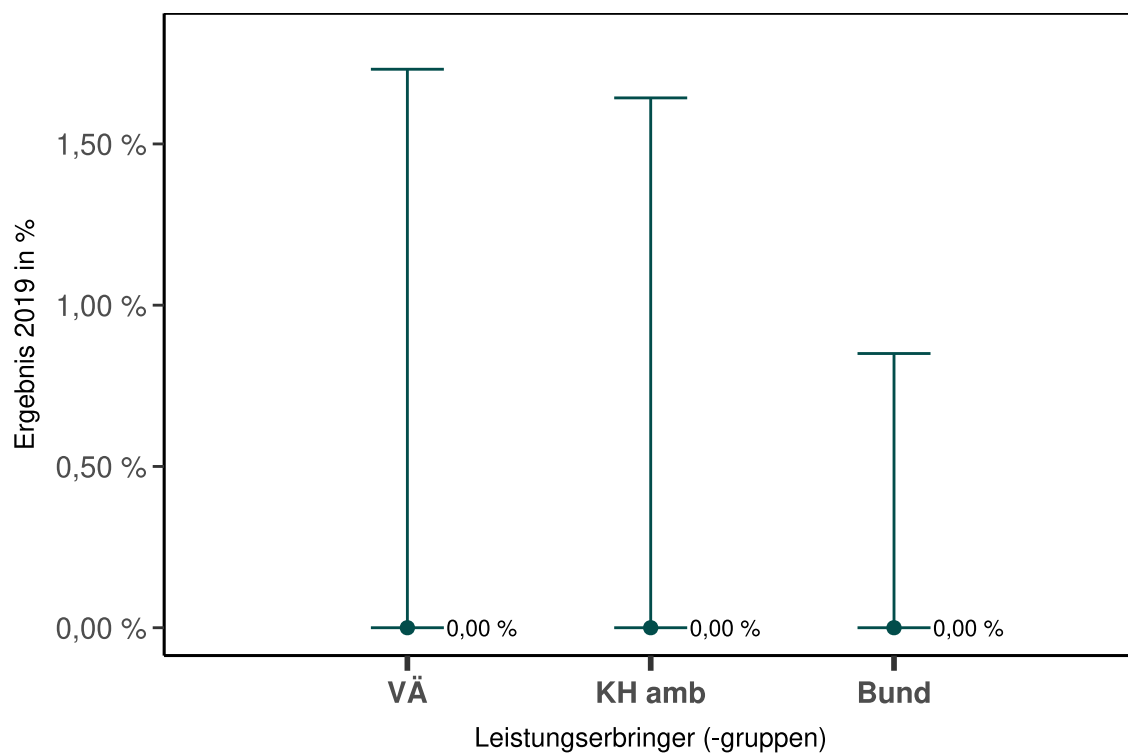
| | |
|-----------------|---|
| Qualitätsziel | - |
| ID | 332000 |
| Grundgesamtheit | Alle ambulanten Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann |
| Zähler | Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben |
| Datenquellen | QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten 2019 |

Ergebnisse im Zeitverlauf

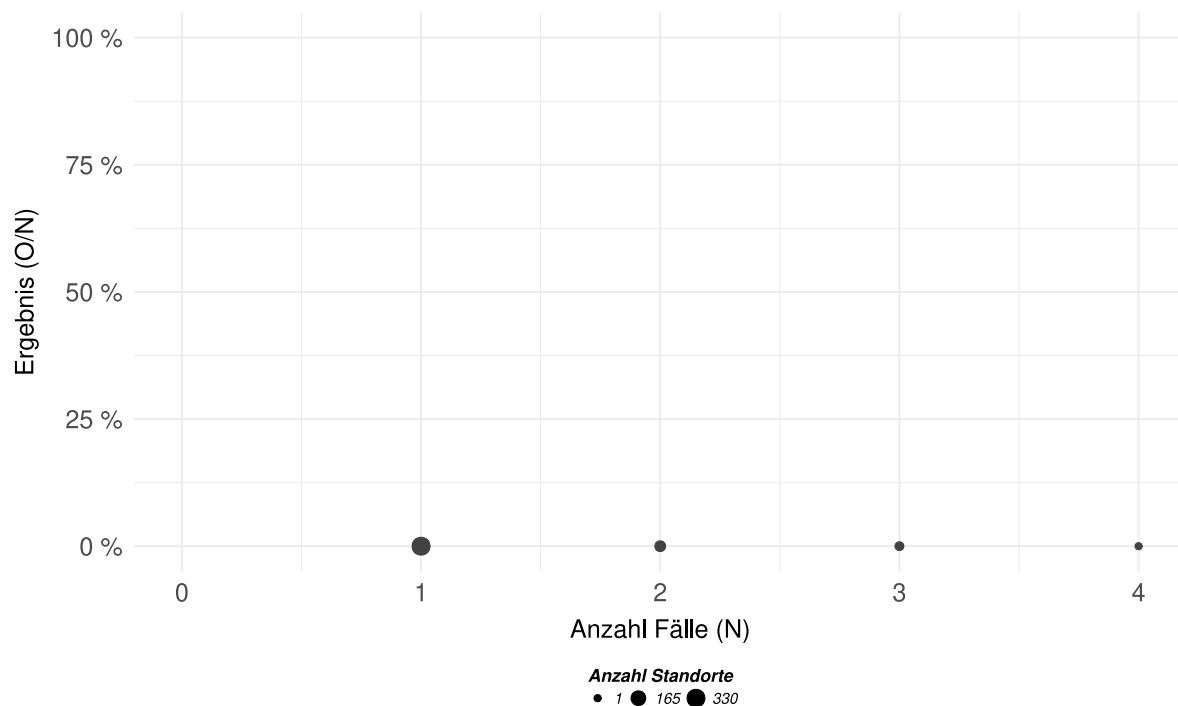
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2019 | | Ergebnis O/N | Ergebnis % | Vertrauensbereich % |
|-------------|----|---|--|--|
| Ambulant | VÄ | 2017: - / - 2018: ≤3 / 251 2019: 0 / 218 | 2017: - 2018: 0,40 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,07 % - 2,22 % 2019: 0,00 % - 1,73 % |
| | KH | 2017: - / - 2018: 0 / 223 2019: 0 / 230 | 2017: - 2018: 0,00 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,00 % - 1,69 % 2019: 0,00 % - 1,64 % |
| Bund | | 2017: - / - 2018: ≤3 / 474 2019: 0 / 448 | 2017: - 2018: 0,21 % 2019: 0,00 % | 2017: - 2018: 0,04 % - 1,19 % 2019: 0,00 % - 0,85 % |