

Bundesland: Baden-Württemberg

# **Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)**

Auswertung für die Landesarbeitsgemeinschaften –  
stationäre Versorgung (2018)

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 30.06.2019

---

## **Impressum**

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Glossar.....  | 4  |
| Abkürzungsverzeichnis.....  | 6  |
| Zusammenfassung.....  | 7  |
| Hintergrund und Zielsetzung des Berichts .....                                    | 9  |
| Leseanleitung zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorgruppen ..... | 12 |
| Datengrundlagen.....  | 13 |
| Ergebnisübersicht.....  | 15 |

## Glossar

**Ambulante Leistungserbringer:** Im vorliegenden Bericht wird der Einfachheit halber die Formulierung „Ambulante Leistungserbringer“ verwendet, um Ärzte und Krankenhäuser zu beschreiben, die ambulante Leistungen erbringen.

**Datensatz:** Ein fallbezogener Datensatz stellt einen dokumentationspflichtigen stationären Behandlungsfall dar, bei dem die Möglichkeit besteht, dass eine postoperative Wundinfektion vorliegen könnte. Ein Datensatz kann in diesem Fall pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt einmal dokumentiert werden. Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden einmal jährlich über einen einrichtungsbezogenen Dokumentationsbogen erfasst. Ein einrichtungsbezogener Datensatz wird von stationären und ambulanten Leistungserbringern dokumentiert, die Tracer Operationen in den ersten beiden Quartalen des Erfassungsjahres erbracht haben.

**Einrichtung:** Mit „Einrichtung“ werden im vorliegenden Bericht über Institutionskennzeichen oder Betriebsstättennummer abgegrenzte Einheiten bezeichnet.

**Kennzahl:** In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen kein definiertes Qualitätsziel und keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

**Median:** Der Median teilt die nach Größe sortierten Datenpunkte in zwei gleich große Hälften: Mindestens 50 % der Werte sind kleiner oder gleich dem Median und mindestens 50 % der Werte sind größer oder gleich dem Median. Im Gegensatz zum üblichen Mittelwert (arithmetisches Mittel) hat der Median den Vorteil, gegen extrem kleine oder große Werte weniger empfindlich zu sein. Das bedeutet, dass sich der Median verglichen zum arithmetischen Mittel geringer verändert, wenn zum Beispiel einige extreme Werte hinzukommen. Der Median entspricht dem 50. Perzentil.

**Perzentile:** Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.

**Referenzbereich:** Der Referenzbereich eines Indikators ist der Bereich, in dem Leistungserbringerergebnisse für diesen Indikator liegen müssen, um rechnerisch unauffällig zu sein. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs sind rechnerisch auffällig und ziehen üblicherweise eine Analyse im Stellungnahmeverfahren nach sich. Der Referenzbereich eines Indikators ist für alle Leistungserbringer gleich.

**Sozialdaten:** Sozialdaten bei den Krankenkassen sind Angaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern, zu denen die Krankenkassen als Sozialversicherungsträger zählen, zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erhoben und gespeichert werden (§ 67 Abs. 1 SGB X). Darunter zählen Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten, wie z. B. das Geschlecht, das Alter und der Versichertenstatus (§ 284 SGB V). Weiterhin enthalten die im QS-Verfahren verwendeten Sozialdaten bei den Krankenkassen Informationen zur Identifikation des Leistungserbringers in

Form der BSNR oder des Institutskennzeichens sowie Informationen zu Prozeduren, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnose), Behandlungszeitraum, Datum der Operation, Seitenlokalisierung etc. Die an das IQTIG übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen betreffen Daten nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus), § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) und § 301 SGB V (Krankenhäuser).

**Stationäre Leistungserbringer:** Im vorliegenden Bericht wird der Einfachheit halber die Formulierung „Stationäre Leistungserbringer“ verwendet, um Belegärzte und Krankenhäuser zu beschreiben, die stationäre Leistungen erbringen.

**Stellungnahmeverfahren:** Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gesprächs sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.

**Tracer-Eingriff:** Als Tracer-Eingriffe werden jene Eingriffe bezeichnet, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln (Kessner et al. 1973). Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Eingriffe aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:

- Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- plastische Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Urologie
- Herzchirurgie (ausschließlich stationär).

**Vertrauensbereich (Konfidenzintervall):** Ein Vertrauensbereich ist ein Bereich um einen berechneten Ergebniswert eines Indikators. Der Vertrauensbereich berücksichtigt, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Die Breite des Vertrauensbereiches gibt an, wie stark diese unbeobachteten Einflüsse ins Gewicht fallen. Je schmaler der Vertrauensbereich, desto belastbarer ist die Information, die aus den erhobenen Daten über das Ergebnis gewonnen werden kann. Die Breite des Vertrauensbereichs hängt u. a. von der Fallzahl ab, die dem Ergebnis zugrunde liegt. Je größer die Fallzahl, desto schmaler ist der Vertrauensbereich. Liegt der Vertrauensbereich eines Ergebnisses außerhalb des Referenzbereiches, so ist das Ergebnis auch unter Berücksichtigung der unbeobachteten Einflüsse auffällig.

#### **Literatur:**

Kessner, DM; Kalk, CE; Singer, J (1973): Assessing Health Quality – the Case for Tracers. NEJM – New England Journal of Medicine 288(4): 189-194. DOI: 10.1056/NEJM197301252880406.

## Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Beschreibung  |
|-----------|---|
| BSNR      | Betriebsstättennummer   |
| DeQs-RL   | Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung                            |
| G-BA      | Gemeinsamer Bundesausschuss   |
| GKV       | Gesetzliche Krankenversicherung   |
| IKNR      | Institutionskennzeichen   |
| KH amb.   | durch Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen   |
| KH stat.  | durch Krankenhaus stationär erbrachte Leistungen  |
| MVZ       | Medizinisches Versorgungszentrum  |
| MRSA      | Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus   |
| MW        | Mittelwert  |
| Qesü-RL   | Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung                              |
| QI        | Qualitätsindikator  |
| QI-ID     | Identifikationsnummer des Qualitätsindikators   |
| QS        | Qualitätssicherung  |
| QS WI     | Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i> |

## Zusammenfassung

Im Rahmen der gesetzlichen externen Qualitätssicherung werden für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* Daten zu postoperativen nosokomialen Wundinfektionen nach bestimmten Operationen sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement von Einrichtungen erfasst. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Indikatoren des Hygiene- und Infektionsmanagements für Einrichtungen ihres Bundeslandes im Vergleich zu allen bundesweit teilnehmenden Krankenhäusern dargestellt, die stationäre Operationen durchgeführt haben.

Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im vorliegenden Bericht nicht dargestellt, da die dazu benötigten Daten voraussichtlich erst für den Rückmeldebericht 2020 vorliegen (siehe beiliegendes Hinweisschreiben). Dennoch werden die Indikatoren zur Information aufgeführt.

Definitionen von bestimmten Begriffen können dem Glossar (S.4) entnommen werden.

Unter **Hintergrund und Zielsetzung** (S.9) finden Sie

- eine kurze Einführung in die gesetzliche externe Qualitätssicherung.
- eine Einführung in das Verfahren *QS WI*.

In den **Datengrundlagen** (S.12)

- sind die Anzahl der Datensätze aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation aufgeführt, die im Bericht ausgewertet wurden.
- sind die Anzahl der Datensätze aus der fallbezogenen QS-Dokumentation dargestellt, die im vorliegenden Bericht nicht ausgewertet wurden.

In der **Ergebnisübersicht** (S.15)

- sind die Ergebnisse Ihres Bundeslandes und zum Vergleich die Ergebnisse aller stationärer Leistungserbringer (Bund) zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement tabellarisch für einen schnellen Überblick aufgeführt.
- finden Sie zusätzlich die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für stationäre Leistungserbringer, deren Ergebnisse für diesen Bericht noch nicht vorliegen.
- sind die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement und die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für ambulant operierende Einrichtungen zur Information aufgeführt und grau unterlegt. Die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen liegen auch für ambulant operierende Einrichtungen noch nicht vor.

Die Auswertung erfolgt in den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer pro Krankenhaus (Institutionskennzeichen) und für Länderberichte auf der jeweiligen Landesebene.

Aktuell gibt es vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) keinen Beschluss zur Veröffentlichung der Ergebnisse des QS-Verfahrens *QS WI* auf Leistungserbringerebene.

Die Kennzahlresultate des Indikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement können dem beiliegenden CSV-Dokument entnommen werden.

Weitere Informationen zum Verfahren *QS WI* finden Sie auf der Website des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>.





## Hintergrund und Zielsetzung des Berichts

Bei den Verfahren und Prozessen der medizinischen Qualitätssicherung stehen die Interessen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Der G-BA, als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hat in seiner Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* als zweites einrichtungs- und sektorenübergreifendes Verfahren bestimmt (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/>). Das QS-Verfahren QS WI ist am 1. Januar 2017 gestartet. Zum 1. Januar 2019 wurde das Verfahren QS WI von der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQs-RL) überführt (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>). Zeitgleich mit Inkrafttreten der Überführung wurde die Qesü-RL aufgehoben.

### **Das Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)***

Das QS-Verfahren soll ambulante und stationäre Leistungserbringer dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, der Tracer-Operationen 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 eigene Ergebnis nicht im festgelegten Referenzwert, wird das Stellungnahmeverfahren ausgelöst, das von den zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt wird. Weitere qualitätsfördernde Maßnahmen können darin unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren.

Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachabteilungsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können.

Informationen zu den Indikatoren des QS-Verfahrens und den dazugehörigen Rechenregeln können Sie den endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2017 entnehmen, die Sie auf der Internetseite zum Verfahren QS WI (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/>) finden. Da durch das IQTIG Änderungen an den endgültigen Rechenregeln gegenüber den prospektiven Rechenregeln für das Jahr 2018 empfohlen wurden, müssen diese vor der Veröffentlichung durch den G-BA beschlossen werden.

## **Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement**

Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA), die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

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

## **Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen**

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aus sieben Fachgebieten im ambulanten und acht im stationären Bereich Tracer-Eingriffe entweder 30 oder 90 Tage nachbeobachtet (Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich die Herzchirurgie). Dabei werden nur postoperative Wundinfektionen berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden. Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen 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, kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion auch um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Definition der DeQs-RL handelt. Anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden zu den im Krankenhaus erfassten Fällen mit stationär behandelten postoperativen Wundinfektionen die passenden primären Operationen und die verantwortlichen Primärbehandler herausgesucht. Dabei wird den Fällen nachgegangen, wenn die Primäroperation eine Tracer-Operation (ambulant oder stationär) war und wenn die Infektion im definierten Zeitraum von 30 oder 90 Tagen nach der Primäroperation dokumentiert wurde. So kann für jeden Leistungserbringer, der eine Tracer-Operation bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten durchführt, eine Rate an Wundinfektionen, die stationär behandelt werden, ermittelt werden.

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und von 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. Über die Sozialdaten wird auch die Gesamtmenge der durchgeführten Tracer-Operationen je Leistungserbringer erfasst. Diese bildet den Nenner je Leistungserbringer für die Ermittlung der jeweiligen Rate an stationär diagnostizierten und dokumentierten Wundinfektionen. Darüber hinaus werden über die Sozialdaten weitere Daten, u. a. für die Risikoadjustierung, erhoben.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren in der Regel jeweils die Einrichtungen mit den 5 % höchsten Ergebnissen.

### **Begleitende Erprobung und Stellungnahmeverfahren**

In den ersten fünf Jahren wird das Verfahren *QS WI* begleitend erprobt. Innerhalb der Erprobungsphase werden u.a. im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nur Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Die Maßnahmen der Stufe 1 beinhalten die Teilnahme an Fortbildungen und Qualitätszirkeln, die Durchführung von Audits und Peer Reviews sowie die Implementierung von Behandlungspfaden und Leitlinien. Diese Maßnahmen erfolgen innerhalb der Erprobungsphase ausschließlich bei „dringendem Handlungsbedarf“. Außerdem werden mindestens für die Erfassungsjahre 2017, 2018 und 2019 keine Vergütungsabschläge bei unvollständiger Dokumentation erhoben. Nach dem aktuellen Beschluss des G-BA endet die Erprobung mit dem Jahr 2021, sofern der G-BA keine andere Entscheidung trifft.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

### **Literatur:**

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/2010/36/Art\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/36/Art_01.html) [Download] (abgerufen am: 20.06.2019).

NRZ [Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen] (2017): KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Referenzdaten. Berechnungszeitraum: Januar 2012 bis Dezember 2016. Erstellungsdatum: 18.04.2017. Berlin: NRZ. URL: [http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/201201\\_201612\\_OPRef.pdf](http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/201201_201612_OPRef.pdf) (abgerufen am: 20.06.2019).

# Leseanleitung zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorgruppen

In der vorliegenden Auswertung zum Erfassungsjahr 2018 für das Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* werden nur Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement auf Basis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des Erfassungsjahres 2018 berichtet. Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden voraussichtlich erstmals im Rückmeldebericht 2020 enthalten sein.

Der vorliegende Bericht ist so aufgebaut, dass zu Beginn des Berichts die Datengrundlage der Auswertung dargestellt ist und darauf folgend die Ergebnisse der Indikatoren für einen schnellen Überblick in Ergebnisübersichten aufgeführt sind. In der anschließenden Detailansicht sind weitere Informationen zu den Indikatoren aufgeführt.

## Ergebnisübersicht

Relevante Qualitätsaspekte sollen im QS-Verfahren so einheitlich wie möglich für ambulante und stationäre Leistungserbringer gemessen und dargestellt werden. Aufgrund unterschiedlicher Dokumentationsbögen und Rechenregeln für ambulante und stationäre Leistungserbringer ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse teilweise eingeschränkt. Zusätzlich beziehen sich einige Indikatoren jeweils nur auf die Daten von ambulanten oder stationären Leistungserbringern. Somit gelten alle Indikatoren entweder für ambulante oder stationäre Leistungserbringer, sodass auch separate Berichte für die beiden Zielgruppen ausgegeben werden. In den Ergebnisübersichten zu Beginn des Berichts sind in Tabelle 3 und 4 jeweils die Indikatorergebnisse für stationäre Leistungserbringer aufgeführt. Um trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit die Ergebnisse der Indikatoren für ambulante Leistungserbringer transparent zu machen, sind in den nachfolgenden Ergebnistabellen 5 und 6 die Indikatorergebnisse ambulanter Leistungserbringer zur Information dargestellt. Diese sind grau unterlegt.

In den Tabellen 3 und 4 wird zunächst der Name und die ID eines Indikators aufgeführt. In der dritten Spalte ist der zu den Indikatoren gehörige Referenzbereich aufgeführt, der anzeigt, ab wann ein Ergebnis rechnerisch auffällig ist. Unter „Ihr Ergebnis“ wird das Ergebnis für Ihr Bundesland dargestellt. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht oder liegt das Landesergebnis unterhalb des Bundesdurchschnitts, dann wird dies mit **Fettdruck** und einem Ausrufezeichen (!) kenntlich gemacht.

## Datengrundlagen

Die Grundlage für die Berechnung der Indikatoren zur Qualitätsmessung in diesem QS-Verfahren bilden die Daten der einrichtungsbezogenen und fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Der aktuelle Bericht enthält lediglich QIs und Kennzahlen auf Basis von einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsdaten zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Datensätze der fallbezogenen QS-Dokumentation mit den Sozialdaten werden nicht wie erwartet in diesem Jahr berichtet, sondern werden voraussichtlich im nächsten Jahr hinzukommen. Details dazu können dem Hinweisschreiben entnommen werden. Tabelle 1 zeigt den Datenbestand, auf dem der vorliegende Bericht basiert. Die Anzahl der erfassten Datensätze der fallbezogenen QS-Dokumentation ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über die Datensätze der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in diesem Bericht

| Daten einrichtungsbezogene QS-Dokumentation Erfassungsjahr 2018 |   | Datenbestand | erwartet <sup>1</sup> | Vollständigkeit in % <sup>1</sup> |
|---|---|--------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>Ihre Daten</b>   | Anzahl Datensätze Belegärzte <sup>2</sup> | -            | -                     | -                                 |
|   | Anzahl Datensätze Krankenhäuser           | 103          | -                     | -                                 |
|   | Anzahl Datensätze gesamt                  | 103          | -                     | -                                 |
| <b>Belegärzte <sup>2</sup> (Bund)</b>                           | Anzahl Datensätze                         | -            | -                     | -                                 |
| <b>Krankenhäuser (Bund)</b>                                     | Anzahl Datensätze                         | 922          | -                     | -                                 |
| <b>Gesamt (Bund)</b>  | Anzahl Datensätze                         | 922          | -                     | -                                 |

<sup>1</sup> Die erwartete Anzahl von Datensätzen kann nicht ermittelt werden. Bitte berücksichtigen Sie hierzu das beigefügte Hinweisschreiben.

<sup>2</sup> Für das Erfassungsjahr 2018 wurde die QS-Dokumentation für Belegärzte ausgesetzt. Um die Vergleichbarkeit der Indikator- und Kennzahlergebnisse zwischen den Erfassungsjahren 2017 und 2018 zu gewährleisten, wurden die Belegärzte in der Datengrundlage der stationären Versorgung in beiden Erfassungsjahren ausgeschlossen.

Tabelle 2: Anzahl der gelieferten und erwarteten Datensätze der fallbezogenen QS-Dokumentation

| Daten fallbezogene QS-Dokumentation<br>Erfassungsjahr 2018 |   | Datenbestand | erwartet | Vollständigkeit in % |
|--|---|--------------|----------|----------------------|
| <b>Ihre Daten</b>  | Anzahl Datensätze<br>gesamt                 | 45.567       |          |                      |
| <b>Gesamt (Bund)</b>                                       | Anzahl der teilneh-<br>menden Krankenhäuser | 1.693        |          |                      |
|  | Anzahl Datensätze<br>gesamt                 | 392.906      |          |                      |

## Ergebnisübersicht

### Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer

Tabelle 3: Ergebnisübersicht der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Erfassungsjahr 2018) – stationäre Leistungserbringer (Datenbasis: einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)

| Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement - stationär |   |  | Ihr Ergebnis                      | Stationäre Leistungserbringer  |                                   |                                   |
|---|---|--|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| QI-ID   | Bezeichnung des Indikators  | Referenzbereich  |                                   | Belegärzte <sup>3</sup> (Bund) | Krankenhäuser (Bund)              | Gesamt (Bund)                     |
| 2000  | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen <sup>1</sup>                                 | ≥ 61,28 / 100 Punkte<br>(5. Perzentil über alle Einrichtungen) | 79,77 / 100 Punkte (MW)           | -                              | 81,01 / 100 Punkte (MW)           | 81,01 / 100 Punkte (MW)           |
| Indikatorgruppe:  |   |  |                                   |                                |                                   |                                   |
| 2001  | Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen <sup>2</sup> | -  | 124,45 ml / Belegungstag (Median) | -                              | 125,47 ml / Patiententag (Median) | 125,47 ml / Belegungstag (Median) |
| 2002  | Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <sup>2</sup>                                     | -  | 29,96 ml / Belegungstag (Median)  | -                              | 29,29 ml / Belegungstag (Median)  | 29,29 ml / Belegungstag (Median)  |

<sup>1</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Leistungserbringer 2017 keine Möglichkeit hatten, anzugeben, dass sie ausschließlich Einmalsterilgut verwenden. Für das Jahr 2018 haben insgesamt 201 Leistungserbringer diese Angabe gemacht und im Zuge dessen die vollen 100 Punkte in der Kennzahl zur Sterilgutaufbereitung erhalten.

<sup>2</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es für das Erfassungsjahr 2017 im Dokumentationsbogen nicht möglich war, einen Händedesinfektionsmittelverbrauch von über 9999 Litern anzugeben. Diese Einschränkung betraf insgesamt 47 Leistungserbringer. Die Werte der Erfassungsjahre 2017 und 2018 sind somit trotz der Verwendung identischer Rechenregeln nur eingeschränkt vergleichbar.

<sup>3</sup> Für das Erfassungsjahr 2018 wurde die QS-Dokumentation für Belegärzte ausgesetzt. Um die Vergleichbarkeit der Indikator- und Kennzahlergebnisse zwischen den Erfassungsjahren 2017 und 2018 zu gewährleisten, wurden die Belegärzte in der Datengrundlage der stationären Versorgung in beiden Erfassungsjahren ausgeschlossen.



## Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationäre Leistungserbringer

Tabelle 4: Ergebnisübersicht der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Erfassungsjahr 2018) – stationäre Leistungserbringer (Datenbasis: fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen)

| Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär <sup>1</sup> |   |                 | Ihr Ergebnis | Stationäre Leistungserbringer |                      |               |
|---|---|-----------------|--------------|-------------------------------|----------------------|---------------|
| QI-ID   | Bezeichnung des Indikators  | Referenzbereich |              | Belegärzte (Bund)             | Krankenhäuser (Bund) | Gesamt (Bund) |
| 2500  | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)   | -               | -            | -                             | -                    | -             |
| 2501  | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)   | -               | -            | -                             | -                    | -             |
| 2502  | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)                                     | -               | -            | -                             | -                    | -             |
| 2503  | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)   | -               | -            | -                             | -                    | -             |
| 2504  | Postoperative Wundinfektion mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |                 |              |                               |                      |               |
| 2505  | Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)     | -               | -            | -                             | -                    | -             |

<sup>1</sup> Die Ergebnisse zu diesen Indikatoren werden voraussichtlich im Rückmeldebericht 2020 berichtet.

## Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer

Tabelle 5: Ergebnisübersicht der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Erfassungsjahr 2018) – ambulante Leistungserbringer (Datenbasis: einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)

| Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulant |  |   | Ambulante Leistungserbringer                                     |                         |                         |
|--|--|---|--|-------------------------|-------------------------|
| QI-ID  | Bezeichnung des Indikators   | Referenzbereich   | Ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer (Bund) | Krankenhäuser (Bund)    | Gesamt (Bund)           |
| 1000   | Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen <sup>1</sup> | ≥ 37,59 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Einrichtungen) | 73,17 / 100 Punkte (MW)  | 80,41 / 100 Punkte (MW) | 74,69 / 100 Punkte (MW) |
| 1001   | Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ                          |   | 5,90 ml / Fall (Median)  | - <sup>2</sup>          | 5,90 ml / Fall (Median) |

<sup>1</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Leistungserbringer 2017 keine Möglichkeit hatten, anzugeben, dass sie ausschließlich Einmalsterilgut verwenden. Für das Jahr 2018 haben insgesamt 201 Leistungserbringer diese Angabe gemacht und im Zuge dessen die vollen 100 Punkte in der Kennzahl zur Sterilgutaufbereitung erhalten.

<sup>2</sup> Krankenhäuser übermitteln für diesen Indikator keine Daten.

## Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulante Leistungserbringer

Tabelle 6: Ergebnisübersicht der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Erfassungsjahr 2018) – ambulante Leistungserbringer (Datenbasis: fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen)

| Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant <sup>1</sup> |  |                 | Ambulante Leistungserbringer                                     |                      |               |
|--|--|-----------------|--|----------------------|---------------|
| QI-ID  | Bezeichnung des Indikators   | Referenzbereich | Ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer (Bund) | Krankenhäuser (Bund) | Gesamt (Bund) |
| 1500   | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)       | -               | -  | -                    | -             |
| 1501   | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)             | -               | -  | -                    | -             |
| 1502   | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | -               | -  | -                    | -             |
| 1503   | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)       | -               | -  | -                    | -             |

<sup>1</sup> Die Ergebnisse zu diesen Indikatoren werden voraussichtlich im Rückmeldebericht 2020 berichtet.