

Länderbericht: Baden-Württemberg

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Auswertung für die Länder – stationäre Versorgung (2017)

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 11.10.2018

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
<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung – Ergebnisübersicht.....	4
Hintergrund und Zielsetzung des Berichts	11
Datengrundlagen.....	15
Leseanleitung	16
Details zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorengruppen.....	19
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	19
Indikatorengruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch	23
2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen.....	23
2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	25
Glossar.....	27

Zusammenfassung – Ergebnisübersicht

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. Da Sie 2017 mindestens eine der für das QS-Verfahren definierten Operationen (sog. Tracer-Operationen) durchgeführt haben, waren Sie für das Jahr 2017 zur Teilnahme verpflichtet. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Indikatoren des Hygiene- und Infektionsmanagements für Ihre Einrichtung (Krankenhaus, in dem Operationen stationär durchgeführt wurden, oder Belegärztinnen oder Belegärzte) im Vergleich zu allen teilnehmenden Krankenhäusern bzw. Belegärztinnen und Belegärzte dargestellt, die stationäre Operationen durchgeführt haben. Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser, die sowohl ambulante als auch stationäre Operationen durchgeführt haben, erhalten zwei separate Berichte mit den jeweiligen Ergebnissen.

Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im vorliegenden Bericht nicht dargestellt, da die dazu benötigten Daten erst für den Rückmeldebericht 2019 vorliegen (weitere Informationen zum QS-Verfahren finden Sie unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>). Dennoch werden die Indikatoren zur Information aufgeführt.

Definitionen von bestimmten Begriffen können dem Glossar entnommen werden. Das beigefügte Hinweisschreiben dient der Einordnung der Indikatorergebnisse.

In der **Ergebnisübersicht** (S. 7)

- sind Ihre Ergebnisse und zum Vergleich die aller stationären Leistungserbringer 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 pro Krankenhaus (Institutionskennzeichen) bzw. Belegärztin/Belegarzt (Betriebsstättennummer) und für Länderberichte auf der jeweiligen Landesebene.

Unter **Hintergrund und Zielsetzung** (S. 11) finden Sie

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

In den **Datengrundlagen** (S. 15)

- ist die Anzahl der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen aufgeführt, die im Bericht ausgewertet wurden.
- ist die Anzahl der Datensätze aus der fallbezogenen QS-Dokumentation dargestellt, die im vorliegenden Bericht nicht ausgewertet wurden. Grund dafür ist, dass die Informationen aus den Sozial-

daten regelmäßig erst mit einer Verzögerung von 10 Monaten übermittelt werden. Daher können die fallbezogenen Indikatoren erst im zweiten Jahr nach dem Erfassungsjahr ausgewertet werden.

In der **Leseanleitung** (S. 16) wird erklärt, wie die Ergebnisdarstellungen (Ergebnisübersicht und Details zu den Ergebnissen) zu interpretieren sind.

In den **Details zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorgruppen** (S. 19) finden Sie

- detaillierte Informationen pro Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationär),
- grafische Darstellungen der Indikatorenergebnisse in Relation zu den Vergleichsgruppen.

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

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

Abkürzung	Beschreibung
BÄ	Belegärzte (bzw. belegärztliche Leistungen)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH stat.	durch Krankenhaus stationär erbrachte Leistungen
IKNR	Institutionskennzeichen
MW	Mittelwert
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Erfassungsjahr 2017) – stationäre Leistungserbringer (Datenbasis: einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)

Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement - stationär			Ihr Ergebnis*	Stationäre Leistungserbringer		
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich		Belegärzte (Bund)	Krankenhäuser (Bund)	Gesamt (Bund)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	≥ 45,52 / 100 Punkte	67,40 / 100 Punkte	68,24 / 100 Punkte (MW)	70,60 / 100 Punkte (MW)	-
Indikatorengruppe:						
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	-	115,10 ml / Patiententag	114,47 ml / Patiententag (Median)	116,99 ml / Patiententag (Median)	-
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	-	28,53 ml / Patiententag	28,71 ml / Patiententag (Median)	28,15 ml / Patiententag (Median)	-

! / Fettdruck = Referenzbereich nicht erreicht

* Bitte beachten Sie das beigefügte Hinweisschreiben.

Tabelle 2: Ergebnisübersicht der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Erfassungsjahr 2017) – stationäre Leistungserbringer (Datenbasis: fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär*			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 Wundinfektionen 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)	-	-	-	-	-

* = die Ergebnisse zu diesen Indikatoren werden im Rückmeldebericht 2019 berichtet

Tabelle 3: Ergebnisübersicht der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (Erfassungsjahr 2017) – ambulante Leistungserbringer (Datenbasis: einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)

Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulant			Ambulante Leistungserbringer		
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Vertragsärzte (Bund)	Krankenhäuser (Bund)	Gesamt (Bund)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	≥ 29,41 / 100 Punkte	64,08 / 100 Punkte (MW)	70,34 / 100 Punkte (MW)	-
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	-	5,90 ml / Fall (Median)	-	-

! / Fettdruck = Referenzbereich nicht erreicht

* Bitte beachten Sie das beigefügte Hinweisschreiben.

Tabelle 4: Ergebnisübersicht der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Erfassungsjahr 2017) – ambulante Leistungserbringer (Datenbasis: fallbezogene QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant*			Ambulante Leistungserbringer		
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Vertragsärzte (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	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-

* = die Ergebnisse zu diesen Indikatoren werden im Rückmeldebericht 2019 berichtet

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.

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 Referenzbereich, wird das Stellungnahmeverfahren ausgelöst, das von den zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt wird. Weitere qualitätsfördernde Maßnahmen können darin unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren.

Am 1. Januar 2017 ist das sektorenübergreifende QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* nach der Qesü-RL des G-BA gestartet. 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.

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

Im Qualitätssicherungsverfahren *QS WI* werden Indikatoren ausgewertet, welche die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen einerseits und das Infektions- und Hygienemanagement andererseits abbilden und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Experten aus den entsprechenden Fachbereichen entwickelt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei ambulanten und stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Prozesse des Hygiene- und Infektionsmanagements werden über die einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation abgefragt. Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wird über die fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus und die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

Die Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation und die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden dem IQTIG quartalsweise von den Datenannahmestellen übermittelt und mithilfe von Patientenpseudonymen zusammengeführt.

Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Ermittlung der Indikatorenergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA), 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 jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Ergebnissen. Weitere Informationen zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement und den dazugehörigen Rechenregeln können Sie den endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2017 entnehmen, die Sie auf der Internetseite des Verfahrens [QS WI \(https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/\)](https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/) finden.

Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

Zur Ermittlung der Indikatorenergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aus sieben Fachgebieten im ambulanten und acht im stationären Bereich Tracer-Operationen 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). Im ambulanten und ambulant-stationären Bereich sind ca. 1.300 und im stationären Bereich ca. 5.500 Operationen und ihre Variationen als Tracer-Operationen definiert. Dies sind zum einen Operationen mit hohem Wundinfektionsrisiko, zum anderen aber auch Operationen mit einem mittleren Wundinfektionsrisiko, die häufig durchgeführt werden.

Im Verfahren QS WI 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 vom behandelnden Leistungserbringer auszufüllen ist. Grund dafür ist, dass es keine Codes oder Kodekombinationen gibt, die ausreichend spezifisch für die Identifikation von postoperativen Wundinfektionen sind. Somit werden auch Fälle dokumentationspflichtig, bei denen keine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird.

Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen dort 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 Qesü-RL handelt. Anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden zu den im Krankenhaus erfassten Fällen mit stationär zu behandelnden 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 durchgeführt hat, 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 behandlungspflichtigen Wundinfektionen. Darüber hinaus werden über die Sozialdaten weitere Daten, u. a. für die Risikoadjustierung, erhoben.

Keine Zusammenführung von Datensätzen der fallbezogenen QS-Dokumentation mit den Sozialdaten erfolgt, wenn unter anderem ausschließlich eine ambulante Behandlung der Wundinfektion stattfand, die Wundinfektion im stationären Bereich nicht ärztlich bestätigt wurde, keine Tracer-Operation vor einer diagnostizierten Wundinfektion vorlag, die Wundinfektion nach dem Nachbeobachtungszeitraum diagnostiziert wurde oder aber wenn Ausschlussfaktoren vorlagen wie beispielsweise ein schwerwiegender Immundefekt, Patientinnen/Patienten mit Immunschwächeerkrankungen oder Verbrennungen/Verätzungen der Haut.

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

Weitere Informationen zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und den dazugehörigen Rechenregeln können Sie den endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2017 entnehmen, die Sie auf der Internetseite des Verfahrens [QS WI \(https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/\)](https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/) finden.

Rückmeldung der Ergebnisse an die Leistungserbringer

Die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden den Leistungserbringern, die mindestens eine Tracer-Operation im entsprechenden Erfassungsjahr abgerechnet haben, im jährlichen Rückmeldebericht in PDF-Form sowie als Ergebnislisten im csv-Format übermittelt. Dort aufgeführte rechnerische Auffälligkeiten lösen das Stellungnahmeverfahren aus, das von den Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt wird und an dessen Ende die Bewertung steht, ob das Ergebnis qualitativ auffällig oder qualitativ unauffällig ist. Vergleichbar ist dies mit den rechnerischen Auffälligkeiten, die in den Verfahren nach QSKH-RL den Strukturierten Dialog nach sich ziehen. Zudem werden Leistungserbringern, die Rückmeldeberichte erhalten, auch quartalsbezogene Zwischenberichte übermittelt, die die ersten vorläufigen Berechnungen enthalten. Die ersten Zwischenberichte werden voraussichtlich im Jahr 2019, nach Übermittlung des Rückmeldeberichts 2019, zur Verfügung gestellt.

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden mit einem zeitlichen Verzug von ca. 9 Monaten an das IQTIG übermittelt. Aus diesem Grund können die Indikatoren, die auf den Sozialdaten basieren, erst für den Rückmeldebericht 2 Jahre nach dem Erfassungsjahr vollständig berichtet werden (z.B. 2019 für das Erfassungsjahr 2017). Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement können hingegen bereits im Jahr nach dem Erfassungsjahr zurückgespiegelt werden. Ab 2019 werden die Rückmeldeberichte deshalb Indikatorenergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ +1) und Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ +2) aus unterschiedlichen Erfassungsjahren enthalten.

Die Rechenregeln, die den Berechnungen der Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, finden Sie unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>.

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

Stellungnahmeverfahren / Strukturierter Dialog

Rechnerisch auffällig werden in der Regel jeweils die Einrichtungen mit den 5 % höchsten Ergebnissen (Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen) bzw. den 5 % niedrigsten Ergebnissen (Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement). Im ambulanten Bereich gibt es zu den fallbezogenen Indikatoren ausschließlich Sentinel-Event Referenzbereiche. Das bedeutet, dass je ein Fall zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Grund dafür ist, dass Infektionen im ambulanten Bereich zu selten sind um sinnvolle perzentilbasierte Referenzbereiche festzulegen. Mit rechnerisch auffälligen Einrichtungen eröffnet die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft das Stellungnahmeverfahren nach § 17 Qesü-RL. Die Landesarbeitsgemeinschaften setzen auf der Landesebene die Qualitätssicherung um und führen z. B. qualitätsverbessernde Maßnahmen durch. Innerhalb der Erprobungsphase, die die ersten fünf Jahre umfasst, werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nur qualitätsverbessernde 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 und 2018 keine Vergütungsabschläge bei unvollständiger Dokumentation erhoben. Mit dem Jahr 2021 endet die Erprobung, sofern der G-BA keine andere Entscheidung trifft.

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 [Download] (abgerufen am: 11.06.2018).

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 (abgerufen am: 11.06.2018).

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.

Die folgende Tabelle zeigt den Datenbestand, auf dem der Bericht basiert.

Tabelle 5: Übersicht über die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Daten einrichtungsbezogene QS-Dokumentation Erfassungsjahr 2017		Datenbestand	erwartet*	Vollständigkeit in %
Ihre Daten	Datensätze gesamt	160	-	-
Belegärzte	Anzahl	292	-	-
	Datensätze gesamt	292	-	-
Krankenhäuser	Anzahl	977	-	-
	Datensätze gesamt	977	-	-
Bund (stationär)	Anzahl	1.269	-	-
	Datensätze gesamt	1.269	-	-

* = Die erwartete Anzahl von Datensätzen kann nicht ermittelt werden. Bitte berücksichtigen Sie hierzu die Hinweise im Begleitschreiben.

Tabelle 6: Anzahl gelieferte und erwartete Datensätze

Daten fallbezogene QS-Dokumentation Erfassungsjahr 2017		Datenbestand	erwartet	Vollständigkeit in %
Ihre Daten	Datensätze gesamt	44.772	47.610	94,04
Bund (stationär)	Anzahl	1.409	1.486	94,82
	Datensätze gesamt	392.091	448.281	87,47

Leseanleitung

In der vorliegenden ersten Auswertung für das Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* werden nur Indikatorenergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement auf Basis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des Erfassungsjahres 2017 berichtet. Indikatorenergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden erstmals im Rückmeldebericht 2019 enthalten sein.

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

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 Zielgruppenausgegeben werden. In den Ergebnisübersichten zu Beginn des Berichts sind in Tabelle 1 und 2 jeweils die Indikatorenergebnisse für stationäre Leistungserbringer aufgeführt. Um trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit die Ergebnisse der Indikatoren für ambulante Leistungserbringer transparent zu machen, sind in den nachfolgenden Ergebnistabellen 3 und 4 die Indikatorenergebnisse ambulanter Leistungserbringer zur Information dargestellt. Diese sind grau unterlegt.

In den Tabellen 1 und 2 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. Die Ergebnisse für stationären Leistungserbringer werden nach Abrechnung von Krankenhäusern bzw. Belegärzten differenziert und zusätzlich das Ergebnis aller teilnehmenden stationären Leistungserbringer dargestellt. Unter „Ihr Ergebnis“ wird das Ergebnis für Ihr Krankenhaus bzw. für Ihre durch die BSNR abgegrenzte Einrichtung dargestellt. In den Länderberichten wird unter „Ihr Ergebnis“ der Durchschnitt der Ergebnisse des jeweiligen Bundeslandes berichtet. 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.

Details zu den Ergebnissen

In der Detailansicht wird für jeden Indikator das Qualitätsziel, die Beschreibung des Nenners und des Zählers, das Indikatorergebnis mit dem entsprechenden Referenzbereich und das Jahr angegeben, in dem die Tracer-Operation stattfand bzw. für das das Hygiene- und Infektionsmanagement gemessen wurde. Die Erläuterung der Grafiken und Tabellen können Sie [Abbildung 1](#) und [Abbildung 2](#) entnehmen. Weitere Informationen zu den Indikatoren und den dazugehörigen Rechenregeln können Sie den endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2017 entnehmen, die Sie auf der Internetseite des Verfahrens [QS WI](https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/) (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qswi/>) finden.

Details zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorengruppen

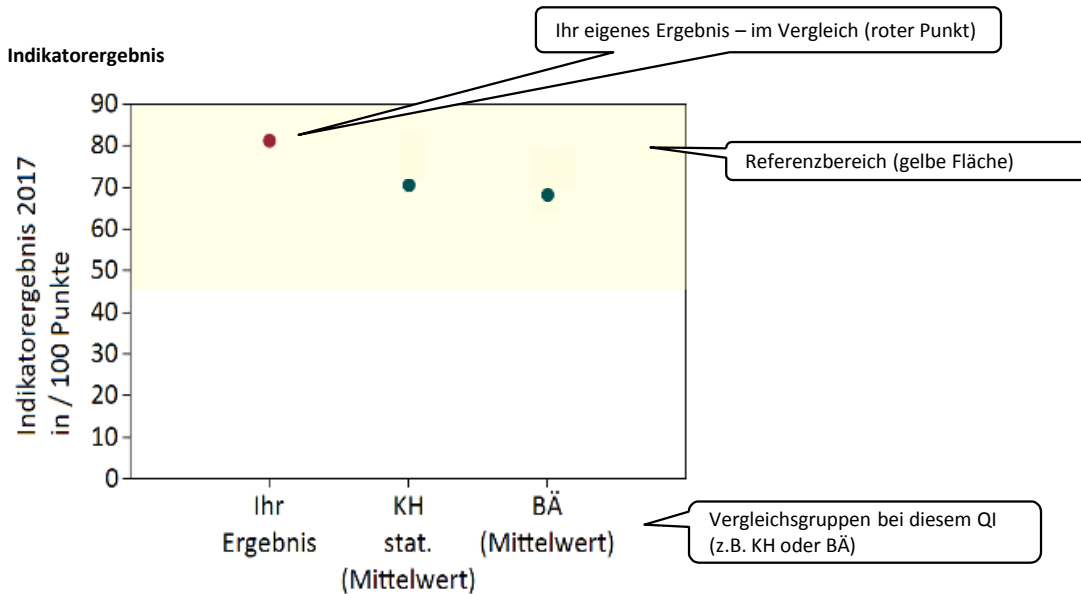
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Qualitätsziel Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der zwölf Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

QI-ID 2000
 Nenner - (Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert)
 Zähler Mittelwert der Ergebnisse der 12 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements von stationären Einrichtungen
 Referenzbereich = 45,52 / 100 Punkte (5,00. Perzentil über alle Leistungserbringer in diesem QI)

Beschreibung von Grundgesamtheit und Zähler des Indikators sowie Angabe des Referenzbereichs



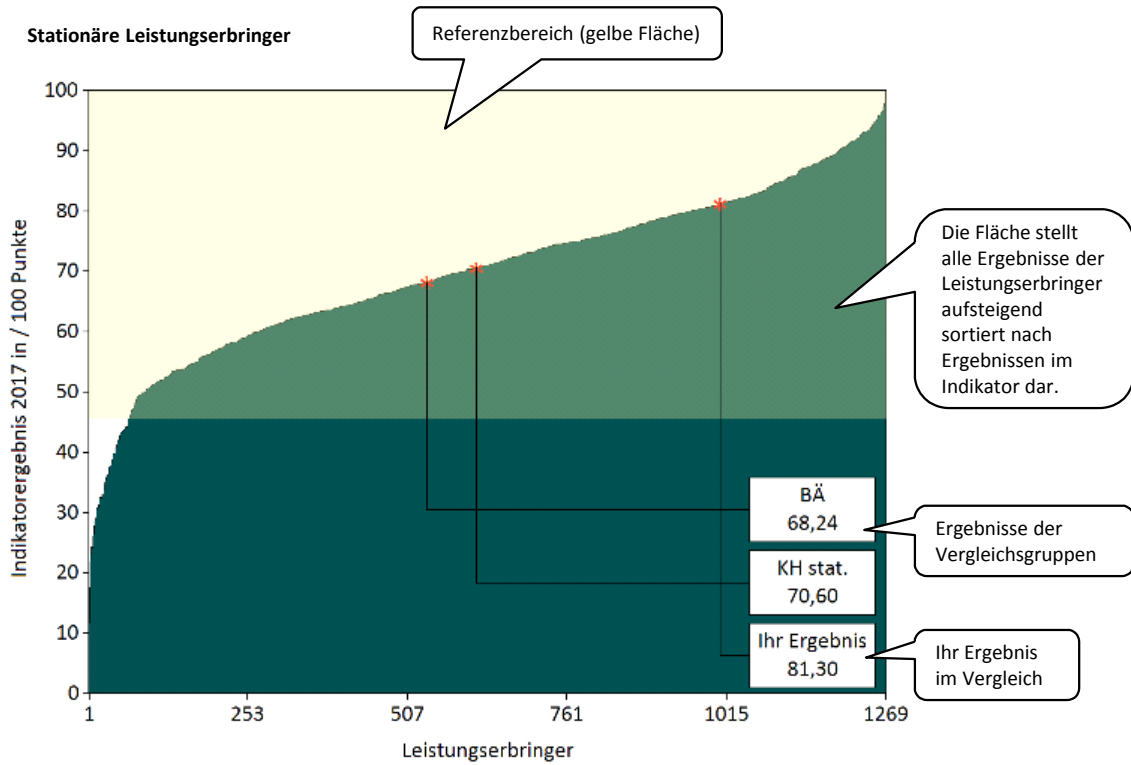
Anzahl der Fälle im Zähler und im Nenner. Für QS WI erscheinen hier aufgrund der Eigenschaften der Indikatoren keine Ergebnisse (siehe auch beigefügtes Hinweisschreiben). Aus technischen Gründen wird die Spalte dennoch ausgegeben.

Ergebnisse zu diesem Indikator

Der Vertrauensbereich um den Ergebniswert berücksichtigt stochastische Variation des Behandlungsergebnisses. Für QS WI erscheinen hier aufgrund der Eigenschaften der Indikatoren keine Ergebnisse (siehe auch beigefügtes Hinweisschreiben). Aus technischen Gründen wird die Spalte dennoch ausgegeben.

2017	Zähler/Nenner	Ergebnis (/ 100 Punkte)	Vertrauensbereich (/ 100 Punkte)
Ihr Ergebnis	-/-	81,30 / 100 Punkte	-
Stationär	Belegärzte	68,24 / 100 Punkte (Mittelwert)	-
	Krankenhäuser	70,60 / 100 Punkte (Mittelwert)	-
	Gesamt (Bund)	-/-	-

Abbildung 1: Hinweise zu den Ergebnisdarstellungen



2017	Stationär (/ 100 Punkte)		
	Belegärzte	Krankenhäuser	Gesamt (Bund)
Min	17,64		-
P5	37,05		-
P10	47,95		-
P25	59,50		-
Median	69,13	71,47	-
P75	80,88	79,66	-
P90	87,50	87,29	-
P95	90,92	91,11	-
Max	100,00	100,00	-

Perzentile beschreiben die Verteilung der Ergebnisse. Beispielsweise P25 ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens 25 % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind.

Der Median teilt die sortierten Leistungserbringerergebnisse in zwei gleich große Hälften; mindestens 50 % der Ergebnisse sind kleiner oder gleich dem Median und mindestens 50 % sind größer oder gleich.

Abbildung 2: Hinweise zu den Ergebnisdarstellungen

Details zu den Ergebnissen einzelner Indikatoren und Indikatorengruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Qualitätsziel Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der zwölf Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen¹

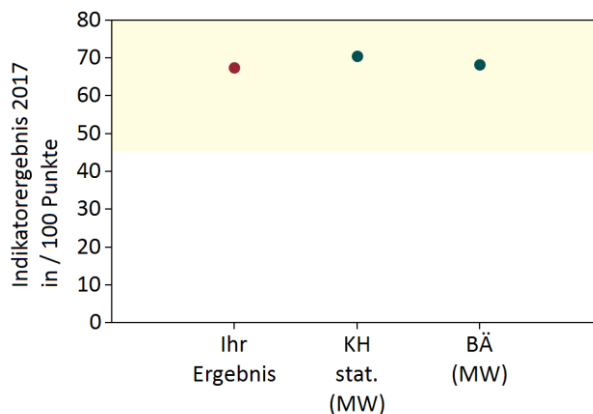
QI-ID 2000

Nenner - (Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert)

Zähler Mittelwert der Ergebnisse der 12 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements von stationären Einrichtungen

Referenzbereich $\geq 45,52 / 100$ Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer in diesem QI)

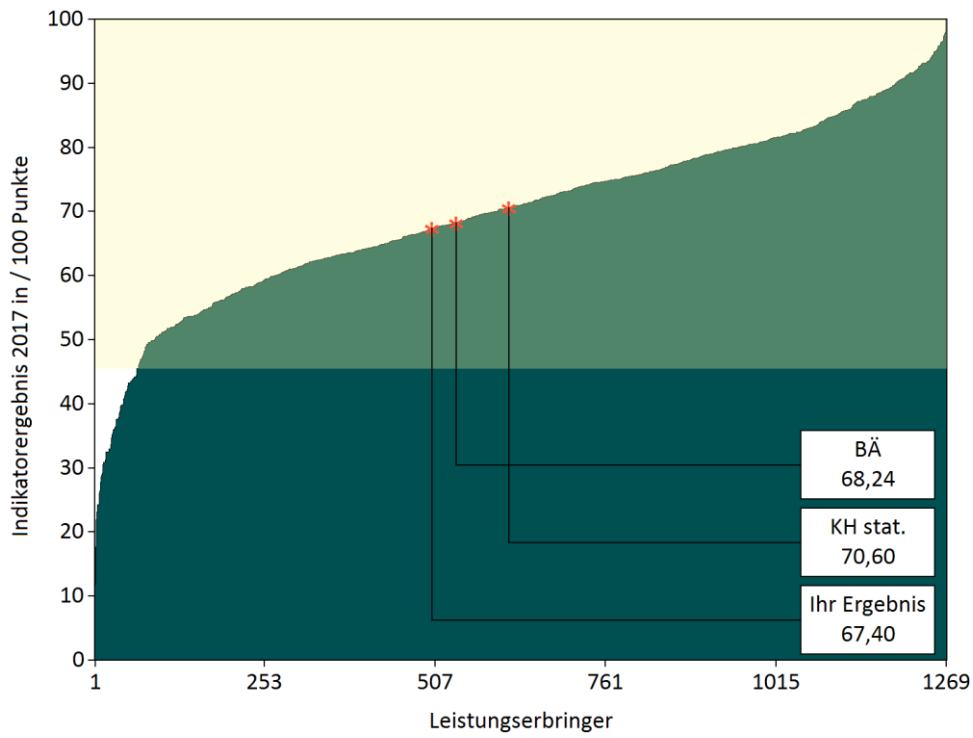
Indikatorergebnis



2017		Zähler/Nenner	Ergebnis (/ 100 Punkte)	Vertrauensbereich (/ 100 Punkte)
Ihr Ergebnis		-/-	67,40 / 100 Punkte	-
Stationär	Belegärzte	-/-	68,24 / 100 Punkte (MW)	-
	Krankenhäuser	-/-	70,60 / 100 Punkte (MW)	-
	Gesamt (Bund)	-/-	-	-

¹Bitte beachten Sie das beigefügte Hinweisschreiben.

Stationäre Leistungserbringer



2017	Stationär (/ 100 Punkte)		
	Belegärzte	Krankenhäuser	Gesamt (Bund)
Min	17,64	11,81	-
P5	37,05	49,36	-
P10	47,95	53,68	-
P25	59,56	62,81	-
Median	69,13	71,47	-
P75	80,88	79,66	-
P90	87,50	87,29	-
P95	90,92	91,11	-
Max	100,00	100,00	-

Kennzahlübersicht 2017

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Belegärzte	Krankenhäuser
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	67,40 / 100 Punkte	68,24 / 100 Punkte (MW)	70,60 / 100 Punkte (MW)
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	5,79 / 8,33 Punkte	5,70 / 8,33 Punkte (MW)	6,02 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	5,74 / 8,33 Punkte	5,28 / 8,33 Punkte (MW)	6,24 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	5,83 / 8,33 Punkte	5,22 / 8,33 Punkte (MW)	6,74 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	7,83 / 8,33 Punkte	7,87 / 8,33 Punkte (MW)	7,93 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	7,85 / 8,33 Punkte	7,97 / 8,33 Punkte (MW)	7,65 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	7,43 / 8,33 Punkte	7,15 / 8,33 Punkte (MW)	7,11 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	2,46 / 8,33 Punkte	2,65 / 8,33 Punkte (MW)	2,04 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	3,43 / 8,33 Punkte	4,45 / 8,33 Punkte (MW)	4,16 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	8,28 / 8,33 Punkte	8,05 / 8,33 Punkte (MW)	8,08 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.10	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	4,36 / 8,33 Punkte	4,98 / 8,33 Punkte (MW)	5,49 / 8,33 Punkte (MW)
1.1.11	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	2,86 / 8,33 Punkte	3,12 / 8,33 Punkte (MW)	3,08 / 8,33 Punkte (MW)

Kennzahl	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Belegärzte	Krankenhäuser
1.1.12	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	5,53 / 8,33 Punkte	5,80 / 8,33 Punkte (MW)	6,06 / 8,33 Punkte (MW)

Indikatorengruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch

Qualitätsziel Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln soll angemessen hoch sein.

2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen²

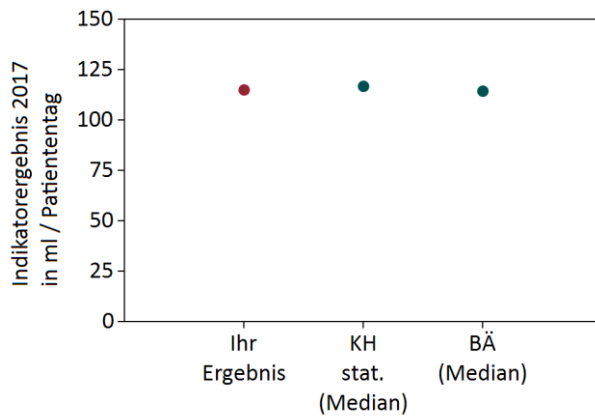
QI-ID 2001

Nenner Patiententage (in 1000) auf Intensivstationen

Zähler Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Litern

Referenzbereich nicht definiert

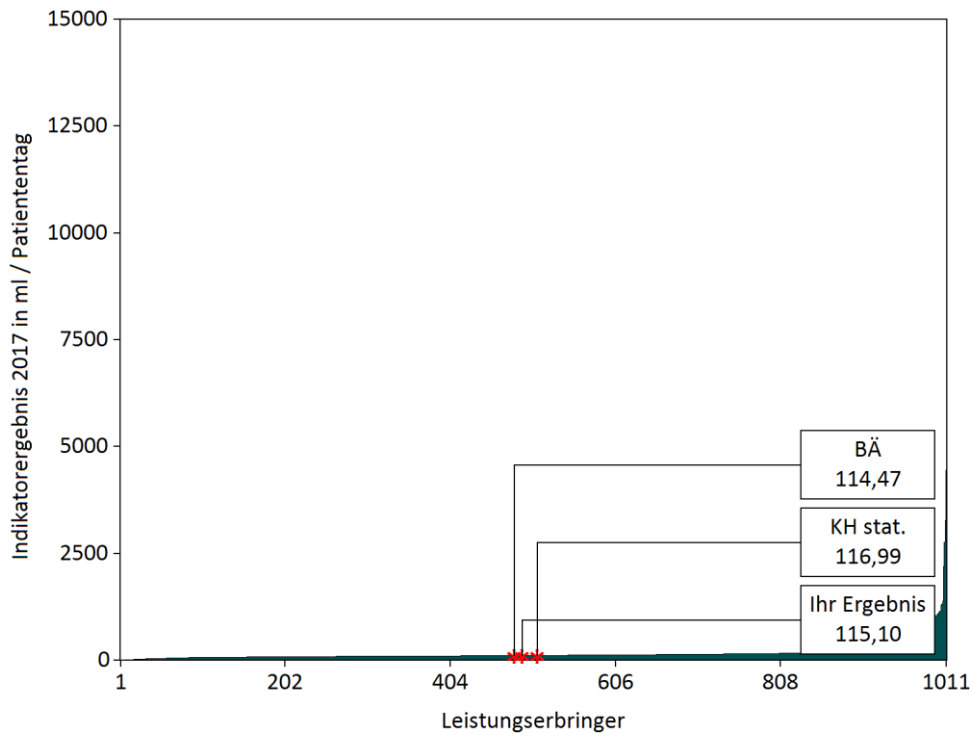
Indikatorergebnis



2017		Zähler/Nenner	Ergebnis (ml / Patiententag)	Vertrauensbereich (ml / Patiententag)
Ihr Ergebnis		-/-	115,10 ml / Patiententag	-
Stationär	Belegärzte	-/-	114,47 ml / Patiententag (Median)	-
	Krankenhäuser	-/-	116,99 ml / Patiententag (Median)	-
	Gesamt (Bund)	-/-	-	-

²Bitte beachten Sie das beigefügte Hinweisschreiben.

Stationäre Leistungserbringer

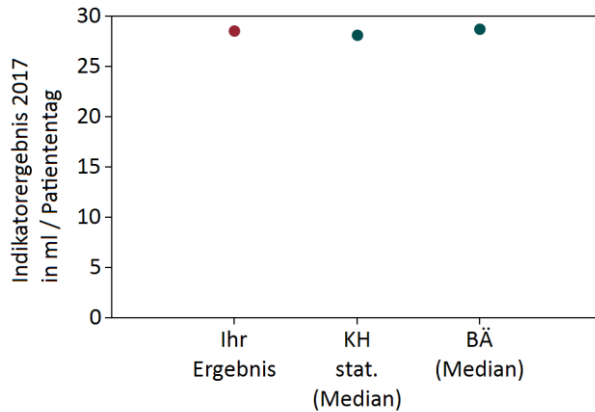


2017	Stationär (ml / Patiententag)		
	Belegärzte	Krankenhäuser	Gesamt (Bund)
Min	0,00	2,31	-
P5	36,11	47,53	-
P10	64,54	68,32	-
P25	91,43	91,42	-
Median	114,47	116,99	-
P75	157,22	151,31	-
P90	358,82	217,30	-
P95	1000,00	293,71	-
Max	11912,33	4445,13	-

2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen³

QI-ID 2002
 Nenner Patiententage (in 1000) auf Allgemeinstationen
 Zähler Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Litern
 Referenzbereich nicht definiert

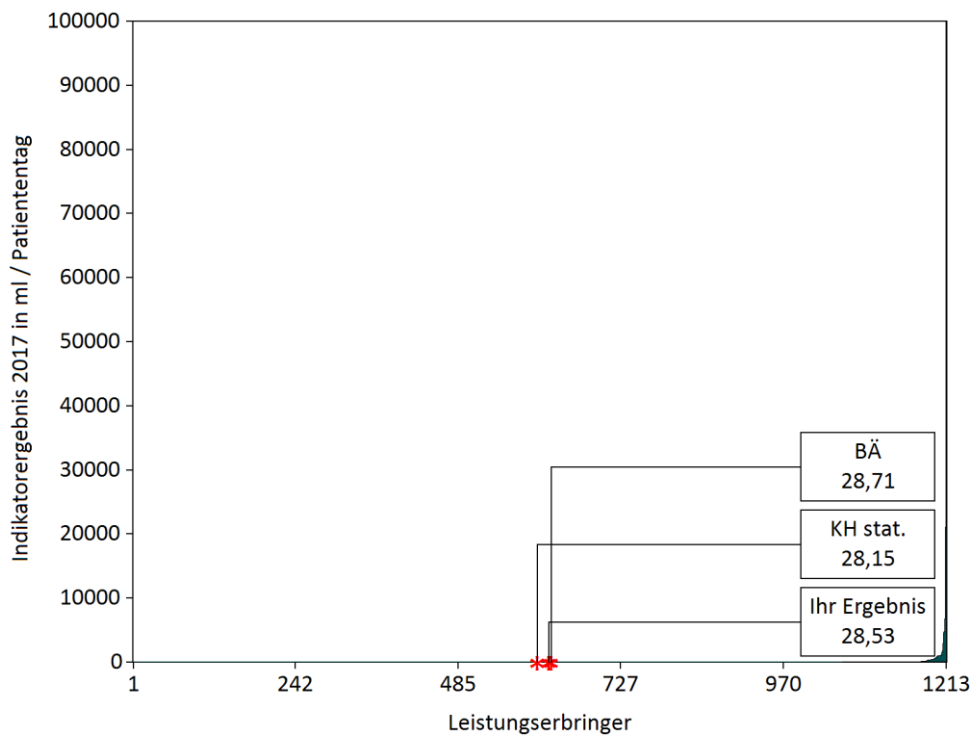
Indikatorergebnis



2017		Zähler/Nenner	Ergebnis (ml / Patiententag)	Vertrauensbereich (ml / Patiententag)
Ihr Ergebnis		-/-	28,53 ml / Patiententag	-
Stationär	Belegärzte	-/-	28,71 ml / Patiententag (Median)	-
	Krankenhäuser	-/-	28,15 ml / Patiententag (Median)	-
	Gesamt (Bund)	-/-	-	-

³Bitte beachten Sie das beigefügte Hinweisschreiben.

Stationäre Leistungserbringer



2017	Stationär (ml / Patiententag)		
	Belegärzte	Krankenhäuser	Gesamt (Bund)
Min	0,00	0,00	-
P5	14,06	13,83	-
P10	16,93	18,26	-
P25	22,75	22,84	-
Median	28,71	28,15	-
P75	41,41	34,71	-
P90	120,59	47,42	-
P95	703,05	66,81	-
Max	100000,00	1116,06	-

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 Datensatz stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar. Ein Datensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden.

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 Ergebnisse 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.

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-Operation: Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die im Rahmen des Verfahrens QS WI nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen einer Ärztin oder eines Arztes oder eines Krankenhauses zu ermitteln (Kessner et al. 1973). Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Operationen aus 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.