

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

## QS-Verfahren

# *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (Verfahren in Erprobung)*

**Bundesqualitätsbericht 2023**

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

**QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (Verfahren in Erprobung). Bundesqualitätsbericht 2023**

Ansprechperson	Leif Warming
Datum der Abgabe	15. August 2023
Datum aktualisierte Abgabe	25. Oktober 2023

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
--------------	------------------------------------

### DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

---

Einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsdaten	Erfassungsjahr 2022
Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten	Erfassungsjahr 2020
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Erfassungsjahr 2020

# Inhaltsverzeichnis

Informationen zum Bericht.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis .....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Vorbemerkung.....	11
<b>Hygiene- und Infektionsmanagement</b> .....	12
1 Hintergrund.....	13
2 Einordnung der Ergebnisse.....	16
2.1 Datengrundlage .....	16
2.2 Risikoadjustierung .....	20
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	20
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	20
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	28
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	29
3.1 Hintergrund .....	29
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) zum Hygiene- und Infektionsmanagement.....	29
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement .....	30
4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung .....	38
5 Fazit und Ausblick.....	42
Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	44
Hygiene- und Infektionsmanagement - Ambulante Einrichtungen (WI-HI-A).....	45
Hygiene- und Infektionsmanagement - Stationäre Einrichtungen (WI-HI-S).....	55
<b>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen</b> .....	62
1 Hintergrund.....	63
2 Einordnung der Ergebnisse.....	67
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	68
3.1 Hintergrund .....	68

3.2	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen .....	68
3.3	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen .....	68
4	Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung .....	82
5	Fazit und Ausblick.....	83
Anhang: Ergebnisse des QSEB.....		86
	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Ambulante Operieren (WI-NI-A) .....	87
	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Stationäres Operieren (WI-NI-S) ...	100
Literatur .....		115

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-A.....	14
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-S .....	15
Tabelle 3: Datengrundlage (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Einrichtungen) – WI-HI-A* .....	16
Tabelle 4: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Einrichtungen) – WI-HI-A* .....	17
Tabelle 5: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Einrichtungen)* .....	18
Tabelle 6: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Einrichtungen)* .....	19
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-A .....	20
Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-S .....	21
Tabelle 9: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2022) .....	21
Tabelle 10: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2022).....	22
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A (QI-ID 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement ambulante Ein-richtungen).....	30
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-HI-A .....	33
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S.....	34
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-HI-S .....	37
Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation .....	44
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-HI-A.....	45
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-A .....	45
Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-A.....	46
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-A.....	47
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-A .....	48

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-A.....	49
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-A .....	49
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-HI-A .....	52
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-HI-A.....	52
Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und AJ 2022) – WI-HI-A.....	54
Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-HI-S .....	55
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S .....	55
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S.....	56
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S.....	57
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S .....	57
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-S.....	58
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-S .....	58
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-HI-S .....	59
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-HI-S.....	60
Tabelle 35: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2020) .....	65
Tabelle 36: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A.....	69
Tabelle 37: Qualitätsindikatoren : Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-NI-A .....	71
Tabelle 38: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – WI-NI-A .....	73
Tabelle 39: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – WI-NI-A .....	74
Tabelle 40: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S.....	75
Tabelle 41: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-NI-S .....	77

Tabelle 42: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – WI-NI-S .....	80
Tabelle 43: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – WI-NI-S .....	81
Tabelle 44: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation .....	86
Tabelle 45: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – WI-NI-A.....	87
Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-NI-A .....	87
Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-A .....	88
Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-A.....	90
Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-A.....	90
Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-A.....	92
Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-NI-A.....	93
Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-NI-A .....	94
Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-NI-A .....	96
Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-NI-A.....	97
Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und AJ 2022) – WI-NI-A .....	99
Tabelle 56: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – WI-NI-S.....	100
Tabelle 57: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-NI-S .....	100
Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-S .....	101
Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-S.....	102
Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-S.....	104
Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-S.....	105
Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-NI-S.....	107

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - WI-NI-S .....	108
Tabelle 64: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) - WI-NI-S .....	111
Tabelle 65: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) - WI-NI-S.....	112



## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ATR	Auffällige Tracer
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KH	Krankenhaus
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
STNV	Stellungnahmeverfahren
VÄ	Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)
WI-HI-A	Auswertungsmodul <i>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung</i>

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
WI-HI-S	Auswertungsmodul <i>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung</i>
WI-NI-A	Auswertungsmodul <i>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen</i>
WI-NI-S	Auswertungsmodul <i>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen</i>

## Vorbemerkung

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup> in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Grund hierfür sind insbesondere die komplexe Datenzusammenführung und die neuen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation).

Dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Januar 2021 (G-BA 2021) gemäß wurde die fallbezogene QS-Dokumentation und die Erhebung von Sozialdaten für das Erfassungsjahr (EJ) 2021 ausgesetzt. Da die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung berichtet werden, beinhaltet der aktuelle Bericht ausschließlich aktuelle rechnerische QI-Ergebnisse zu den Indikatoren und Nebenkennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement des EJ 2022.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023.  
URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 30.06.2023).

# Hygiene- und Infektionsmanagement

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

Das Verfahren *QS WI* soll Krankenhäuser und niedergelassene Leistungserbringer dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, von dem Tracer-Operationen<sup>2</sup> erbracht wurden, die Raten der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

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

## Hygiene- und Infektionsmanagement

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

---

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

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

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000 und 2000) sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet. Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten. Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2022 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) eine Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.<sup>3</sup>

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1 und Tabelle 2 stellen die Übersicht über die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (EJ 2022) dar.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-A

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen			
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	QS-Dokumentation	2022

<sup>3</sup> Weitere Informationen zum Verfahren QS WI finden sich auf der Website des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2023) – WI-HI-S

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen			
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	QS-Dokumentation	2022

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichtes basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) des Erfassungsjahres 2022.

#### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

##### *Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Einrichtungen)*

In Tabelle 3 werden die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit dargestellt. In der Tabelle werden darüber hinaus Informationen zu den Leistungserbringern (Praxen/MVZ und Krankenhäuser) auf Bundesebene dargestellt.

In Tabelle 4 wird dargestellt, wie viele ambulante Einrichtungen ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben, sodass keine Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements dieser Einrichtungen möglich war.

Tabelle 3: Datengrundlage (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Einrichtungen) – WI-HI-A\*

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt	2.391	3.063	78,06
	Basisdatensatz	2.391		
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt	688	709	97,04
	Basisdatensatz	688		
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt</b>	<b>3.079</b>	<b>3.772</b>	<b>81,63</b>
	<b>Basisdatensatz</b>	<b>3.079</b>		

\* Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern, sodass die Validität der Angaben in Tabelle 3 eingeschränkt ist. Nähere Informationen dazu können dem Abschnitt unterhalb der Tabelle 4 entnommen werden.



Tabelle 4: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Einrichtungen) – WI-HI-A\*

Erfassungsjahr 2022	Anzahl	Grundgesamtheit**	Anteil in %
Bund (Praxen/MVZ)	143	3.206	4,46
Bund (Krankenhäuser)	16	725	2,21
Bund (gesamt)	159	3.931	4,04

\* Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern, sodass die Validität der Angaben in Tabelle 4 eingeschränkt ist. Nähere Informationen dazu können dem Abschnitt unterhalb der Tabelle 4 entnommen werden.

\*\* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze (Tabelle 3, Spalte „erwartet“) addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (Tabelle 4, Spalte „Anzahl“).

Die ermittelte Vollzähligkeit liegt insgesamt bei ca. 82 %. Im niedergelassenen Bereich (Praxen/MVZ) ist die Vollzähligkeit mit ca. 78 % geringer als bei Krankenhäusern. Hier liegt die Vollzähligkeit bei ca. 97 %.

Limitierenden Einfluss auf Angaben zur Datengrundlage hat, dass zu vertragsärztlichen Leistungserbringern aus drei Bundesländern keine QS-Dokumentationsdaten vorliegen, da diese durch die jeweilige Datenannahmestelle nicht an das IQTIG übermittelt wurden. Das bedeutet, dass eine dem IQTIG nicht bekannte Anzahl an Leistungserbringern zwar QS-Dokumentationsbögen dokumentiert haben, diese dem IQTIG aber nicht vorliegen. Bei einer der drei betroffenen Datenannahmestellen lag eine technische Störung vor. Durch eine andere Datenannahmestelle wurden die QS-Dokumentationen an die falsche E-Mail-Adresse übermittelt und durch die dritte Datenannahmestelle erfolgte die Übermittlung nicht innerhalb der gesetzten Frist. Weiterhin liegen aus zwei Bundesländern keine Solldaten vor, während gleichzeitig QS-Dokumentationsbögen übermittelt worden sind. Ein Bundesland hat weder Soll- noch Ist-Daten übermittelt. Krankenhäuser aus einem Bundesland haben zwar Datensätze übermittelt, gleichzeitig liegen zu Krankenhäusern aus diesem Bundesland keine Solldaten vor. Das IQTIG hat mit den betroffenen Datenannahmestellen Kontakt aufgenommen und geht davon aus, dass diese Probleme zukünftig nicht mehr auftreten werden.

Die unzureichende Vollzähligkeit von Praxen/MVZ geht daher möglicherweise zu einem Teil darauf zurück, dass Leistungserbringer keinen Bogen dokumentiert haben und zum anderen Teil darauf zurück, dass Datenannahmestellen einiger Länder die QS-Dokumentationsdaten nicht oder zu spät weitergegeben haben.

Aktuell werden sämtliche Bögen, die übermittelt werden, auch für die Auswertung berücksichtigt. Das IQTIG wird dieses Vorgehen vor dem Hintergrund, dass Leistungserbringer möglicherweise auch ohne Pflicht zur Dokumentation Bögen abgeben, mit dem Expertengremium beraten.

Im Jahr 2022 haben von allen Krankenhäusern, die zur Dokumentation verpflichtet waren, 16 Krankenhäuser angegeben, dass sie ihre Tätigkeit im Jahr 2022 beendet haben. Bei Praxen/MVZ lag dieser Wert bei 4,46 % (n = 143).

Es sei an dieser Stelle außerdem darauf hingewiesen, dass noch keine Validierung der Daten durchgeführt wurde, die über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst werden.

#### *Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Einrichtungen)*

Tabelle 5 stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit dar. In der Tabelle werden darüber hinaus Informationen zu den Leistungserbringern (Belegärztinnen und Belegärzte und Krankenhäuser) auf Bundesebene dargestellt.

In Tabelle 6 wird dargestellt, wie viele stationäre Einrichtungen ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben, sodass keine Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements dieser Einrichtungen möglich war.

Tabelle 5: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Einrichtungen)\*

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
<b>Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	Datensätze gesamt	321	463	69,33
	Basisdatensatz	321		
<b>Bund (Krankenhäuser)</b>	Datensätze gesamt	974	1.062	91,71
	Basisdatensatz	974		
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt</b>	<b>1.295</b>	<b>1.525</b>	<b>84,92</b>
	<b>Basisdatensatz</b>	<b>1.295</b>		

\* Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern, sodass die Validität der Angaben in Tabelle 5 eingeschränkt ist. Nähere Informationen dazu können dem Abschnitt unterhalb der Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (EJ 2022) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Einrichtungen)\*

Erfassungsjahr 2022	Anzahl	Grundgesamtheit**	Anteil in %
<b>Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	26	489	5,32
<b>Bund (Krankenhäuser)</b>	26	1.088	2,39
<b>Bund (gesamt)</b>	52	1.577	3,30

\* Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern, sodass die Validität der Angaben in Tabelle 6 eingeschränkt ist. Nähere Informationen dazu können dem Abschnitt unterhalb der Tabelle 6 entnommen werden.

\*\* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze (Tabelle 5, Spalte „erwartet“) addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (Tabelle 6, Spalte „Anzahl“).

Die ermittelte Vollzähligkeit liegt insgesamt bei ca. 85 %. Verbesserungspotenzial besteht vor allem im niedergelassenen Bereich (Belegärztinnen und Belegärzte), da die Vollzähligkeit dort bei ca. 69 % liegt. Bezogen auf Krankenhäuser liegt die Vollzähligkeit bei ca. 92 %.

Limitierenden Einfluss auf die Datengrundlage hat, dass aus fünf Bundesländern für belegärztliche Leistungserbringer keine Sollzahlen vorliegen. Teilweise wurden Daten zu spät geliefert, teilweise ist dem IQTIG kein Grund dafür bekannt, dass Daten nicht übermittelt wurden. Aus zwei dieser Bundesländer wurde jeweils ein QS-Dokumentationsbogen fristgerecht übermittelt. Aus den anderen drei Bundesländern liegen keine QS-Dokumentationsbögen vor. Durch eine Datenannahmestelle erfolgte die Übermittlung nicht innerhalb der gesetzten Frist. Bei den anderen beiden Datenannahmestellen sind dem IQTIG keine Gründe dafür bekannt, warum Daten nicht übermittelt wurden. Aus zwei Bundesländern, die Sollzahlen übermittelt haben, liegen mehr Dokumentationsbögen von Belegärztinnen und Belegärzten vor, als erwartet wurden. Aus einem Bundesland liegen mehr Dokumentationsbögen von Krankenhäusern vor, als erwartet wurden. Das IQTIG wird mit den betroffenen Datenannahmestellen Kontakt aufnehmen, um die Gründe zu eruieren.

Die unzureichende Vollzähligkeit von belegärztlichen Leistungserbringern geht daher möglicherweise nur zum Teil darauf zurück, dass Leistungserbringer keinen Bogen dokumentiert haben. Ein größerer Teil kann darauf zurückgehen, dass Datenannahmestellen einiger Länder die QS-Dokumentationsdaten nicht oder zu spät weitergegeben haben.

Aktuell werden sämtliche Bögen, die übermittelt werden, auch für die Auswertung berücksichtigt. Das IQTIG wird dieses Vorgehen vor dem Hintergrund, dass Leistungserbringer möglicherweise auch ohne Pflicht zur Dokumentation Bögen abgeben, mit dem Expertengremium beraten.

Es sei an dieser Stelle außerdem darauf hingewiesen, dass noch keine Validierung der Daten, die über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst werden, durchgeführt wird.

## 2.2 Risikoadjustierung

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

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Eine Datenvalidierung unter Nutzung von Auffälligkeitskriterien erfolgt im Verfahren QS WI derzeit nicht (siehe auch § 13 DeQS-RL Teil 2). Da je Leistungserbringer ein bzw. zwei Bögen dokumentiert werden, erfolgt die Prüfung der Vollzähligkeit über einen Soll-Ist-Abgleich. Für Leistungserbringer, die keinen Dokumentationsbogen abgegeben haben, muss gemäß § 12 Abs. 2 TB QS WI je ein Stellungnahmeverfahren eröffnet werden. Gleichzeitig hat der G-BA das IQTIG mit Beschluss vom 19. Januar 2023 damit beauftragt, die Möglichkeit einer Datenvalidierung für die einrichtungsbezogene Dokumentation zu prüfen und erste Eckpunkte für eine Umsetzung zu entwickeln (G-BA 2023b).

## 2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Tabelle 7 und Tabelle 8 stellen die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (AJ 2023 und AJ 2022) dar. Da die Vollzähligkeit deutlich von 100 % abweicht (78,73 % für Erbringer ambulanter Tracer-Operationen bzw. 87,03 % für Erbringer stationärer Tracer-Operationen) und die Leistungserbringer, die Dokumentationen durchführen, von Jahr zu Jahr variieren, sind die Jahresergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023) - WI-HI-A

ID	Indikator	Bundes- ergebnis AJ 2023 (Refe- renzbe- reich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen</b>				
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	73,79/ 100 Punkte (≥ 40,00 / 100 Punkte; 5. Perzentil)	72,54/ 100 Punkte	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023) - WI-HI-S

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen</b>				
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	74,78/ 100 Punkte ( $\geq 56,33 / 100$ Punkte; 5. Perzentil)	73,15/ 100 Punkte	vergleichbar

Im bundesweiten Mittel wurde im Auswertungsjahr 2023 (EJ 2022) im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) ein Ergebnis von 73,79 von 100 Punkten erreicht,

Im bundesweiten Mittel wurde im Auswertungsjahr 2023 (EJ 2022) im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) ein Ergebnis von 74,78 von 100 Punkten erreicht.

Die Bundeswerte der einzelnen Kennzahlen sowie des gesamten Index lassen den Rückschluss zu, dass weiterhin ein deutliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung im Bereich des ambulanten sowie stationären Hygiene- und Infektionsmanagements unter den Leistungserbringern besteht, die an der Dokumentation teilgenommen haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Kennzahlen der Indexindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären und ambulanten Einrichtungen dargestellt (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10) und bewertet.

Tabelle 9: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2022)

Kennzahl	Ergebnis ambulant operierende Krankenhäuser	Ergebnis vertragsärztliche Einrichtungen	Ergebnis Bund (gesamt)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,83 / 100 Punkte	82,24 / 100 Punkte	82,82 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,05 / 100 Punkte	65,74 / 100 Punkte	69,83 / 100 Punkte

Kennzahl	Ergebnis ambulant operie- rende Krankenhäuser	Ergebnis vertragsärztli- che Einrichtun- gen	Ergebnis Bund (gesamt)
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,33 / 100 Punkte	72,44 / 100 Punkte	77,33 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	93,72 / 100 Punkte	88,54 / 100 Punkte	89,69 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,38 / 100 Punkte	91,67 / 100 Punkte	92,94 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	89,94 / 100 Punkte	81,99 / 100 Punkte	83,77 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	22,13 / 100 Punkte	56,61 / 100 Punkte	48,90 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	47,89 / 100 Punkte	42,23 / 100 Punkte	43,50 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	96,95 / 100 Punkte	74,45 / 100 Punkte	79,47 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	49,56 / 100 Punkte	75,41 / 100 Punkte	69,63 / 100 Punkte

Tabelle 10: Ergebnisse der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2022)

Kennzahl	Ergebnis stationär operie- rende Krankenhäuser	Ergebnis Belegärzte	Ergebnis Bund (gesamt)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,23 / 100 Punkte	80,80 / 100 Punkte	83,38 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,70 / 100 Punkte	82,79 / 100 Punkte	84,23 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,76 / 100 Punkte	82,55 / 100 Punkte	91,74 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,77 / 100 Punkte	93,88 / 100 Punkte	96,80 / 100 Punkte

Kennzahl	Ergebnis stationär operierende Krankenhäuser	Ergebnis Belegärzte	Ergebnis Bund (gesamt)
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,72 / 100 Punkte	95,95 / 100 Punkte	96,53 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	90,04 / 100 Punkte	88,21 / 100 Punkte	89,59 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	23,87 / 100 Punkte	48,26 / 100 Punkte	29,92 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	50,88 / 100 Punkte	47,52 / 100 Punkte	50,05 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	97,54 / 100 Punkte	95,64 / 100 Punkte	97,07 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	29,48 / 100 Punkte	25,41 / 100 Punkte	28,47 / 100 Punkte

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

Leistungserbringer, die aufgrund von ambulanten Operationen am QS-Verfahren teilgenommen haben, erreichten im AJ 2023 einen bundesweiten Mittelwert von 82,82 von möglichen 100 Punkten in der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“.

Das Kennzahlresultat ambulant operierender Leistungserbringer des AJ 2023 (EJ 2022) ist nicht mit dem des AJ 2022 (EJ 2022) vergleichbar. Grund dafür ist ein Fehler in den Empfehlungen an den G-BA zu den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 (prospektiv und endgültig) zum QI 1000 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“. Es wurde nicht berücksichtigt, dass Leistungserbringer bei der Frage nach dem Vorliegen einer leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe auswählen können, dass „aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich“ ist. Aufgrund dessen wurden Leistungserbringer, die diese Antwort gegeben haben, genauso behandelt wie Leistungserbringer, die angegeben haben, dass keine leitlinienbasierte Empfehlung/internen Leitlinie vorliegt. Intendiert war bei der Einführung dieser Antwortmöglichkeit, dass Leistungserbringer, die dies angeben, die volle Punktzahl für diese Kennzahl erhalten. Da die Rechenregeln nicht angepasst wurden, blieb auch die Auswertung unverändert.

Leistungserbringer, die aufgrund von stationären Operationen am QS-Verfahren teilgenommen haben, erreichten einen bundesweiten Mittelwert von 83,38 von 100 möglichen Punkten in der

Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“.

Leistungserbringer, die angaben, dass im gesamten Jahr 2022 keine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe vorlag (EJ 2022: ambulant operierende Leistungserbringer = 8,18 %; stationär operierende Leistungserbringer = 4,09 %), haben in diesen Kennzahlen keine Punkte erhalten.

Der Großteil der Leistungserbringer hält eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe vor (ambulant: 68,9 %, bei 23 % ist aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich; stationär: 96 %), wobei diese häufig nicht regelmäßig hinsichtlich ihrer Aktualität geprüft werden. So haben 22 % (464 von 2.120) der ambulant operierenden Leistungserbringer, die eine interne Leitlinie vorhalten, angegeben, dass diese nicht im Jahr 2022 hinsichtlich ihrer Aktualität überprüft wurde. Unter den stationär operierenden Leistungserbringern lag dieser Anteil bei 33 % (411 von 1.242).

Bezüglich dieser Kennzahlen wird vom Expertengremium auf Bundesebene bei ambulant und stationär operierenden Leistungserbringern weiterhin Potenzial zur Verbesserung gesehen.

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

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten in dieser Kennzahl ein Ergebnis von 84,23 von 100 Punkten.

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten in dieser Kennzahl ein Ergebnis von 69,83 von 100 Punkten.

Leistungserbringer, die angaben, dass im Erfassungsjahr 2022 keine leitlinienbasierte Empfehlung / interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie galt, haben in dieser Kennzahl keine Punkte erhalten (ambulant: 25,66 %; stationär: 7,26 %).

Der Großteil der Leistungserbringer hält eine leitlinienbasierte Empfehlung / interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie vor (ambulant: 74,3 %, stationär: 92,7 %), wobei diese häufig nicht regelmäßig hinsichtlich ihrer Aktualität geprüft werden. So haben 21 % (484 von 2.289) der ambulant operierenden Leistungserbringer, die eine interne Leitlinie vorhalten, angegeben, dass diese nicht im Jahr 2022 hinsichtlich ihrer Aktualität überprüft wurde. Unter den stationär operierenden Leistungserbringern lag dieser Anteil bei 34 % (408 von 1.201).

#### **Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff**

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 77,33 von 100 Punkten.

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 91,74 von 100 Punkten.



Leistungserbringer, die angaben, für die Haarentfernungen Klingenrasierer zu nutzen, haben in dieser Kennzahl keine Punkte erhalten (ambulant: 27,60 %; stationär: 8,31 %). Für die Mitglieder des Expertengremiums stellt dies ein gravierendes Qualitätsdefizit dar, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) bereits 2007 im Rahmen ihrer Richtlinie „Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet“ das Kürzen statt Rasieren der Haare im Operationsgebiet empfahl. Die Empfehlung, Kategorie IA (basierend auf gut konzipierten systematischen Reviews oder hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien), besteht unverändert, auch nachdem die Richtlinie des Jahres 2007 2018 durch die Richtlinie „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ aktualisiert wurde (Oldhafer et al. 2007), (Hansis et al. 2018).

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

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 89,69 von 100 Punkten. Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 96,80 von 100 Punkten.

Sowohl ambulant als auch stationär operierende Leistungserbringer erzielen bei dieser Kennzahl hohe Punktwerte, was auf einen sehr guten Standard hinsichtlich der Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien hindeutet. Die EXG-Mitglieder erachten diese Kennzahl als sehr wichtig. Einzelne Mitglieder sind der Ansicht, dass bei dieser Kennzahl negative Abweichungen vom Bundesergebnis per se als ein Qualitätsdefizit betrachtet werden könnten, da anhand des Fragebogens größtenteils erfasst wird, ob Leistungserbringer die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien umsetzen oder nicht. Eine gute Sterilgutaufbereitung sei unverzichtbar für die Vermeidung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen.

Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, die Kennzahl fortzuführen.

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

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 92,94 von 100 Punkten.

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 96,53 von 100 Punkten.

Der Großteil der Leistungserbringer hält eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes vor (ambulant: 93,60 %, stationär: 97,22 %), wobei darin nicht immer alle relevanten Inhalte thematisiert werden.

Ein Verbesserungspotenzial liegt entsprechend weiterhin vor.

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

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 83,77 von 100 Punkten.

Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 89,59 von 100 Punkten.

Für diese Kennzahl sieht das Expertengremium auf Bundesebene weiterhin Verbesserungspotenzial, da bei 11,50 % der ambulant operierenden Leistungserbringer kein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel im betrachteten Erfassungsjahr galt. Bei den stationär operierenden Leistungserbringern betrifft dies zwar nur 2,55 %. Die letzte Überprüfung der Aktualität bzw. die Prüfung einer Aktualisierung, erfolgte dort jedoch bei 35 %, nicht wie gefordert im betrachteten Erfassungsjahr 2022. Auf ambulant operierende Leistungserbringer traf dies im Gegensatz dazu jedoch nur bei 22 % zu.

**Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie**

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 48,90 von 100 Punkten. Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 29,92 von 100 Punkten.

Ein Grund für die niedrigen Ergebnisse ist, dass 25,24 % der ambulant operierenden Leistungserbringer und 48,73 % der stationär operierenden Leistungserbringer angegeben haben, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben nicht oder nicht in der für den Dokumentationsbogen vorgesehenen Form erhoben wurden. Die Schulungsrate bei den Leistungserbringern, die Daten dazu übermittelt haben, liegt im Mittel bei 64,53 % (ambulant) bzw. 57,32 % (stationär).

**Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention**

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 43,50 von 100 Punkten. Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 50,05 von 100 Punkten.

30,85 % der ambulant und 11,97 % der stationär operierenden Leistungserbringer haben angegeben, dass keine Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ im Jahr 2022 vorlagen. Bei anderen Leistungserbringern wurden die Daten nicht in der geforderten Form erhoben (ambulant: 3,64 %, stationär: 8,42 %).

Gemäß den Angaben der Leistungserbringer lag der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur

Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, stationär bei 65,81 % und ambulant bei 74,98 %.

#### **Kennzahl: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion**

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 79,47 von 100 Punkten. Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 97,07 von 100 Punkten.

Unter der Annahme, dass es sich um ein repräsentatives Ergebnis handelt, liegt bezogen auf Leistungserbringer, die stationär operieren, nur noch ein geringes Potenzial zur Verbesserung vor. Von den ambulant Operierenden haben hingegen 20,53 % angegeben, dass keine Patienteninformation genutzt wird. Für diese Kennzahl sehen das Expertengremium auf Bundesebene und das IQTIG daher weiterhin Verbesserungspotenzial.

#### **Kennzahl: Durchführung von Compliance-Überprüfungen**

Die Fragen, die für diese Kennzahl beantwortet werden müssen, unterscheiden sich stark zwischen dem ambulanten und dem stationären Bogen: Im ambulanten Bogen wird lediglich abgefragt, ob Compliance-Beobachtungen durchgeführt wurden.

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

Ambulant operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 69,63 von 100 Punkten. Stationär operierende Leistungserbringer erzielten ein Bundesergebnis von 28,47 von 100 Punkten.

30,37 % der ambulant operierenden Leistungserbringer haben für das Erfassungsjahr 2022 angegeben, keine Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt zu haben. 50,35 % der stationär operierenden Leistungserbringer haben angegeben, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern keine Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt zu haben, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten.

Das Expertengremium auf Bundesebene sieht einen Verbesserungsbedarf bei der Durchführung von Compliance-Beobachtungen sowohl bei ambulant als auch bei stationär operierenden Leistungserbringern.

## 2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses QS-Verfahren wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2022 zu den Auffälligkeiten bezogen auf die Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement des Erfassungsjahres 2021 dar. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird.

Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG diese Informationen als durchführende Stelle ebenfalls in diesem Format.

Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 17. Dezember 2020 wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das EJ 2020 ausgesetzt (G-BA 2020). Da keine Ergebnisse für das EJ 2020 vorlagen, konnte im Jahr 2021 kein Stellungnahmeverfahren seitens der Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden, sodass keine Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten vorliegen. Daher können die Ergebnisse des STNV im Jahr 2022 zum EJ 2021 nicht mit Vorjahresergebnissen verglichen werden.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Eine Datenvalidierung unter Nutzung von Auffälligkeitskriterien erfolgt im Verfahren QS WI derzeit nicht (siehe auch § 13 DeQS-RL Teil 2). Die Prüfung der Vollständigkeit erfolgt über einen Soll-Ist-Abgleich. Für Leistungserbringer, die keinen Dokumentationsbogen abgegeben haben, muss gemäß § 12 Abs. 2 TB QS WI je ein Stellungnahmeverfahren eröffnet werden. Gleichzeitig hat der G-BA das IQTIG mit Beschluss vom 19. Januar 2023 damit beauftragt, die Möglichkeit einer Datenvalidierung für die einrichtungsbezogene Dokumentation zu prüfen und erste Eckpunkte für eine Umsetzung zu entwickeln (G-BA 2023b).

### 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement

#### Ambulant operierende Leistungserbringer

##### QI 1000 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Sämtliche Landesarbeitsgemeinschaften haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) fristgerecht übermittelt. Die Auswertungen zu den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind in den nachfolgenden Tabellen sowie in den Tabellen im Anhang Hygiene- und Infektionsmanagement – Ambulante Einrichtungen (WI-HI-A) zu finden. Zu 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten keine QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A (QI-ID 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement ambulante Einrichtungen)

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	2941	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	146	4,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	4	2,74
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	142	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	142	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	35,21
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	92	64,79
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	92	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	3,26
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	9	9,78

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	12,68
Bewertung als qualitativ auffällig	37	26,06
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	9	6,34
Sonstiges	19	13,38
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu 146 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 92 Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 37 Fällen wurden Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Am häufigsten wurde zu den Bewertungen als qualitativ auffällig zurückgemeldet, dass der Wert außerhalb des Referenzbereiches aufgrund der vorliegenden Stellungnahme als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen werde. Sieben Mal wurden vom Leistungserbringer keine Gründe bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt und aufgrund dessen wurde der jeweilige Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet.

Wenn kein Stellungnahmeverfahren aufgenommen wurde, wurde dazu häufig zurückgemeldet, dass statistische, methodische oder inhaltliche Gründen dafür ausschlaggebend gewesen seien bzw. dass das Verfahren noch in Erprobung sei und die Fachkommission diese Entscheidung unter Berücksichtigung der Informationen zu den Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen getroffen habe. In drei Fällen wurde zurückgemeldet, dass der rechnerisch auffällige Leistungserbringer nicht mehr tätig sei.

18 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet, meistens mit der Begründung, dass es keine Anzeichen für Mängel in der medizinischen Qualität gab, dass Praxen sich im Aufbau befunden hätten und dass die Fachkommission von der leitliniengerechten Arbeitsweise der Leistungserbringer überzeugt seien. Am häufigsten genannt wurde der Fehler in den Rechenregelempfehlungen des IQTIG zur Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“.

Neun Mal wurde durch die LAG angegeben, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sei. Am häufigsten wurden hierzu Übertragungsfehler als Grund für die Bewertung genannt.

19 Mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. Am häufigsten wurde auch hier der Fehler der Rechenregel der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe“ als Grund dafür genannt, dass diese Bewertungskategorie vergeben wurde.

1,3 % Prozent von allen Leistungserbringern, die einen Bogen abgegeben haben, wurden als qualitativ auffällig bewertet, das sind 40,2 % aller Leistungserbringer, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde. Die Tatsache, dass fast die Hälfte aller Stellungnahmeverfahren mit einer Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, lässt auf eine hohe Akzeptanz der Inhalte des QS-Dokumentationsbogens schließen und ist ein im Gesamtvergleich mit allen anderen Indikatoren über sämtliche Verfahren hinweg relativ hoher Wert. Das durch die rechnerischen Ergebnisse angezeigte Verbesserungspotenzial konnte also im Stellungnahmeverfahren bestätigt werden.



Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse											
					Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges			
					bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI		
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	142 / 2941 (4,83 %)	50	9 / 142 (6,34 %)	9 / 2941 (0,31 %)	18 / 142 (12,68 %)	18 / 2941 (0,61 %)	37 / 142 (26,06 %)	37 / 2941 (1,26 %)	9 / 142 (6,34 %)	9 / 2941 (0,31 %)	19 / 142 (13,38 %)	19 / 2941 (0,65 %)		
		nur für KH-Sektor	2 / 650 (0,31 %)	0	0 / 2 (0,00 %)	0 / 650 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 650 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 650 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 650 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 650 (0,15 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 650 (0,15 %)
		nur für VÄ-Sektor	140 / 2291 (6,11 %)	50	9 / 140 (6,43 %)	9 / 2291 (0,39 %)	18 / 140 (12,86 %)	18 / 2291 (0,79 %)	37 / 140 (26,43 %)	37 / 2291 (1,62 %)	8 / 140 (5,71 %)	8 / 2291 (0,35 %)	18 / 140 (12,86 %)	18 / 2291 (0,79 %)		

## Stationär operierende Leistungserbringer

### QI 2000 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Alle Landesarbeitsgemeinschaften haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) fristgerecht übermittelt.

Die Auswertungen zu den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene. Die Auswertungen werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 13 und Tabelle 14 sowie in den Tabellen im Anhang in Hygiene- und Infektionsmanagement – Stationäre Einrichtungen (WI-HI-S) zu finden. Zu allen auffälligen Ergebnissen konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	1213	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	60	4,95
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	60	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	60	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	21,67
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	47	78,33
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	47	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	4,26

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	22	36,67
Bewertung als qualitativ auffällig	14	23,33
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	5	8,33
Sonstiges	4	6,67
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu 60 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 47 Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 22 Fällen wurden Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Am häufigsten wurde zu den Bewertungen als qualitativ auffällig zurückgemeldet, dass der Wert außerhalb des Referenzbereiches aufgrund der vorliegenden Stellungnahme als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen werde. Vier Mal wurden vom Leistungserbringer keine Gründe bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt und aufgrund dessen wurde der jeweilige Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet.

Wenn kein Stellungnahmeverfahren aufgenommen wurde, wurde dazu häufig zurückgemeldet, dass statistische, methodische oder inhaltliche Gründen dafür ausschlaggebend gewesen seien. In drei Fällen wurde zurückgemeldet, dass der rechnerisch auffällige Leistungserbringer nicht mehr tätig sei.

14 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet, meistens mit der Begründung, dass es keine Anzeichen für Mängel in der medizinischen Qualität gab. Fünf Mal wurde durch die LAG angegeben, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sei. Zu drei von fünf Fällen wurden hierzu keine Kommentare übermittelt. Einmal wurde der Bogen für Belegärztinnen und Belegärzte dokumentiert, obwohl der Bogen für ambulante Operationen (hier im Rahmen einer Ermächtigung) hätte dokumentiert werden müssen. Einmal wurde ein Schnittstellenproblem zwischen Belegärztin bzw. Belegarzt und Krankenhaus genannt.

Vier Mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. Einmal wurde hierzu die Information übermittelt, dass es sich um eine besondere klinische Situation gehandelt habe; ohne weiter Erläuterung zu den übrigen drei Stellungnahmeverfahren liegen keine weiteren Informationen vor.

1,15 % Prozent von allen Leistungserbringern, die einen Bogen abgegeben haben, wurden als qualitativ auffällig bewertet, das sind 47 % aller Leistungserbringer, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde. Insbesondere, dass fast die Hälfte aller Stellungnahmeverfahren mit einer Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, lässt auf eine hohe Akzeptanz der Inhalte des QS-Dokumentationsbogens schließen und ist ein im Gesamtvergleich mit allen anderen Indikatoren über sämtliche Verfahren hinweg relativ hoher Wert. Das durch die rechnerischen Ergebnisse angezeigte Verbesserungspotenzial konnte also im Stellungnahmeverfahren bestätigt werden.

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
					Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
					bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	60 / 1213 (4,95 %)	13	2 / 60 (3,33 %)	2 / 1213 (0,16 %)	22 / 60 (36,67 %)	22 / 1213 (1,81 %)	14 / 60 (23,33 %)	14 / 1213 (1,15 %)	5 / 60 (8,33 %)	5 / 1213 (0,41 %)	4 / 60 (6,67 %)	4 / 1213 (0,33 %)
		nur für KH-Sektor	29 / 989 (2,93 %)	4	2 / 29 (6,90 %)	2 / 989 (0,20 %)	12 / 29 (41,38 %)	12 / 989 (1,21 %)	7 / 29 (24,14 %)	7 / 989 (0,71 %)	2 / 29 (6,90 %)	2 / 989 (0,20 %)	2 / 29 (6,90 %)	2 / 989 (0,20 %)
		nur für VÄ-Sektor	31 / 224 (13,84 %)	9	0 / 31 (0,00 %)	0 / 224 (0,00 %)	10 / 31 (32,26 %)	10 / 224 (4,46 %)	7 / 31 (22,58 %)	7 / 224 (3,12 %)	3 / 31 (9,68 %)	3 / 224 (1,34 %)	2 / 31 (6,45 %)	2 / 224 (0,89 %)

## 4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Im Verfahren QS WI wird während der Erprobungsphase anstelle einer Evaluation eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung durchgeführt, um das Verfahren begleitend zu evaluieren und Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Der Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung, der sowohl Informationen zum Hygiene- und Infektionsmanagement als auch Informationen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen enthält, wurde dem G-BA am 31. Januar 2023 übermittelt. Im Folgenden wird eine Kurzfassung des Berichts dargestellt, in der daher auf die Erfassung und Auswertung der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement und auch zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingegangen wird.

### Hintergrund

Das QS-Verfahren QS WI ist ein besonders innovatives und komplexes QS-Verfahren. Grund dafür ist zum einen die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und deren komplexe Verknüpfung mit fallbezogen dokumentierten Qualitätssicherungsdaten und zum anderen die Nutzung des Instruments der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation. Zum Start des Verfahrens wurde daher für die ersten Jahre der Durchführung des Verfahrens eine Erprobungsphase festgelegt.

### Auftrag und Auftragsverständnis

Im Rahmen der Erprobungsphase wurde das IQTIG vom G-BA damit beauftragt, jährlich für den Zeitraum von fünf Jahren eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gemäß § 19 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, abgelöst am 1. Januar 2019 durch die DeQS-RL) durchzuführen. Dabei soll das IQTIG Optimierungsbedarfe überprüfen. Überprüft werden sollen insbesondere Aspekte, die sich auf Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung, die Inhalte und Gestaltung der Berichte und auf das Stellungnahmeverfahren beziehen. Außerdem soll eine Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses je Verfahrensteil abgegeben werden. Zu den Optimierungsbedarfen sollen die Landesarbeitsgemeinschaften schriftlich befragt werden.

### Methodisches Vorgehen

Den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) wurde für die Überprüfung des Optimierungsbedarfs am 7. Oktober 2022 je ein semistrukturierter Online-Fragebogen zur Erhebung der notwendigen Informationen von den LAG gemäß § 19 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL übermittelt. Die Antworten der Landesebene wurden für die durch diesen Bericht zu adressierenden Optimierungsbedarfe sortiert und wenn, falls erforderlich, durch das IQTIG eingeordnet. Weiterhin wurden wichtige Optimierungsbedarfe, die dem IQTIG bekannt sind, die jedoch nicht in den Rückmeldungen der LAG adressiert wurden, in den Bericht aufgenommen und ebenfalls, falls erforderlich, eingeordnet.

## Ergebnisse und Empfehlungen

### *Hygiene- und Infektionsmanagement*

Die aus Sicht des IQTIG relevantesten Optimierungsbedarfe zum Verfahrensteil Hygiene- und Infektionsmanagement beziehen sich auf

1. die Praktikabilität und Effizienz der Dokumentation, insbesondere bei Operationen in einem Fremd-OP (Belegärztinnen und Belegärzte, AOP-Zentren),
2. die Prüfung und ggf. Überarbeitung der Indikatoren anhand der aktuellen Methodik des IQTIG,
3. den Optimierungsbedarf der Rückmeldeberichte,
4. die noch fehlende Datenvalidierung,
5. das fehlende Bewertungsschema,
6. die Größe und Zusammensetzung der Fachkommissionen,
7. einen erhöhten Aufklärungs- und Informationsbedarf bei den Leistungserbringern und damit in Zusammenhang stehende Herausforderungen des Verständnisses der Fragen in den Dokumentationsbögen durch die Leistungserbringer sowie
8. die derzeit als niedrig beschriebene Akzeptanz des Verfahrensteils zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Die ersten vier genannten Optimierungsbedarfe können durch die am 19. Januar 2023 erfolgte Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens adressiert werden. Den erhöhten Aufklärungs- und Informationsbedarf wird das IQTIG adressieren, indem Informationstermine mit den LAG angeboten werden. Hinsichtlich des Bewertungsschemas könnte der G-BA das IQTIG mit einer entsprechenden Entwicklung beauftragen.<sup>4</sup> Die Herausforderungen bezüglich der Zusammensetzung der Fachkommission könnten durch Anpassungen der Richtlinie durch den G-BA adressiert werden.

### *Nosokomiale postoperative Wundinfektionen*

Die aus Sicht des IQTIG relevantesten Optimierungsbedarfe zum Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich insbesondere auf

1. Herausforderungen bei der Übermittlung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie auf diese Daten bezogene Unschärfen, u. a. zur Zuordnung identifizierter Wundinfektionen zu Operationen,
2. die fehlende niedrigschwellige Möglichkeit der Kommunikation mit den Krankenkassen, der aktuell insbesondere die Pseudonymisierung der Krankenkassen gegenüber dem IQTIG im Wege steht,
3. die fehlenden oder nicht genau vorliegenden Datumsangaben im niedergelassenen Bereich und bei selektivvertraglicher Abrechnung,
4. die lange Zeit von bis zu 2,5 Jahren zwischen Dokumentation einer Wundinfektion und der Rückmeldung dazu über die Ergebnisberichte des Stellungnahmeverfahrens,
5. das Ermitteln der rückgemeldeten Fälle mit Wundinfektion beim Leistungserbringer,

---

<sup>4</sup> Hinweis: Mit dem Beschluss vom 19. Januar 2023 ist ein entsprechender Auftrag an das IQTIG ergangen.

6. die Identifikation von belegärztlichen Leistungen an Krankenhäusern,
7. den Optimierungsbedarf der Rückmeldeberichte,
8. das fehlende Bewertungsschema,
9. die fehlende Datenvalidierung sowie
10. die Größe und Zusammensetzung der Fachkommission.

Zu den ersten sieben Punkten wird das IQTIG im Rahmen der Verfahrenspflege oder im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren Empfehlungen er- bzw. ausarbeiten (G-BA 2023a).

Punkte 6, 7 und 9 sind Gegenstand der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vom 19. Januar 2023.

Für die Punkte 8 und 10 empfiehlt das IQTIG, dass Beauftragungen zu den genannten Punkten erfolgen bzw. dass zu Punkt 10 ggf. eine Anpassung der Richtlinie nach Austausch mit den LAG zu den Optimierungsbedarfen bezüglich der Zusammensetzung der Fachkommissionen erfolgt.

### **Fazit und Ausblick**

Während in den letzten Jahren bereits umfassende Optimierungen erfolgt sind, bestehen für beide Teile des Verfahrens weiterhin Optimierungspotenziale. Der Großteil dieser wird durch bereits beschlossene Aufträge an das IQTIG adressiert werden. Für andere sind Anpassungen der DeQS-RL erforderlich.

Bezüglich des Verfahrensteils zum Hygiene- und Infektionsmanagement ist positiv zu vermerken, dass hier die Sinnhaftigkeit und die Eignung der Qualitätsindikatoren nicht grundsätzlich infrage gestellt wurde. Darüber hinaus wurden deutlich weniger Hinweise zu Fehlern und Inkonsistenzen im Bogen übermittelt als in den Vorjahren. Dies wertet das IQTIG als Hinweis darauf, dass die umfassende Anpassung der Bögen für das Erfassungsjahr 2021 zu einem deutlich besseren Verständnis der Dokumentationsbögen geführt hat.

Hinsichtlich des Verfahrensteils zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Herausforderungen zur Datenbasis aus Sicht des IQTIG eine intensive Prüfung des Verfahrens sinnvoll. Im Jahr 2022 ist erstmals ein Stellungnahmeverfahren auf Basis von risikoadjustierten Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich durchgeführt worden. Mit den nächsten Qualitätssicherungsergebnisberichten werden hierzu die ersten Ergebnisse mit den Zahlen zu als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen und den dazugehörigen Kommentaren darüber erwartet, wie gut über das Verfahren Qualitätsdefizite aufgedeckt werden können. Diese Informationen werden eine genauere Einschätzung hinsichtlich der Funktionalität und Tragfähigkeit des Verfahrens ermöglichen.

Durch die Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* vom 19. Januar 2023 wird die Verantwort-



lichkeit für Hygieneanforderungen an Betreiber von Gesundheitseinrichtungen und an Leistungserbringer adressiert (G-BA 2023b). Durch die Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Musterverfahren können wichtige Herausforderungen insbesondere für den Teil des Verfahrens zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen adressiert werden (G-BA 2023a).

## 5 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Verbesserungspotenzial bezüglich des Hygiene- und Infektionsmanagements bei ambulant operierenden Leistungserbringern größer ist als bei stationär operierenden. Gleichzeitig liegt auch bei letzteren noch ein relevantes Verbesserungspotenzial vor. Der hohe Anteil qualitativer Auffälligkeiten nach eingeleitetem Stellungnahmeverfahren lässt auf eine hohe Akzeptanz der Qualitätsindikatoren bei den Fachkommissionen und Landesarbeitsgemeinschaften schließen.

Wie auch aus dem Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung hervorgeht, stellen sich bezogen auf die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement weiterhin Fragen methodischer Art, z. B. die Frage nach der Eignung eines gleichgewichteten Index für die unterschiedlichen Kennzahlen. Außerdem könnte die Praktikabilität erhöht werden, wenn zukünftig für die Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen nur noch ein Bogen dokumentiert werden müsste (Zusammenführung der Dokumentationsbögen). Die Bögen zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurden noch nicht hinsichtlich der aktuellen Methodik des IQTIG zur Prüfung der Qualität von QS-Dokumentationsdaten entwickelt bzw. angepasst (vgl. IQTIG 2022, Abschnitt 6.2.1). Hierfür, sowie für die Zusammenführung der Dokumentationsbögen und darüber hinaus die methodische Prüfung der Indexindikatoren, hat der G-BA das IQTIG mit seinem Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragt.

Ebenfalls ist das IQTIG damit beauftragt zu prüfen, ob und wenn ja in welchem Ausmaß, ähnliche oder gleiche Inhalte an anderer Stelle als für die externe datengestützte Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Das IQTIG empfiehlt grundsätzlich, die Dokumentation so praktikabel wie möglich zu halten. Im genannten Beschluss hat der G-BA das IQTIG beauftragt, auch diesen Sachverhalt zu prüfen und Empfehlungen zu Aufwandsreduktionen bei den Leistungserbringern abzugeben. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse weiterhin auf bestehende Qualitätsdefizite hinweisen. Erhebungen von ähnlichen Daten durch andere Stellen führen entsprechend offenbar nicht dazu, dass bestehende Qualitätspotenziale ausreichend adressiert werden.

Wichtig für eine abschließende Einschätzung der QS-Ergebnisse ist neben einer hohen Vollständigkeit die Validierung der QS-Dokumentationsdaten. Mit dem Beschluss des G-BA vom 19. Januar 2023 wurde das IQTIG beauftragt, Vorschläge für eine Datenvalidierung zu unterbreiten.

Zusammenfassend kann für den Verfahrensteil des Hygiene- und Infektionsmanagement festgestellt werden, dass das Verfahren häufig zu qualitativen Auffälligkeiten führt und inhaltlich gut akzeptiert wird. Gleichzeitig ist die Vollständigkeit für einen validen Einrichtungsvergleich noch zu niedrig. Die Dokumentation wird als aufwändig beschrieben, insbesondere, wenn Leistungserbringer in fremden Einrichtungen operieren, wie z. B. Belegärztinnen und Belegärzte in Krankenhäusern und niedergelassene Ärzte in AOP-Zentren. In diesen Fällen erfolgt die Weitergabe von

für die Dokumentation relevanten Informationen immer wieder ineffizient. Generell werden im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement jedoch grundlegende Qualitätsvorgaben adressiert.

## Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

## Hygiene- und Infektionsmanagement - Ambulante Einrichtungen (WI-HI-A)

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) - WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen	50 / 142 (35,21 %)	92 / 142 (64,79 %)	3 / 142 (2,11 %)	0 / 142 (0,00 %)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen	gesamt	142	27 / 142 (19,01 %)	7 / 142 (4,93 %)	3 / 142 (2,11 %)
		nur für KH-Sektor	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	140	27 / 140 (19,29 %)	7 / 140 (5,00 %)	3 / 140 (2,14 %)

Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-HI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	A71	<p>Ambulantes OP Zentrum muss entsprechende Leitlinien aufweisen können. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (16x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Soll-Formulierung für Antibiotikaphylaxe muss klar ersichtlich sein. Standards (Hygiene, Desinfektion, Verbände) müssen hinterlegt sein. Einschätzung, wann Antibiotikaphylaxe sinnvoll ist. (1x berichtet)</p> <p>Für 2021 war die Auffälligkeit da, wenn die beschriebenen Aspekte in 2022 umgesetzt wurden, dürfte keine Auffälligkeit mehr bestehen. (3x berichtet)</p> <p>Neben einer fehlerhaften Dokumentation besteht ein Anhalt für einen Struktur- und Prozessmangel bezüglich der Kennzahl 01 „Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ bzw. 02 „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikainitialtherapie“. Beide Leitlinien lagen nicht im gesamten Erfassungsjahr 2021 vor. Dieser Qualitätsmangel wurde zwischenzeitlich beseitigt, so dass keine Maßnahmenstufe 1 erforderlich ist. (1x berichtet)</p> <p>Stellungnahme ist nicht ausreichend. Standards müssen nachvollziehbar sein. (1x berichtet)</p> <p>Vorgaben zur Haarentfernung müssen überarbeitet werden. Risikoabschätzung muss am Patienten erfolgen, falls doch eine Antibiotikaphylaxe notwendig ist. Fortbildung Ärzt*innen müssen stattfinden. Ebenso müssen Richtlinien zu MRSA vorliegen. (1x berichtet)</p> <p>Wenig Problembewusstsein des Leistungserbringers. Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen einleiten. (1x berichtet)</p> <p>es fehlen grundsätzliche Standards zur Infektionsprävention (1x berichtet)</p>
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	A72	<p>Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (2x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	A99	<p>Der Leistungserbringer hatte schriftlich mitgeteilt, dass er sich aufgrund des hohen bürokratischen Aufwandes nicht in der Lage sehe, eine Stellungnahme zur Einrichtungsbefragung (Indikator 1000) einzureichen. Der Leistungserbringer wird daher als qualitativ auffällig aufgrund fehlender Mitwirkung eingestuft. Die Fachkommission behält sich vor, das Lenkungsgremium in Mecklenburg-Vorpommern über diesen Sachverhalt zu informieren. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Verbesserungspotential in einigen Kennzahlen, u.a. hinsichtlich Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung/ Infektion, Hautantiseptik, Vorbereitung des OP-Feldes sowie der geeigneten Haarentfernung. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Verbesserungspotential in einigen Kennzahlen, u.a. hinsichtlich Wundversorgung, Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung / Infektion. (1x berichtet)</p>

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
				Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	142	1 / 142 (0,70%)	0 / 142 (0,00%)	10 / 142 (7,04%)	7 / 142 (4,93%)
		nur für KH-Sektor	2	0 / 2 (0,00%)	0 / 2 (0,00%)	0 / 2 (0,00%)	0 / 2 (0,00%)
		nur für VÄ-Sektor	140	1 / 140 (0,71%)	0 / 140 (0,00%)	10 / 140 (7,14%)	7 / 140 (5,00%)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-HI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	U61	Klinische Situation wurde in der Stellungnahme erklärt. (1x berichtet)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	U99	<p>Besondere klinische Situation. (1x berichtet)</p> <p>Das IQTIG hat mitgeteilt, dass bei der Erstellung der Rechenregeln des QI Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (ID 1000) ein Fehler bezüglich der Kennzahl Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe unterlaufen ist. Seit dem EJ 2021 haben ambulante Leistungserbringer die Möglichkeit bei der Frage "Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?" anzugeben, dass aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich ist. Intendiert war bei der Einführung dieser Antwortmöglichkeit, dass Leistungserbringer, die dies angeben, die volle Punktzahl für diese Kennzahl erhalten bzw. die Kennzahl bei der Berechnung des Indexwertes nicht berücksichtigt wird. In den endgültigen Rechenregeln für das EJ 2021 ist jedoch definiert, dass ambulante Leistungserbringer in diesen Fällen jedoch fälschlicherweise keine Punkte für zugehörige Kennzahl erhalten. Nach der Korrektur der Kennzahl um die volle Punktzahl ist der Leistungserbringer nicht mehr rechnerisch auffällig. (2x berichtet)</p> <p>Die FK ist von der leitliniengerechten Arbeitsweise des LE überzeugt. Sie empfiehlt, die S3-LL „Peri-operative und Periinterventionelle Antibiotikaphylaxe“ sowie Standards in schriftlicher Form in der Praxis vorzuhalten, um eine erneute Auffälligkeit in der kommenden Einrichtungsbefragung zu vermeiden. Die FK empfiehlt dem LE das Thema MRSA noch einmal zu reflektieren, um für einen Kontakt mit MRSA-Pat. vorbereitet zu sein. Für diesen Fall muss eine Regelung vorhanden sein. (1x berichtet)</p> <p>Die Praxis befindet sich aktuell im Aufbau. Die Vorgaben des Hygienemanagements wurden berücksichtigt, gleichwohl bisher nicht abschließend verschriftlicht. Die Fachkommission erkennt keine qualitativen Auffälligkeiten, wird den Prozess des Aufbaus bei erneuter rechnerischer Auffälligkeit im Folgejahr gleichwohl besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (Probleme mit dem Assessmentverfahren, was teilweise zum falschen Beantworten der Fragen führte) (1x berichtet)</p> <p>in der zusammenfassenden Bewertung kein Hinweis auf Nichteinhaltung wesentlicher Hygienestandards (1x berichtet)</p>



Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Unvollzählige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	142	9 / 142 (6,34 %)	0 / 142 (0,00 %)	19 / 142 (13,38 %)
		nur für KH-Sektor	2	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	140	8 / 140 (5,71 %)	0 / 140 (0,00 %)	18 / 140 (12,86 %)

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	D80 / S80	<p>Das IQTIG informierte am 21.09.2022 darüber, dass bei der Berechnung des QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (QI 1000) bezüglich der Kennzahl 01 „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ ein Fehler unterlaufen sei. Dies betrifft das QI-Ergebnis des Leistungserbringers. Daneben findet sich eine fehlerhafte QS-Dokumentation. Die korrekten Daten wurden mit der Stellungnahme nachgereicht. (1x berichtet)</p> <p>Der Leistungserbringer operiert in einer zweiten Einrichtung (ambulantes OP-Zentrum). Die Fragen der Einrichtungsbefragung passen nicht zu der tatsächlichen Behandlungssituation des Leistungserbringers (z.B. Sterilgutaufbereitung). Leitliniengerechte Standards sind vorhanden, die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen findet statt. (1x berichtet)</p> <p>Es findet sich eine fehlerhafte QS-Dokumentation. Die korrekten Daten wurden mit der Stellungnahme nachgereicht. (2x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Es lagen teils Übertragungsfehler, teils Verständnisfehler vor. (1x berichtet)</p> <p>Übertragungsfehler bei der Übernahme der Angaben des alten Bogens aus den Vorjahren in den neuen. (1x berichtet)</p>
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	S99	<p>Aufgrund der fehlenden Informationen vom externen OP-Zentrum ist eine Bewertung der Qualität nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund eines Fehlers des IQTIG bei der Erstellung der Rechenregeln des QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (ID 1000) bezüglich der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“, wurde der QI fälschlicherweise als rechnerisch auffällig eingestuft. (2x berichtet)</p> <p>Das IQTIG informierte am 21.09.2022 darüber, dass bei der Berechnung des QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (QI 1000) bezüglich der Kennzahl 01 „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ ein Fehler unterlaufen sei. Dies betrifft das QI-Ergebnis des Leistungserbringers. (1x berichtet)</p> <p>Das IQTIG informierte am 21.09.2022 darüber, dass bei der Berechnung des QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (QI 1000) bezüglich der Kennzahl 01 „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ ein Fehler unterlaufen sei. Dies betrifft das QI-Ergebnis des Leistungserbringers. Daneben findet sich eine fehlerhafte QS-Dokumentation. Die korrekten Daten wurden mit der Stellungnahme nachgereicht. (3x berichtet)</p> <p>Der Leistungserbringer mit den Pseudonym hh#kv#pzbnpndrlx2 ist seit März 2022 nicht mehr vertragsärztlich tätig und hat aus diesem Grund keine Stellungnahme abgegeben. Eine Bewertung durch die Fachkommission war daher nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Die Genehmigungsvoraussetzungen der KVSA für amb. Operieren sind zwingend einzuhalten. Die Vorgaben gelten inhaltlich auch im privatärztlichen Bereich. Bezüglich der präoperativen Haarentfernung sind Empfehlungen der KRINKO 2018 umzusetzen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Die durch das IQTIG übermittelten Ergebnisse wurden falsch berechnet, daher wird keine Bewertung abgegeben. (4x berichtet)</p> <p>Dokumentationsbögen müssen vollständig ausgefüllt werden. (1x berichtet)</p> <p>Es wurde nur ein einziger Tracer-Eingriff ambulant durchgeführt. Dieser löste die Befragung aus. Der Leistungserbringer operiert sonst ausschließlich in einem Krankenhaus. Die Fragen der Einrichtungsbefragung passen nicht zu der tatsächlichen Behandlungssituation des Leistungserbringers. (1x berichtet)</p> <p>Keine Bewertung erforderlich, da keine Dokumentationsverpflichtung (1x berichtet)</p> <p>Keine Stellungnahme, da zum 01.10.2022 die Praxis aufgegeben wurde. Die Schließung der Praxis ist vom Zulassungsausschuss schon genehmigt. (1x berichtet)</p> <p>Leistungserbringer beendete zwischenzeitlich seine Tätigkeit. Das IQTIG informierte am 21.09.2022 darüber, dass bei der Berechnung des QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (QI 1000) bezüglich der Kennzahl 01 „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ ein Fehler unterlaufen sei. Dies betrifft das QI-Ergebnis des Leistungserbringers. (1x berichtet)</p> <p>Zu Punkt 1: Risikoabwägung muss für jeden Patienten erfolgen sowie auf die entsprechenden Leitlinien und Hygienepläne verwiesen werden. Zu Punkt 2: Operateur muss der Standard des entsprechenden OP Zentrums vorliegen. Zu Punkt 3: Entsprechend des Hygieneplans des OP Zentrums ausrichten. (1x berichtet)</p>

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
			bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	1 / 37 (2,70 %)	1 / 46 (2,17 %)	36 / 37 (97,30 %)
		nur für KH-Sektor	0 / - (-)	0 / 2 (0,00 %)	0 / - (-)
		nur für VÄ-Sektor	1 / 37 (2,70 %)	1 / 44 (2,27 %)	36 / 37 (97,30 %)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-HI-A

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	366	11 / 366 (3,01 %)	11 / 11 (100,00 %)	5 / 11 (45,45 %)	5 / 11 (45,45 %)
Brandenburg	126	5 / 126 (3,97 %)	5 / 5 (100,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 5 (20,00 %)
Berlin	180	15 / 180 (8,33 %)	15 / 15 (100,00 %)	7 / 15 (46,67 %)	7 / 15 (46,67 %)
Baden-Württemberg	494	22 / 494 (4,45 %)	20 / 22 (90,91 %)	18 / 22 (81,82 %)	18 / 20 (90,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bremen	31	0 / 31 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Hessen	337	25 / 337 (7,42 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 0 (-)
Hamburg	50	7 / 50 (14,00 %)	6 / 7 (85,71 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	50	3 / 50 (6,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Niedersachsen	61	0 / 61 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Nordrhein-Westfalen	638	26 / 638 (4,08 %)	3 / 26 (11,54 %)	1 / 26 (3,85 %)	1 / 3 (33,33 %)
Rheinland-Pfalz	108	7 / 108 (6,48 %)	7 / 7 (100,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	86	5 / 86 (5,81 %)	2 / 5 (40,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Saarland	81	4 / 81 (4,94 %)	4 / 4 (100,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 4 (75,00 %)
Sachsen	193	9 / 193 (4,66 %)	9 / 9 (100,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 9 (11,11 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Sachsen-Anhalt	74	4 / 74 (5,41 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
Thüringen	66	3 / 66 (4,55 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gesamt	2.941	146 / 2.941 (4,96 %)	92 / 146 (63,01 %)	37 / 146 (25,34 %)	37 / 92 (40,22 %)

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und AJ 2022) – WI-HI-A

ID	Indikatorbezeichnung	AJ	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
			Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	0	0	0	0	0	1	1
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0

\* Mehrfachnennungen möglich

## Hygiene- und Infektionsmanagement – Stationäre Einrichtungen (WI-HI-S)

Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	13 / 60 (21,67 %)	47 / 60 (78,33 %)	0 / 60 (0,00 %)	0 / 60 (0,00 %)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	60	10 / 60 (16,67 %)	4 / 60 (6,67 %)	0 / 60 (0,00 %)
		nur für KH-Sektor	29	5 / 29 (17,24 %)	2 / 29 (6,90 %)	0 / 29 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	31	5 / 31 (16,13 %)	2 / 31 (6,45 %)	0 / 31 (0,00 %)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-HI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	A71	<p>Aufgrund der fehlenden personellen Ressourcen hat der Leistungserbringer keine Kapazität für die Gründung eines ABS-Teams, eine Erstellung neuer interner Leitlinien und die Durchführung von Informationsveranstaltungen. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (3x berichtet)</p> <p>Der Leistungserbringer erstellte jedoch bereits eine Leitlinie zu der Antibiotika-Initialtherapie und nimmt die Punkte Validierung der Sterilgutaufbereitung von Op-Instrumenten und Op-Materialien ebenso die Ausarbeitung der Arbeitsanweisungen zu präoperativen Antiseptik des Op-Feldes, Standards der Wundversorgung, Verbandswechsel in die anstehenden Hygienekommissionssitzung mit auf. (1x berichtet)</p> <p>Die Leitlinien sind, aufgrund der Coronalage, noch in der Entwicklung, hätten aber nach Sicht der Fachkommission schon vorhanden sein müssen. (1x berichtet)</p> <p>Die notwendigen Maßnahmen, einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe und einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie sind in der Entwicklung. (1x berichtet)</p> <p>Entsprechende Standards müssen vorliegen. Fragebogen muss vollständig ausgefüllt werden. (1x berichtet)</p> <p>Erforderliche Leitlinien fehlen (perioperative Antibiotikaphylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, Wundversorgung und Verbandswechsel), Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie haben bisher nicht stattgefunden. (1x berichtet)</p> <p>Wenig Problembewusstsein des Leistungserbringers. Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen einleiten. (1x berichtet)</p>
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	A72	<p>Trotz Nachfrage wurde in den eingereichten Stellungnahmen die rechnerische Auffälligkeit nicht ausreichend erklärt. (1x berichtet)</p> <p>Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (2x berichtet)</p>



Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
				Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	60	0 / 60 (0,00%)	2 / 60 (3,33%)	14 / 60 (23,33%)	6 / 60 (10,00%)
		nur für KH-Sektor	29	0 / 29 (0,00%)	2 / 29 (6,90%)	4 / 29 (13,79%)	6 / 29 (20,69%)
		nur für VÄ-Sektor	31	0 / 31 (0,00%)	0 / 31 (0,00%)	10 / 31 (32,26%)	0 / 31 (0,00%)

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	U99	<p>Besondere klinische Situation. (1x berichtet)</p> <p>Die Angabe von klinikbezogenen Leitlinie sind nach Einschätzung der Fachkommission ausreichend. Eine Dokumentenlenkung kann in Zukunft unterstützend sein. (1x berichtet)</p> <p>Hoher Krankenstand durch COVID ist nachvollziehbar. Leitlinien sollen dringend mit Einbeziehung des Krankenhaus-Hygienikers, Apothekers und des betreuenden Labors nachgeholt werden, um den geltenden Hygienebedingungen Vorschrift zu leisten. (3x berichtet)</p> <p>Wir empfehlen einrichtungsinterne Leitlinien, zumindest in allen operativen Fachdisziplinen. (1x berichtet)</p>

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Unvollzählige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	60	5 / 60 (8,33 %)	0 / 60 (0,00 %)	4 / 60 (6,67 %)
		nur für KH-Sektor	29	2 / 29 (6,90 %)	0 / 29 (0,00 %)	2 / 29 (6,90 %)
		nur für VÄ-Sektor	31	3 / 31 (9,68 %)	0 / 31 (0,00 %)	2 / 31 (6,45 %)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	D80 / S80	<p>Nach den Angaben des Leistungserbringers scheint ein offensichtliches Schnittstellenproblem zwischen dem belegärztlich tätigen Operateur:in und der Klinik, an der er ambulant und stationär operiert, vorzuliegen. (1x berichtet)</p> <p>QS-Bogen „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren“ wurde ausgefüllt, jedoch keine belegärztliche Tätigkeit sondern Leistung im Rahmen einer KV-Ermächtigung. Einrichtungsbezogenen QS-Bogen „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren“ hätte müssen ausgefüllt werden. (1x berichtet)</p>
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	S99	<p>Die Entwicklung von Leitlinien und Standards ist bereits im Gange und wird als positiv erachtet. Dies sollte sich entsprechend in der nächsten Befragung widerspiegeln. Die Klinik, in der die belegärztliche Tätigkeit stattfindet sowie das Personal sollte auf notwendige Fortbildungsveranstaltungen und die Teilnahme daran hingewiesen werden. (1x berichtet)</p> <p>Die Krankenhäuser sind gehalten, Belegärzte bei der Erstellung der Dokumentationsbögen zur einrichtungsbezogenen Dokumen-</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>tation innerhalb dieses Qualitätssicherungsverfahrens zu unterstützen. In Vorbereitung der für das Erfassungsjahr 2022 anstehenden QS-Dokumentation empfiehlt die Fachkommission, langfristig eine entsprechende Kommunikation mit dem Krankenhaus zu führen. (1x berichtet)</p> <p>Keine Bewertung erforderlich, da keine Dokumentationsverpflichtung (1x berichtet)</p> <p>LE war dokumentationspflichtig. Für 2021 war die Auffälligkeit da, wenn die beschriebenen Aspekte in 2022 umgesetzt wurden, dürfte keine Auffälligkeit mehr bestehen. SOPs müssen vorgehalten werden. (1x berichtet)</p>

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-HI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
			bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	0 / 14 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)	14 / 14 (100,00 %)
		nur für KH-Sektor	0 / 7 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	0 / 7 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) - WI-HI-S

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	216	11 / 216 (5,09 %)	11 / 11 (100,00 %)	8 / 11 (72,73 %)	8 / 11 (72,73 %)
Brandenburg	35	0 / 35 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Berlin	40	3 / 40 (7,50 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Baden-Württemberg	140	15 / 140 (10,71 %)	12 / 15 (80,00 %)	3 / 15 (20,00 %)	3 / 12 (25,00 %)
Bremen	13	0 / 13 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Hessen	135	6 / 135 (4,44 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 0 (-)
Hamburg	29	2 / 29 (6,90 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	22	0 / 22 (0,00 %)	- / 0 (-)	- / 0 (-)	- / - (-)
Niedersachsen	111	7 / 111 (6,31 %)	7 / 7 (100,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
Nordrhein-Westfalen	226	4 / 226 (1,77 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 0 (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	57	1 / 57 (1,75 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	48	3 / 48 (6,25 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Saarland	20	2 / 20 (10,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Sachsen	63	1 / 63 (1,59 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Sachsen-Anhalt	31	3 / 31 (9,68 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Thüringen	27	2 / 27 (7,41 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Gesamt	1.213	60 / 1.213 (4,95 %)	47 / 60 (78,33 %)	14 / 60 (23,33 %)	14 / 47 (29,79 %)

# Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

# 1 Hintergrund

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

## Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

Von den 10 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich 4 auf ambulante und 6 auf stationäre Operationen. 2 der 6 Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (Infektionstiefe A2 und A3)<sup>5</sup>.

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

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

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

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

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst

---

<sup>5</sup> Wundinfektionstiefe nach den Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS): A1 = postoperative oberflächliche Wundinfektion, A2 = postoperative tiefe Wundinfektion, A3 = Infektionen von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet.

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

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

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

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

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

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der



Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 35: Übersicht über die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (EJ 2020)

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

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

\* Transparenzkennzahl

## 2 Einordnung der Ergebnisse

Aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Januar 2021 (G-BA 2021) wurde die fallbezogene QS-Dokumentation und die Erhebung von Sozialdaten für das Erfassungsjahr (EJ) 2021 ausgesetzt. Daher beinhaltet der aktuelle Bericht ausschließlich aktuelle rechnerische QI-Ergebnisse zu den Indikatoren und Nebenkennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement des EJ 2022.

## 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2022 zu den Auffälligkeiten bezogen auf die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen des Erfassungsjahres 2020 dar. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird.

Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG diese Informationen als durchführende Stelle ebenfalls in diesem Format.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

Das Verfahren QS WI wird seit dem Erfassungsjahr 2019 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst grundsätzlich u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Für dieses QS-Verfahren wurden für die statistische Basisprüfung noch keine Auffälligkeitskriterien festgelegt.

### 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

#### **Ambulant operierende Leistungserbringer**

Alle Landesarbeitsgemeinschaften haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zu den nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen (ambulantes Operieren) fristgerecht übermittelt.

Die Auswertungen zu den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 36, Tabelle 37, Tabelle 38 und Tabelle 39 sowie in den Tabellen im Anhang Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Ambulante Operieren (WI-NI-A) zu finden. 142 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten keine QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 36: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	16842	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	460	2,73
davon ohne QSEB-Übermittlung	142	30,87
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	318	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	318	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	215	67,61
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	103	32,39
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	103	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	71	22,33
Bewertung als qualitativ auffällig	11	3,46
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0
Sonstiges	21	6,6
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	4	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu 318 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Rahmen der Qualitätssicherungsergebnisberichte wurden Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt. Zu 103 dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 11 Fällen wurden Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Das entspricht ca. 11 % der Fälle, in denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und weniger als 0,01 % aller Indikatorenergebnisse im Auswertungsmodul nach dem Stellungnahmeverfahren.

Am häufigsten wurde zu den Bewertungen als qualitativ auffällig zurückgemeldet, dass vom Leistungserbringer keine Gründe bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt wurden. Wenn kein Stellungnahmeverfahren aufgenommen wurde, wurden niedrige Anzahlen von Fällen mit Wundinfektion und die laufende Erprobungsphase am häufigsten als Grund genannt. So wurde z. B. zurückgemeldet, dass bei Leistungserbringern, die nicht zu den 15 % der Leistungserbringer mit den schlechtesten Ergebnissen zählten, ein Stellungnahmeverfahren durch die Fachkommission nicht empfohlen wurde. 71 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Auch hierzu wurde am häufigsten die Erprobungsphase als Grund angeführt. Probleme mit der Dokumentation wurden nicht identifiziert. 21 Mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. Häufig wurde dies mit rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund nur eines Falles begründet.

Dass wenig Stellungnahmeverfahren eingeleitet (weniger als 1/3 bezogen auf übermittelte rechnerische Auffälligkeiten) und nur wenige Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet wurden (weniger als 0,01 % aller Indikatorenergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren), weist darauf hin, dass Herausforderungen bezogen auf die Qualitätsindikatoren bzw. im Hinblick auf den Umgang mit den QI-Ergebnissen bestehen. Von den LAG liegen Hinweise darauf vor, dass dies damit in Zusammenhang stehen kann, dass Leistungserbringer teilweise nur mit wenigen Zählerfällen rechnerisch auffällig werden; außerdem, dass die Zeit bis zum Stellungnahmeverfahren aufgrund der Auswertung im zweiten Jahr nach der Datenerfassung sehr lang ist. Und zuletzt, dass keine bundesweiten Vorgaben dazu existieren, nach welchen Kriterien ein rechnerisch auffälliger Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität zu beurteilen ist.

Tabelle 37: Qualitätsindikatoren : Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
					Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
					bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	261 / 5558 (4,70 %)	181	0 / 261 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	53 / 261 (20,31 %)	53 / 5558 (0,95 %)	8 / 261 (3,07 %)	8 / 5558 (0,14 %)	0 / 261 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	19 / 261 (7,28 %)	19 / 5558 (0,34 %)
		nur für KH-Sektor	135 / 1100 (12,27 %)	92	0 / 135 (0,00 %)	0 / 1100 (0,00 %)	41 / 135 (30,37 %)	41 / 1100 (3,73 %)	2 / 135 (1,48 %)	2 / 1100 (0,18 %)	0 / 135 (0,00 %)	0 / 1100 (0,00 %)	0 / 135 (0,00 %)	0 / 1100 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	126 / 4458 (2,83 %)	89	0 / 126 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	12 / 126 (9,52 %)	12 / 4458 (0,27 %)	6 / 126 (4,76 %)	6 / 4458 (0,13 %)	0 / 126 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	19 / 126 (15,08 %)	19 / 4458 (0,43 %)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten	gesamt	56 / 2863 (1,96 %)	33	0 / 56 (0,00 %)	0 / 2863 (0,00 %)	18 / 56 (32,14 %)	18 / 2863 (0,63 %)	3 / 56 (5,36 %)	3 / 2863 (0,10 %)	0 / 56 (0,00 %)	0 / 2863 (0,00 %)	2 / 56 (3,57 %)	2 / 2863 (0,07 %)
		nur für KH-	43 / 1029 (4,18 %)	26	0 / 43 (0,00 %)	0 / 1029 (0,00 %)	15 / 43 (34,88 %)	15 / 1029 (1,46 %)	2 / 43 (4,65 %)	2 / 1029 (0,19 %)	0 / 43 (0,00 %)	0 / 1029 (0,00 %)	0 / 43 (0,00 %)	0 / 1029 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
					Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
					bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
	Operationen (Implantat-Operationen)	Sektor												
		nur für VÄ-Sektor	13 / 1834 (0,71 %)	7	0 / 13 (0,00 %)	0 / 1834 (0,00 %)	3 / 13 (23,08 %)	3 / 1834 (0,16 %)	1 / 13 (7,69 %)	1 / 1834 (0,05 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 1834 (0,00 %)	2 / 13 (15,38 %)	2 / 1834 (0,11 %)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	1 / 5558 (0,02 %)	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 5558 (0,00 %)
		nur für KH-Sektor	0 / 1100 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 1100 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1100 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1100 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1100 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1100 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	1 / 4458 (0,02 %)	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 4458 (0,00 %)



Tabelle 38: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
			Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	261	16	-	8	-	-
		nur für KH-Sektor	135	12	-	2	-	-
		nur für VÄ-Sektor	126	4	-	6	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	56	-	-	3	-	-
		nur für KH-Sektor	43	-	-	2	-	-
		nur für VÄ-Sektor	13	-	-	1	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten	gesamt	1	-	-	-	-	-
		nur für KH-Sektor	-	-	-	-	-	-

ID	Qualitätsindikator	Sektor	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
			Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
	Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	nur für VÄ-Sektor	1	-	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0	0	0	0	0	0
		nur für KH-Sektor	0	0	0	0	0	0
		nur für VÄ-Sektor	0	0	0	0	0	0

Tabelle 39: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern - WI-NI-A

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qualitativer Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qualitativen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qualitativen Auffälligkeiten
280	19	0	9	1	0

### Stationär operierende Leistungserbringer

Alle Landesarbeitsgemeinschaften haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren zu den nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen (stationäres Operieren) fristgerecht übermittelt.

Die Auswertungen zu den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in den Tabellen Tabelle 40, Tabelle 41, Tabelle 42 und Tabelle 43 sowie in den Tabellen im Anhang Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Stationäres Operieren (WI-NI-S) zu finden. Zu 138 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten keine QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 40: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
<b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>	7158	100
<b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>	395	5,52
davon ohne QSEB-Übermittlung	138	34,94
<b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>	257	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	257	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (nur QS WI) (Schlüsselwert 7)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
<b>Stellungnahmeverfahren</b>		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	90	35,02
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	167	64,98
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	167	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
<b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (ohne Best Practice)</b>		
Bewertung als qualitativ unauffällig	129	50,19

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Bewertung als qualitativ auffällig	14	5,45
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	0,39
Sonstiges	23	8,95
<b>Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu 257 rechnerischen Auffälligkeiten im Rahmen der Qualitätssicherungsergebnisberichte Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt. Zu 167 dieser rechnerischen Auffälligen wurden Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 14 Fällen wurden Leistungserbringer als qualitativ Auffällig bewertet. Das entspricht ca. 8 % der Fälle, in denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 0,2 % aller Indikatorergebnisse im Auswertungsmodul nach dem Stellungnahmeverfahren.

Am häufigsten wurde zu den Bewertungen als qualitativ auffällig zurückgemeldet, dass vom Leistungserbringer keine Gründe bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt wurden. Wenn kein Stellungnahmeverfahren aufgenommen wurde, wurde meist die laufende Erprobungsphase als Grund genannt. 129 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Am häufigsten wurde als Begründung angegeben, dass sich das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle erklärt. Probleme mit der Dokumentation führten einmal dazu, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. 23 Mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. Häufig wurde dies mit rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund nur eines Falles begründet. Ebenfalls wurde häufig zurückgemeldet, dass die betroffenen Leistungserbringer die Auffälligkeit gut begründen konnten.

Dass wenig Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurden (ca. 1/3) und dass nur wenige Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet wurden weist darauf hin, dass Herausforderungen bezogen auf die Qualitätsindikatoren bzw. auf den Umgang mit den QI-Ergebnissen bestehen. Von den LAG liegen Hinweise darauf vor, dass dies damit in Zusammenhang stehen kann, dass Leistungserbringer teilweise nur mit wenigen Zählerfällen rechnerisch auffällig werden. Außerdem, dass die Zeit bis zum Stellungnahmeverfahren aufgrund der Auswertung im zweiten Jahr nach der Datenerfassung sehr lang ist. Und zuletzt, dass keine bundesweiten Vorgaben dazu existieren, nach welchen Kriterien ein rechnerisch auffälliger Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität zu beurteilen ist.

Tabelle 41: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	33 / 1213 (2,72 %)	6	0 / 33 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	19 / 33 (57,58 %)	19 / 1213 (1,57 %)	3 / 33 (9,09 %)	3 / 1213 (0,25 %)	0 / 33 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	5 / 33 (15,15 %)	5 / 1213 (0,41 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	39 / 1173 (3,32 %)	10	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1173 (0,00 %)	19 / 39 (48,72 %)	19 / 1173 (1,62 %)	4 / 39 (10,26 %)	4 / 1173 (0,34 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1173 (0,00 %)	6 / 39 (15,38 %)	6 / 1173 (0,51 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach	30 / 1213 (2,47 %)	9	0 / 30 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	17 / 30 (56,67 %)	17 / 1213 (1,40 %)	1 / 30 (3,33 %)	1 / 1213 (0,08 %)	0 / 30 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	3 / 30 (10,00 %)	3 / 1213 (0,25 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
	stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)												
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	38 / 1173 (3,24 %)	9	0 / 38 (0,00 %)	0 / 1173 (0,00 %)	21 / 38 (55,26 %)	21 / 1173 (1,79 %)	4 / 38 (10,53 %)	4 / 1173 (0,34 %)	0 / 38 (0,00 %)	0 / 1173 (0,00 %)	4 / 38 (10,53 %)	4 / 1173 (0,34 %)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	53 / 1213 (4,37 %)	27	0 / 53 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	24 / 53 (45,28 %)	24 / 1213 (1,98 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 1213 (0,00 %)	2 / 53 (3,77 %)	2 / 1213 (0,16 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	64 / 1173 (5,46 %)	29	0 / 64 (0,00 %)	0 / 1173 (0,00 %)	29 / 64 (45,31 %)	29 / 1173 (2,47 %)	2 / 64 (3,12 %)	2 / 1173 (0,17 %)	1 / 64 (1,56 %)	1 / 1173 (0,09 %)	3 / 64 (4,69 %)	3 / 1173 (0,26 %)

Tabelle 42: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2022 und Vorjahre) – WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	33	2	-	3	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	39	1	-	4	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	30	3	-	1	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	38	1	-	4	-	-
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	53	1	-	-	-	-



ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse)		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	64	2	-	2	-	-

Tabelle 43: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – WI-NI-S

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
129	44	12	8	3	0

## 4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Die Zusammenfassung des Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kann dem Kapitel 4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung im Modul „Hygiene- und Infektionsmanagement“ entnommen werden.

## 5 Fazit und Ausblick

Das Expertengremium auf Bundesebene schätzt die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter der Annahme, dass diese valide sind, als erfreulich niedrig ein. Eine abschließende Aussage über die Validität der Daten kann jedoch derzeit noch nicht getroffen werden. Im Rahmen der Beauftragung „Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren“ (die konkreten Empfehlungen der Überarbeitung des QS-Verfahrens *QS WI* sind bis zum 15. März 2025 vorgesehen) wird u. a. die Validität der QI-Ergebnisse geprüft werden (G-BA 2023a). Flankierend sollte eine Datenvalidierung der fallbezogenen QS-Dokumentation angestoßen werden.

Das IQTIG empfiehlt daher, die Erprobungsphase für die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bis zum Vorliegen der Ergebnisse einer ersten Validierung der Daten, aufrechtzuerhalten. Dabei sollte den Leistungserbringern klar kommuniziert werden, dass das Verfahren in diesem Zeitraum ausschließlich der Erprobung dient und dass weder rechnerische Ergebnisse noch Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens veröffentlicht werden. Hierzu empfiehlt das IQTIG eine Klarstellung in der DeQS-RL.

Im letzten Jahr wurden drei besonders wichtige Meilensteine im Verfahren *QS WI* bezogen auf die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen erreicht:

- erstmals konnte eine Datengrundlage ohne große systematische Verzerrungen generiert werden,
- erstmals wurden den teilnehmenden Einrichtungen Ergebnisse zu den Indikatoren berichtet, für die eine Risikoadjustierung vorgesehen ist, und
- erstmals wurden den LAG die vollständigen ATR-Listen für die Qualitätsindikatoren mit rechnerischen Auffälligkeiten übermittelt, sodass das Stellungnahmeverfahren uneingeschränkt durchgeführt werden konnte.

Entsprechend liegen in diesem Jahr erstmals Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vor.

Der Anteil der erfassten Infektionen im QS-Verfahren *QS WI* nach ambulanten Tracer-Operationen ist sehr niedrig (0,1 % nach Operationen ohne Implantat bzw. 0,2 % nach Operationen mit Implantat), was das Expertengremium als gutes Ergebnis wertet. Im Stellungnahmeverfahren wurden im Einklang dazu nur sehr wenige qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Für die Fälle, in denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, erfolgte in elf Fällen eine Bewertung als qualitativ Auffällig. Dies entspricht einem sehr niedrigen Anteil von 0,01 % bezogen auf sämtliche QI-Ergebnisse zu Infektionen nach ambulanten Operationen und einem Anteil von 3,5 % bezogen auf sämtliche Leistungserbringer mit einer rechnerischen Auffälligkeit.

Aufgrund dieser erfreulich niedrigen Ergebnisse schätzt das IQTIG das Verbesserungspotenzial nach ambulanten Operationen als gering ein. Daher schlägt das IQTIG vor, zukünftig ein Monitoring

der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen im niedergelassenen Bereich einzuführen. Dabei sollen Ergebnisse der zu Kennzahlen umzuwandelnden Qualitätsindikatoren (ohne Referenzbereich) weiterhin berichtet werden. Die LAG sollen dabei dennoch die Möglichkeit haben, Stellungnahmeverfahren nach eigenem Ermessen zu führen. Da die Datenerfassung für die Ermittlung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen nach ambulanten Operationen für die Leistungserbringer mit keinem Mehraufwand einhergeht, ist dieses Vorgehen aus Sicht des IQTIG effizient.

Nach stationären Operationen liegen die rechnerischen Ergebnisse ebenfalls auf einem niedrigen Niveau. Der Anteil der erfassten Infektionen nach stationären Operationen liegt bei 1,4 % nach Operationen ohne Implantat und bei 0,9 % bei Operationen mit Implantat. (Höhere Werte von postoperativen Infektionen nach stationären Operationen im Vergleich zu ambulanten Operationen sind aufgrund der Art der Operationen und der damit verbundenen Risiken zu erwarten.)

Für die rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, erfolgte in 14 Fällen eine Bewertung als qualitativ auffällig. Dies entspricht einem niedrigen Anteil von 0,2 % bezogen auf sämtliche QI-Ergebnisse zu stationären Operationen und einem Anteil von 5,5 % bezogen auf sämtliche Leistungserbringer mit einer rechnerischen Auffälligkeit.

Wie dargestellt sind die Zählerfälle der Indikatoren zu stationären Operationen, also die Anzahl der ermittelten Wundinfektionen, deutlich höher als nach ambulanten Operationen. Daher verwundert es, dass es nach stationären Operationen zu ähnlich wenigen Bewertungen als qualitativ auffällig kam, wie nach ambulanten Operationen. Insbesondere, da die Nichteinleitung von Stellungnahmeverfahren sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären QI häufig mit wenigen Zählerfällen begründet wurden.

Entsprechend besteht möglicherweise ein höheres Potenzial für qualitative Auffälligkeiten bezogen auf die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. Aus Sicht des IQTIG gibt es insbesondere zwei Möglichkeiten, die dazu führen könnten, dass das Stellungnahmeverfahren bezogen auf diese Indikatoren häufiger durchgeführt wird und auch häufiger qualitative Auffälligkeiten festgestellt werden.

Erstens liegen die Sozialdaten bei den Krankenkassen für im Krankenhaus abgerechnete Fälle früher vor als über Kassenärztliche Vereinigungen abgerechnete Fälle. Daher besteht die Möglichkeit, Daten aus Krankenhäusern ein Jahr früher auszuwerten, wenn nicht auch Daten genutzt werden, die im ersten Schritt an die Kassenärztliche Vereinigungen übermittelt werden (niedergelassene Leistungserbringer inkl. Belegärztinnen und Belegärzte; Belegärztliche Leistungen müssten im Zuge dieser Anpassung den Krankenhäusern zugeordnet werden). Wenn das Stellungnahmeverfahren ein Jahr früher durchgeführt wird, kann dies auch Auswirkungen auf den Anteil der qualitativen Auffälligkeiten haben, da die betreffenden Operationen deutlich weniger lange zurückliegen und z. B. verantwortliches Personal häufiger noch am Krankenhaus tätig ist. Daher wird das IQTIG die Möglichkeit der Umsetzung im Rahmen der Beauftragung „Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse

aus den drei Modellverfahren“ prüfen und Anpassungen an Spezifikation und Rechenregeln empfehlen, um die den Zeitraum zwischen Indexereignis und Stellungnahmeverfahren zu verkürzen (G-BA 2023a).

Der zweite Punkt betrifft die Entwicklung von Kriterien zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. Einheitliche Kriterien könnten zu einer höheren Einheitlichkeit der Bewertungen führen und zu einer besseren Interpretierbarkeit der Bewertungen der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren. Dass solche Kriterien bisher noch fehlen, wurde von den Landesarbeitsgemeinschaften bereits mehrfach adressiert. Das IQTIG ist durch den Beschluss „Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren“ bereits mit der Entwicklung entsprechender Kriterien beauftragt worden. Der Abschlussbericht wird dem G-BA am 15. März 2025 bereitgestellt (G-BA 2023a).

Bezogen auf die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen zeigt sich ein niedriges Qualitätsverbesserungspotenzial. Gleichzeitig entsteht für die Erhebung dieser QI kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Daher schlägt das IQTIG für diese Infektionen ein Monitoring mit der Möglichkeit von Stellungnahmeverfahren für die LAG nach eigenem Ermessen vor, z. B. bezogen auf Ausreißer.

Bezogen auf die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen empfiehlt das IQTIG das Vorziehen der Auswertung um ein Jahr, da so, zusammen mit den zu entwickelnden Kriterien, ggf. mehr Qualitätsverbesserungsbedarfe identifiziert werden können.

## Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 44: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

### Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Ambulante Operieren (WI-NI-A)

Tabelle 45: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – WI-NI-A

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-42)	63	31 (49,21 %)	4 (6,35 %)
2. Quintil (43-95)	64	23 (35,94 %)	2 (3,12 %)
3. Quintil (96-173)	64	17 (26,56 %)	4 (6,25 %)
4. Quintil (174-300)	64	19 (29,69 %)	1 (1,56 %)
5. Quintil (301-2777)	63	13 (20,63 %)	0 (0,00 %)
Gesamt	318	103 (32,39 %)	11 (3,46 %)

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	181 / 261 (69,35 %)	80 / 261 (30,65 %)	0 / 261 (0,00 %)	0 / 261 (0,00 %)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	33 / 56 (58,93 %)	23 / 56 (41,07 %)	0 / 56 (0,00 %)	0 / 56 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auf- fälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	261	2 / 261 (0,77 %)	3 / 261 (1,15 %)	3 / 261 (1,15 %)
		nur für KH- Sektor	135	1 / 135 (0,74 %)	1 / 135 (0,74 %)	0 / 135 (0,00 %)
		nur für VÄ- Sektor	126	1 / 126 (0,79 %)	2 / 126 (1,59 %)	3 / 126 (2,38 %)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	56	0 / 56 (0,00 %)	3 / 56 (5,36 %)	0 / 56 (0,00 %)
		nur für KH- Sektor	43	0 / 43 (0,00 %)	2 / 43 (4,65 %)	0 / 43 (0,00 %)



ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
		nur für VÄ-Sektor	13	0 / 13 (0,00 %)	1 / 13 (7,69 %)	0 / 13 (0,00 %)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
		nur für KH-Sektor	-	-	-	-
		nur für VÄ-Sektor	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0	0 / 0 (- %)	0 / 0 (- %)	0 / 0 (- %)
		nur für KH-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
		nur für VÄ-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	A71	Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (1x berichtet)  keine konklusive Information zur Antiseptik (1x berichtet)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	A99	Der Fall kann nicht bewertet werden, da vom Leistungserbringer keine ausreichenden Angaben zu der fraglichen nosokomialen Wundinfektion gemacht wurden. Dieser Fall wird aktuell durch die Ärztekammer begutachtet. Deren Bewertung wird abgewartet. (1x berichtet)  Der Leistungserbringer wird als qualitativ auffällig aufgrund fehlender Mitwirkung eingestuft. Trotz vermehrter Nachfragen hat der Leistungserbringer keine Stellungnahme eingereicht. Die Fachkommission behält sich vor, das Lenkungsgremium in Mecklenburg-Vorpommern über diesen Sachverhalt zu informieren. (2x berichtet)

Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
				Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	261	1 / 261 (0,38%)	45 / 261 (17,24%)	0 / 261 (0,00%)	7 / 261 (2,68%)
		nur für KH-Sektor	135	1 / 135 (0,74%)	35 / 135 (25,93%)	0 / 135 (0,00%)	5 / 135 (3,70%)
		nur für VÄ-Sektor	126	0 / 126 (0,00%)	10 / 126 (7,94%)	0 / 126 (0,00%)	2 / 126 (1,59%)

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
				Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	56	0 / 56 (0,00%)	18 / 56 (32,14%)	0 / 56 (0,00%)	0 / 56 (0,00%)
		nur für KH-Sektor	43	0 / 43 (0,00%)	15 / 43 (34,88%)	0 / 43 (0,00%)	0 / 43 (0,00%)
		nur für VÄ-Sektor	13	0 / 13 (0,00%)	3 / 13 (23,08%)	0 / 13 (0,00%)	0 / 13 (0,00%)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	1	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
		nur für KH-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
		nur für VÄ-Sektor	1	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)	0 / 1 (0,00%)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
		nur für KH-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
		nur für VÄ-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U61	Patient sehr schwer führbar (1x berichtet)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U62	Nach Sichtung der Stellungnahme kommt die Fachkommission zu dem Schluss, dass die Fälle als begründete Einzelfälle zu werten sind. Dem Leistungserbringer wird jedoch empfohlen, entsprechende Fälle im Rahmen einer M&M-Konferenz aufzuarbeiten. Die Fachkommission empfiehlt zudem eine intensive Zusammenarbeit in einem MRE-Netzwerk. (1x berichtet)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U99	<p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es sich bei dem vorliegenden Fall um einen komplizierten Verlauf einer ambulanten Nabelhernienoperation bei morbider Adipositas und allgemeiner Risikokonstellation handelte. Aussagen zur Primäroperation und zur Entstehung der nosokomialen, postoperativen Wundinfektion sind anhand der Stellungnahme nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Ein qualitativer Mangel in der Versorgung lag nach Einschätzung der Fachkommission nicht vor. Diese empfahl stets die frühzeitige Einbindung der Abteilung für Krankenhaushygiene beim Auftreten nosokomialer Infektionen. (1x berichtet)</p> <p>Fehlerhafte Zuordnung der Wundinfektion. Der ambulante Eingriff (Entfernung der Stellschraube) erfolgte bei einer bereits vorliegenden Wundheilungsstörung mit Wunddehiszenz bei bereits frei liegender Stellschraube. Das IQTIG wird gebeten hierzu die Rechenregeln zu überprüfen. (1x berichtet)</p> <p>Keine Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, vermutlich keine Wundinfektion, sondern kodiertechisch bedingte Auffälligkeit (1x berichtet)</p> <p>Qualität des LE qualitativ unauffällig. Wundinfektion trat aufgrund der verspäteten Entfernung der Redon-Drainage im Rahmen der ambulanten Versorgung auf. Problem: fehlende Zuschreibbarkeit der Qualität. (1x berichtet)</p> <p>Verantwortlichkeit für das Auftreten der Wundinfektion ist nicht dem Operateur zuzuschreiben, da der Zeitraum zwischen Eingriff und Auftreten der Wundinfektion drei Wochen betrug (Blackbox von drei Wochen, in der die Patientin nicht vom Operateur gesehen wurde). (1x berichtet)</p> <p>fehlerhafte Zuschreibung eines gynäkologischen Eingriffs zu einem HNO Arzt durch die Sozialdaten (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	U62	Leistungserbringer hat seine Tätigkeit beendet. (1x berichtet)

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	261	0 / 261 (0,00 %)	0 / 261 (0,00 %)	19 / 261 (7,28 %)
		nur für KH-Sektor	135	0 / 135 (0,00 %)	0 / 135 (0,00 %)	0 / 135 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	126	0 / 126 (0,00 %)	0 / 126 (0,00 %)	19 / 126 (15,08 %)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	56	0 / 56 (0,00 %)	0 / 56 (0,00 %)	2 / 56 (3,57 %)
		nur für KH-Sektor	43	0 / 43 (0,00 %)	0 / 43 (0,00 %)	0 / 43 (0,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	13	0 / 13 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	2 / 13 (15,38 %)
1502		gesamt	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
				Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	nur für KH-Sektor	-	-	-	-
		nur für VÄ-Sektor	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0	0 / 0 (- %)	0 / 0 (- %)	0 / 0 (- %)
		nur für KH-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
		nur für VÄ-Sektor	0	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	S99	<p>Aufgrund der fehlenden Informationen ist eine Bewertung der Qualität nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der heute unklaren Informationen ist eine Bewertung der Qualität nicht möglich. (1x berichtet)</p> <p>Bezüglich der rechnerischen Auffälligkeit des Leistungserbringers stellte sich heraus, dass der Operateur und der Nachbehandler nicht identisch sind, sodass sich dieser Fall aufgrund der fehlenden Informationen vom Nachbehandler nicht bewerten lässt. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Be- wer- tung	Freitext
			<p>Da den ambulanten Leistungserbringern anhand der ATR Listen keine näheren Informationen über die stationäre Weiterbehandlung des Patienten vorliegen, kann die Fachkommission das Ergebnis nicht qualitativ bewerten. (2x berichtet)</p> <p>Der Fall ist für den Leistungserbringer anhand der ATR-Liste nicht identifizierbar. (1x berichtet)</p> <p>Keine Stellungnahme möglich, da die Praxis im Jahr 2021 beendet wurde. (1x berichtet)</p> <p>Keine Stellungnahme möglich, da die Praxis zwischenzeitlich beendet wurde. Im Nachfolge-MVZ liegen hierzu keine Unterlagen vor. (1x berichtet)</p> <p>Leistungserbringer hat seine Tätigkeit beendet. (2x berichtet)</p> <p>Pseudonym von Datenannahmestelle nicht nachvollziehbar (3x berichtet)</p> <p>Stellungnahmeverfahren konnte nicht geführt werden, da durch die Datenannahmestelle (ambulant) kein Leistungserbringer identifiziert werden konnte. (1x berichtet)</p> <p>Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden (1x berichtet)</p> <p>Vertragsärztliche Tätigkeit zwischenzeitlich eingestellt. (1x berichtet)</p> <p>Zuordnung ATR-Liste nicht möglich (3x berichtet)</p>
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	S99	Aufgrund der fehlenden Informationen ist eine Bewertung der Qualität nicht möglich. (2x berichtet)

Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
			bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	3 / 8 (37,50 %)	0 / 83 (0,00 %)	5 / 8 (62,50 %)
		nur für KH-Sektor	1 / 2 (50,00 %)	0 / 44 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	2 / 6 (33,33 %)	0 / 39 (0,00 %)	4 / 6 (66,67 %)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	1 / 3 (33,33 %)	0 / 23 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)
		nur für KH-Sektor	1 / 2 (50,00 %)	0 / 17 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
		nur für VÄ-Sektor	0 / 1 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
		nur für KH-Sektor	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
		nur für VÄ-Sektor	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)



ID	Indikatorbezeichnung	Sektor	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
			bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
		nur für KH-Sektor	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
		nur für VÄ-Sektor	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-NI-A

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	1.008	80 / 3.002 (2,66 %)	13 / 80 (16,25 %)	2 / 80 (2,50 %)	2 / 13 (15,38 %)
Brandenburg	176	8 / 554 (1,44 %)	- / 8 (-)	- / 8 (-)	- / - (-)
Berlin	239	15 / 696 (2,16 %)	- / 15 (-)	- / 15 (-)	- / - (-)
Baden-Württemberg	723	55 / 2.172 (2,53 %)	16 / 55 (29,09 %)	1 / 55 (1,82 %)	1 / 16 (6,25 %)
Bremen	52	3 / 148 (2,03 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Hessen	456	36 / 1.414 (2,55 %)	- / 36 (-)	- / 36 (-)	- / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Hamburg	126	9 / 366 (2,46 %)	- / 9 (-)	- / 9 (-)	- / - (-)
Mecklenburg-Vorpommern	124	10 / 370 (2,70 %)	10 / 10 (100,00 %)	2 / 10 (20,00 %)	2 / 10 (20,00 %)
Niedersachsen	469	58 / 1.438 (4,03 %)	- / 58 (-)	- / 58 (-)	- / - (-)
Nordrhein-Westfalen	1.140	102 / 3.406 (2,99 %)	7 / 102 (6,86 %)	4 / 102 (3,92 %)	4 / 7 (57,14 %)
Rheinland-Pfalz	246	15 / 766 (1,96 %)	1 / 15 (6,67 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	164	16 / 488 (3,28 %)	16 / 16 (100,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)
Saarland	104	6 / 304 (1,97 %)	6 / 6 (100,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
Sachsen	276	27 / 850 (3,18 %)	27 / 27 (100,00 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
Sachsen-Anhalt	140	14 / 438 (3,20 %)	4 / 14 (28,57 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
Thüringen	141	6 / 430 (1,40 %)	- / 6 (-)	- / 6 (-)	- / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Gesamt	5.584	460 / 16.842 (2,73 %)	103 / 460 (22,39 %)	11 / 460 (2,39 %)	11 / 103 (10,68 %)

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2021 und AJ 2022) – WI-NI-A

ID	Indikatorbezeichnung	AJ	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
			Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	gesamt	0	0	0	0	0	0	3
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	gesamt	0	0	0	0	0	0	1
		davon aus AJ 2021	0	0	0	0	0	0	0

\* Mehrfachnennungen möglich

\*\* Für die QI 1502 und 1503 wurden keine Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

### Nosokomiale postoperative Wundinfektionen- Stationäres Operieren (WI-NI-S)

Tabelle 56: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – WI-NI-S

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-152)	35	21 (60,00 %)	2 (5,71 %)
2. Quintil (153-478)	39	28 (71,79 %)	4 (10,26 %)
3. Quintil (479-845)	41	32 (78,05 %)	1 (2,44 %)
4. Quintil (846-1375)	68	51 (75,00 %)	4 (5,88 %)
5. Quintil (1376-5453)	73	34 (46,58 %)	3 (4,11 %)
Gesamt	256	166 (64,84 %)	14 (5,47 %)

Tabelle 57: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – WI-NI-S

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	6 / 33 (18,18 %)	27 / 33 (81,82 %)	0 / 33 (0,00 %)	0 / 33 (0,00 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	10 / 39 (25,64 %)	29 / 39 (74,36 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	9 / 30 (30,00 %)	21 / 30 (70,00 %)	0 / 30 (0,00 %)	0 / 30 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	9 / 38 (23,68 %)	29 / 38 (76,32 %)	0 / 38 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	27 / 53 (50,94 %)	26 / 53 (49,06 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	29 / 64 (45,31 %)	35 / 64 (54,69 %)	0 / 64 (0,00 %)	0 / 64 (0,00 %)

\* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – WI-NI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auf- fälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	33	1 / 33 (3,03 %)	0 / 33 (0,00 %)	2 / 33 (6,06 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	39	2 / 39 (5,13 %)	2 / 39 (5,13 %)	0 / 39 (0,00 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	30	1 / 30 (3,33 %)	0 / 30 (0,00 %)	0 / 30 (0,00 %)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	38	2 / 38 (5,26 %)	1 / 38 (2,63 %)	1 / 38 (2,63 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	53	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	64	2 / 64 (3,12 %)	0 / 64 (0,00 %)	0 / 64 (0,00 %)

Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	A71	Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (1x berichtet)
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	A99	Keine ausreichenden Erklärungen für das gehäufte Auftreten der Wundinfektionen, insbesondere im Bereich der Sectio-Operationen. (1x berichtet)  Obwohl der Leistungserbringer für die betroffenen Patient:innen deutliche Hinweise für ein besonderes Risiko darstellt, muss bei der quantitativen Häufungen das bisherige Vorgehen überdacht werden: Zukünftig wäre eine Schilderung des Hygienemanagements hilfreich. Eine genaue fokussierte Beantwortung unserer gestellten Fragen erfolgte nicht in jedem Fall, insbesondere in der Uro und Gyn sind die Risiken mehrfach nicht ausreichend für die Komplikationen. (1x berichtet)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären	A71	Die Stellungnahme des Leistungserbringers ausschließlich mittels Arztbriefen/Entlassungsbriefen ist nicht ausreichend und liefert auch keine Erklärung für die rechnerischen Auffälligkeiten. Der Hinweis auf den Chefwechsel und KIS

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
	Operationen (Implantat-Operationen)		Wechsel kann zwar zum Teil strukturelle Unzulänglichkeiten erklären, leider liegt jedoch keinerlei Hinweis darauf vor, wie und bis wann diese Strukturmängel behoben sein werden. (1x berichtet)  Es bestehen Hinweise auf Strukturmängel. Diese sind laut dem Leistungserbringer multifaktoriell und auf die Bauart des Operationsbereichs zurückzuführen. Ein Umzug, wie auch Hygieneschulungen sind geplant. (1x berichtet)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	A72	Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl keine Stellungnahme eingegangen. (2x berichtet)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	A71	Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (1x berichtet)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	A71	Die Stellungnahme des Leistungserbringers ausschließlich mittels Arztbriefen/Entlassungsbriefen ist nicht ausreichend und liefert auch keine Erklärung für die rechnerischen Auffälligkeiten. Der Hinweis auf den Chefwechsel und KIS Wechsel kann zwar zum Teil strukturelle Unzulänglichkeiten erklären, leider liegt jedoch keinerlei Hinweis darauf vor, wie und bis wann diese Strukturmängel behoben sein werden. (1x berichtet)  Es bestehen Hinweise auf Strukturmängel. Diese sind laut dem Leistungserbringer multifaktoriell und auf die Bauart des Operationsbereichs zurückzuführen. Ein Umzug, wie auch Hygieneschulungen sind geplant. (1x berichtet)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	A72	Im Falle künftiger Stellungnahmeverfahren bittet die Fachkommission um eine aussagekräftigere Stellungnahme. (1x berichtet)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	A99	Trotz Unklarheiten im Verfahren (überschneidende Definition d. Zähler im QI 2501 u. 2503, hierdurch Doppelung v. Vorgangsnummern i. d. ATR-Liste, schwierige Zuordnung d. Fälle auf Grund der Angaben i. d. ATR-Liste, fraglicher kausaler Zusammenhang zw. Erst-OP und Wundinfektion bei Patienten mit Polytrauma mit offenen Frakturen), wertet d.

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Fachkommission d. Ergebnis als qualitativ auffällig. Art u. Häufung der Bakterien (insbes. das Auftreten v. Enterobacter u. E. coli) n. Elektiveingriffen (1x berichtet)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	A71	Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen. (1x berichtet)  Wesentliche diagnostische Maßnahmen zur Infektionsdiagnostik, wie MRSA-Screening bei Aufnahme, Punktion des Gelenkes vor Implantat-Wechsel, waren nicht durchgeführt worden. (1x berichtet)

Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	33	0 / 33 (0,00 %)	15 / 33 (45,45 %)	1 / 33 (3,03 %)	3 / 33 (9,09 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	39	1 / 39 (2,56 %)	14 / 39 (35,90 %)	3 / 39 (7,69 %)	1 / 39 (2,56 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	30	0 / 30 (0,00 %)	12 / 30 (40,00 %)	2 / 30 (6,67 %)	3 / 30 (10,00 %)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	38	1 / 38 (2,63 %)	16 / 38 (42,11 %)	3 / 38 (7,89 %)	1 / 38 (2,63 %)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	53	1 / 53 (1,89 %)	20 / 53 (37,74 %)	2 / 53 (3,77 %)	1 / 53 (1,89 %)



ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	64	2 / 64 (3,12 %)	21 / 64 (32,81 %)	5 / 64 (7,81 %)	1 / 64 (1,56 %)

Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U99	Aufgrund der ausführlichen Stellungnahme sind die Auffälligkeiten vor dem Hintergrund des Patientenmixes gut begründet. (1x berichtet)  Ausführliche Stellungnahme einer urologischen Abteilung ohne Hinweis auf Handlungsbedarf (1x berichtet)  Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es sich bei den Patienten um Risikopatienten handelt. Verfahrensbedingt liegen der Fachkommission jedoch zu wenig Informationen über das OP-Portfolio des Leistungserbringers vor, um das Risikoprofil einschätzen zu können. (1x berichtet)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U61	Insbesondere bei den hochbetagten, zum Teil multimorbiden Patienten ist der Verlauf nachvollziehbar. Bereinigt man die rechnerische Auffälligkeit von diesen Patienten, so zeigt sich keine Auffälligkeit. Dass die externe Qualitätssicherung trotzdem zu einer Anpassung der SOPs geführt hat (Waschung), ist als sehr positiv zu bewerten. (1x berichtet)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U62	In 3/26 Fällen erfolgte eine fehlerhafte Zuordnung einer Infektion zu der benannten Tracer-OP (1x berichtet)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U99	Aufgrund der ausführlichen Stellungnahme sind die Auffälligkeiten vor dem Hintergrund des Patientenmixes gut begründet. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U99	Aufgrund der ausführlichen Stellungnahme sind die Auffälligkeiten vor dem Hintergrund des Patientenmixes gut begründet. (1x berichtet)  Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es sich bei den Patienten um Risikopatienten handelt. Verfahrensbedingt liegen der Fachkommission jedoch zu wenig Informationen über das OP-Portfolio des Leistungserbringers vor, um das Risikoprofil einschätzen zu können. (1x berichtet)  Die Auffälligkeiten sind durch die Stellungnahme gut begründet. Es ergibt sich kein Hinweis auf weiteren Handlungsbedarf (1x berichtet)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U61	Insbesondere bei den hochbetagten, zum Teil multimorbiden Patienten ist der Verlauf nachvollziehbar. Bereinigt man die rechnerische Auffälligkeit von diesen Patienten, so zeigt sich keine Auffälligkeit. Dass die externe Qualitätssicherung trotzdem zu einer Anpassung der SOPs geführt hat (Waschung), ist als sehr positiv zu bewerten. (1x berichtet)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U99	Aufgrund der ausführlichen Stellungnahme sind die Auffälligkeiten vor dem Hintergrund des Patientenmixes gut begründet. (1x berichtet)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U61	Hochrisikopatient mit sehr hohem BMI (1x berichtet)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	U99	Das Auftreten einer Wundinfektion ist dem Leistungserbringer nicht bekannt. Beschreibung des Primäreingriffes sowie Prozedere bis Entlassung erscheint unauffällig. (1x berichtet)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE)	U61	Es ist anzunehmen, dass ein risikobasiertes MRE-Screening erfolgt und entsprechende präoperativen Maßnahmen abgeleitet werden. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
	nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)		Zuweisung nach häuslichem Sturz mit subtrochantärer Femurfraktur mit gegebener OP-Indikation bei seit 2,5 Jahren bekannte MRSA Besiedlung Nasen/Rachen, Haut und Ulcera cruris. Vorgehen der Klinik leitliniengerecht. (1x berichtet)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U62	MRSA-Besiedelung/-Keimnachweis ohne Zusammenhang zur Tracer-OP (1x berichtet)  Nach Sichtung der Stellungnahme kommt die Fachkommission zu dem Schluss, dass die Fälle als begründete Einzelfälle zu werten sind. Dem Leistungserbringer wird jedoch der Hinweis gegeben, dass die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen (Überleitungsbogen) die Erstellung eines hygienischen Risikoprofils der Patienten erleichtert. Zudem empfiehlt die Fachkommission die intensive Zusammenarbeit in einem MRE-Netzwerk. (1x berichtet)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	U99	Fraglicher Fehler bei der Verknüpfung der Sozialdaten mit den Tracer OP Daten (Patient hatte einen positiven Nasen-Rachen-Abstrich, aber nie einen MRSA Wundinfekt bei gleichem durchführenden Standort der Tracer- und Folgeeingriffe). (1x berichtet)

Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – WI-NI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	33	0 / 33 (0,00 %)	0 / 33 (0,00 %)	5 / 33 (15,15 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	39	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)	6 / 39 (15,38 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	30	0 / 30 (0,00 %)	0 / 30 (0,00 %)	3 / 30 (10,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	38	0 / 38 (0,00 %)	0 / 38 (0,00 %)	4 / 38 (10,53 %)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	53	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)	2 / 53 (3,77 %)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	64	1 / 64 (1,56 %)	0 / 64 (0,00 %)	3 / 64 (4,69 %)

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	S99	<p>Auf eine Bewertung wird bei unklarer Validität der Ergebnisse verzichtet. (3x berichtet)</p> <p>Der Fachkommission liegen verfahrensbedingt zu wenig Informationen über das OP-Portfolio und die Infektionsraten in dem jeweiligen OP-Gebiet vor, um das Risikoprofil einschätzen zu können. Die Fachkommission bittet den Leistungserbringer jedoch darum, die entsprechenden Fälle fachabteilungsübergreifend mit dem Krankenhaushygieniker intern aufzuarbeiten und die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen zu verbessern. (1x berichtet)</p> <p>Es konnten keine Auffälligkeiten in der Stellungnahme gefunden werden, jedoch ist die Anzahl an aufgetretenen Wundinfektionen hoch und auffällig und sollte weiterhin beobachtet werden. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	S99	<p>Auf eine Bewertung wird bei unklarer Validität der Ergebnisse verzichtet. (3x berichtet)</p> <p>Da es weiter Unklarheiten im Verfahren gibt (überschneidende Definition der Zähler im QI 2501 und 2503, hierdurch Doppelung von Vorgangsnummern in der ATR-Liste. schwierige Zuordnung der Fälle auf Grund der Angaben in der ATR-Liste, fraglicher kausaler Zusammenhang zwischen Erst-OP und Wundinfektion bei Patienten mit Polytrauma mit offenen Frakturen), kann die Fachkommission das Ergebnis des operierenden Leistungserbringers nicht qualitativ bewerten. (1x berichtet)</p> <p>Der Fachkommission liegen verfahrensbedingt zu wenig Informationen über das OP-Portfolio und die Infektionsraten in dem jeweiligen OP-Gebiet vor, um das Risikoprofil einschätzen zu können. Die Fachkommission bittet den Leistungserbringer jedoch darum, die entsprechenden Fälle fachabteilungsübergreifend mit dem Krankenhaushygieniker intern aufzuarbeiten und die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen zu verbessern. (1x berichtet)</p> <p>Die Bewertung der Einzelfälle des Leistungserbringers gestaltet sich nach Auffassung der Fachkommission schwierig, da der Fachkommission verfahrensbedingt zu wenig Informationen über das OP-Portfolio und die Infektionsraten in dem jeweiligen OP-Gebiet vorliegen, um das Risikoprofil einschätzen zu können. Die Fachkommission bittet den Leistungserbringer jedoch darum, die entsprechenden Fälle fachabteilungsübergreifend mit dem Krankenhaushygieniker intern aufzuarbeiten und die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen zu verbessern. (1x berichtet)</p>
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	S99	<p>Auf eine Bewertung wird bei unklarer Validität der Ergebnisse verzichtet. (2x berichtet)</p> <p>Der Fachkommission liegen verfahrensbedingt zu wenig Informationen über das OP-Portfolio und die Infektionsraten in dem jeweiligen OP-Gebiet vor, um das Risikoprofil einschätzen zu können. Die Fachkommission bittet den Leistungserbringer jedoch darum, die entsprechenden Fälle fachabteilungsübergreifend mit dem Krankenhaushygieniker intern aufzuarbeiten und die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen zu verbessern. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	S99	<p>Auf eine Bewertung wird bei unklarer Validität der Ergebnisse verzichtet. (3x berichtet)</p> <p>Da es weiter Unklarheiten im Verfahren gibt (überschneidende Definition der Zähler im QI 2501 und 2503, hierdurch Doppelung von Vorgangsnummern in der ATR-Liste. schwierige Zuordnung der Fälle auf Grund der Angaben in der ATR-Liste, fraglicher kausaler Zusammenhang zwischen Erst-OP und Wundinfektion bei Patienten mit Polytrauma mit offenen Frakturen), kann die Fachkommission das Ergebnis des operierenden Leistungserbringers nicht qualitativ bewerten. (1x berichtet)</p>
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	S99	<p>Nach der Einzelfallanalyse bestand eine MRSA-Besiedlung der Nase. Die Relaparotomie (= mitgeteilte Tracer-OP 5-541.2) erfolgte wegen eines mechanisch bedingten Platzbauches und war nicht auf eine MRSA-Infektion zurückzuführen. Damit erfolgte keine korrekte Zuordnung in der Auswertung. (1x berichtet)</p> <p>Seitens der Fachkommission wird die fehlende antiseptische Waschung kritisch gesehen. Ebenso hätte die perioperative Antibiose angepasst werden müssen. Der Leistungserbringer wird gebeten, den Fall mit dem Krankenhaushygieniker intern aufzuarbeiten. (1x berichtet)</p>
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	D80 / S80	<p>Laut dem Leistungserbringer ba#lkg#t5i9a7fg9u0d (Fall Bogennummer 2021001407) lag keine nosokomiale Wundinfektion oder MRSA vor und die Meldung kann nicht nachvollzogen werden. Sofern die Stellungnahme korrekt dargestellt wurde, sollte dieser Meldemechanismus nachgeprüft werden. Wir bitten das IQTIG um Überprüfung. (1x berichtet)</p>
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	S99	<p>Da es weiter Unklarheiten im Verfahren gibt (überschneidende Definition der Zähler im QI 2501 und 2503, hierdurch Doppelung von Vorgangsnummern in der ATR-Liste. schwierige Zuordnung der Fälle auf Grund der Angaben in der ATR-Liste, fraglicher kausaler Zusammenhang zwischen Erst-OP und Wundinfektion bei Patienten mit Polytrauma mit offenen Frakturen), kann die Fachkommission das Ergebnis des operierenden Leistungserbringers nicht qualitativ bewerten. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Es erfolgte eine umfangreiche Einzelfallanalyse. Im Beobachtungszeitraum erfolgten mehrere Operationen und bestanden schwerwiegende Erkrankungen - u.a mit Chemotherapie. Ein Zusammenhang zwischen MRSA-Infektion und der relevanten Tracer-Operation war nicht feststellbar. Die Fachkommission konnte der Argumentation des Leistungserbringers folgen. Hinweise auf qualitative Mängel waren anhand der Stellungnahme im Zusammenhang mit der Tracer-Operation für die Fachkommission nicht feststellbar. (1x berichtet)</p> <p>Im Beobachtungszeitraum mehrere Operationen, interkurrenten Erkrankungen und zwischenzeitlicher Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtung. Hinweise auf qualitative Mängel waren anhand der Stellungnahme im Zusammenhang mit der Tracer-Operation für die Fachkommission nicht feststellbar. (1x berichtet)</p>

Tabelle 64: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – WI-NI-S

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 26 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0 / - (-)	0 / 29 (0,00 %)	0 / - (-)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 37 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)

Tabelle 65: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – WI-NI-S

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	206	46 / 1.194 (3,85 %)	46 / 46 (100,00 %)	9 / 46 (19,57 %)	9 / 46 (19,57 %)
Brandenburg	40	18 / 234 (7,69 %)	- / 18 (-)	- / 18 (-)	- / - (-)
Berlin	37	21 / 216 (9,72 %)	- / 21 (-)	- / 21 (-)	- / - (-)
Baden-Württemberg	130	31 / 747 (4,15 %)	20 / 31 (64,52 %)	3 / 31 (9,68 %)	3 / 20 (15,00 %)
Bremen	12	2 / 72 (2,78 %)	2 / 2 (100,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Hessen	98	18 / 555 (3,24 %)	- / 18 (-)	- / 18 (-)	- / - (-)



Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Hamburg	36	10 / 198 (5,05 %)	- / 10 (-)	- / 10 (-)	- / - (-)
Mecklenburg-Vorpommern	29	14 / 168 (8,33 %)	14 / 14 (100,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)
Niedersachsen	125	62 / 732 (8,47 %)	- / 62 (-)	- / 62 (-)	- / - (-)
Nordrhein-Westfalen	277	77 / 1.587 (4,85 %)	8 / 77 (10,39 %)	0 / 77 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)
Rheinland-Pfalz	64	19 / 363 (5,23 %)	11 / 19 (57,89 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 11 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	38	9 / 222 (4,05 %)	7 / 9 (77,78 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
Saarland	17	6 / 102 (5,88 %)	6 / 6 (100,00 %)	1 / 6 (16,67 %)	1 / 6 (16,67 %)
Sachsen	64	34 / 375 (9,07 %)	34 / 34 (100,00 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)
Sachsen-Anhalt	36	18 / 216 (8,33 %)	19 / 18 (105,56 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
Thüringen	30	10 / 177 (5,65 %)	- / 10 (-)	- / 10 (-)	- / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Gesamt	1.239	395 / 7.158 (5,52 %)	167 / 395 (42,28 %)	14 / 395 (3,54 %)	14 / 167 (8,38 %)

## 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] (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](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4640/2020-12-17_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-WI_BAnz.pdf) (abgerufen am: 09.08.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Teilaufhebung der Beschlüsse vom 20. Juni 2019 und vom 16. Juli 2020 in Bezug auf eine Änderung der Spezifikationen für die Erfassungsjahre 2020 (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) und 2021 (fallbezogene QS-Dokumentation, Erhebung von Sozialdaten) für das Verfahren 2 (QS WI) gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 21.01.2021. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4682/2021-01-21\\_DeQS-RL\\_Aenderung\\_Spezifikation-EJ-2020\\_2021\\_QS-WI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4682/2021-01-21_DeQS-RL_Aenderung_Spezifikation-EJ-2020_2021_QS-WI.pdf) (abgerufen am: 23.02.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19\\_IQTIG-Beauftragung\\_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf) (abgerufen am: 30.01.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ im Rahmen der Erprobung. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-QS-WI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-QS-WI.pdf) (abgerufen am: 30.01.2023).

Hansis, M; Kramer, A; Mittelmeier, W; Trautmann, M; Exner, M; Mielke, M; et al. (2018): Prävention postoperativer Wundinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61(4): 448-473. DOI: 10.1007/s00103-018-2706-2.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://igtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27\\_barrierefrei.pdf](https://igtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 03.08.2022).

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

Oldhafer, K; Jürs, U; Kramer, A; Hausham, M; Weist, K; Mielke, M (2007): Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(3): 377-393. DOI: 10.25646/147.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Vermeidung nosokomialer Infektionen –  
postoperative Wundinfektionen:  
Hygiene- und Infektionsmanagement –  
ambulantes Operieren - Verfahren in  
Erprobung**

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 17. Oktober 2023

---

# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

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

# Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	6
Einleitung.....	7
Datengrundlagen.....	9
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	9
Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben.....	10
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	11
1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen.....	11
Details zu den Ergebnissen.....	13
Basisauswertung.....	15
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen.....	15
Art der ambulant operierenden Einrichtung.....	15
Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung.....	16
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung.....	18
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff.....	19
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien.....	20
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes.....	27
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel.....	28
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie.....	30
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention.....	30
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion.....	34
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung.....	34

## Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer können dem hierzu separat bereitgestellten Bericht entnommen werden. Leistungserbringer, die Daten ausschließlich bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert werden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten. Aufgrund einer nicht fristgerechten Datenlieferung der KV Bremen sind entsprechend die zugehörigen kollektivvertraglichen Daten nicht in den Auswertungen enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich in den Berichten für Leistungserbringer bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so können hierfür mehrere Gründe ursächlich sein:
  - Ein Leistungserbringer hat bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst und damit sind keine Daten für einen Vergleich vorhanden.
  - Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene Institutskennzeichenummern (IKNR) bzw. Betriebsstättennummern (BSNR) hatten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022“ das Ergebnis des Indikators.

Detaillierte Informationen zu dem Qualitätsindikator inklusive der Kennzahl- und Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

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



biometrischen Grundlagen zu finden.

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2022 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	≥ 40,00 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	73,79 / 100 Punkte O = 73,79 N = 3.079	-

## Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und vergleichend dargestellt. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.

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

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen war im Jahr 2021 ausgesetzt, sodass zu den entsprechenden Indikatoren in diesem Jahr keine Ergebnisse berichtet werden. Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

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

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

ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

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

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2022 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlergebnisse. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

## Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit dar.

In der Tabelle werden darüber hinaus Informationen zu den Leistungserbringern (Praxen/MVZ und Krankenhäuser) auf Bundesebene dargestellt.

In den Tabellen der Länder- und Leistungserbringerauswertungen sind darüber hinaus zusätzliche Informationen zum eigenen Ergebnis und zu den Ergebnissen aller Leistungserbringer auf Landesebene enthalten.

In den Auswertungen der Leistungserbringer wird in der Zeile "Ihre Daten nach IKNR/BSNR" bei "geliefert" und "erwartet" die Zahl 1 angezeigt. Dies liegt daran, dass von jedem Leistungserbringer lediglich ein QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Bereich des ambulanten Operierens übermittelt wird. Wird ein Bogen übermittelt, ergibt sich eine Vollständigkeit von 100 %.

Leistungserbringer, die keinen QS- Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren) übermittelt haben, erhalten keine Leistungserbringerauswertung zum ambulanten Operieren.

Erfassungsjahr 2022		geliefert*	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	2.391 2.391	3.063	78,06
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	688 688	709	97,04
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt Basisdatensatz</b>	<b>3.079 3.079</b>	<b>3.772</b>	<b>81,63</b>
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Praxen/MVZ)	2.391	3.063	78,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Krankenhäuser)	688	709	97,04
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)</b>	<b>3.079</b>	<b>3.772</b>	<b>81,63</b>

\*Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlresultate. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

### Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben\*

Erfassungsjahr 2022	Anzahl	Anteil in %**
Bund (Praxen/MVZ)	143	4,46
Bund (Krankenhäuser)	16	2,21
Bund (gesamt)	159	4,04

\*Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlresultate. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

\*\*Für die Berechnung der Spalte "Anteil in %" wird als Zähler die Anzahl der Einrichtungen die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (2. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "Anzahl") herangezogen und als Nenner die Anzahl erwarteter Datensätze (1. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "erwartet") addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (2. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "Anzahl").

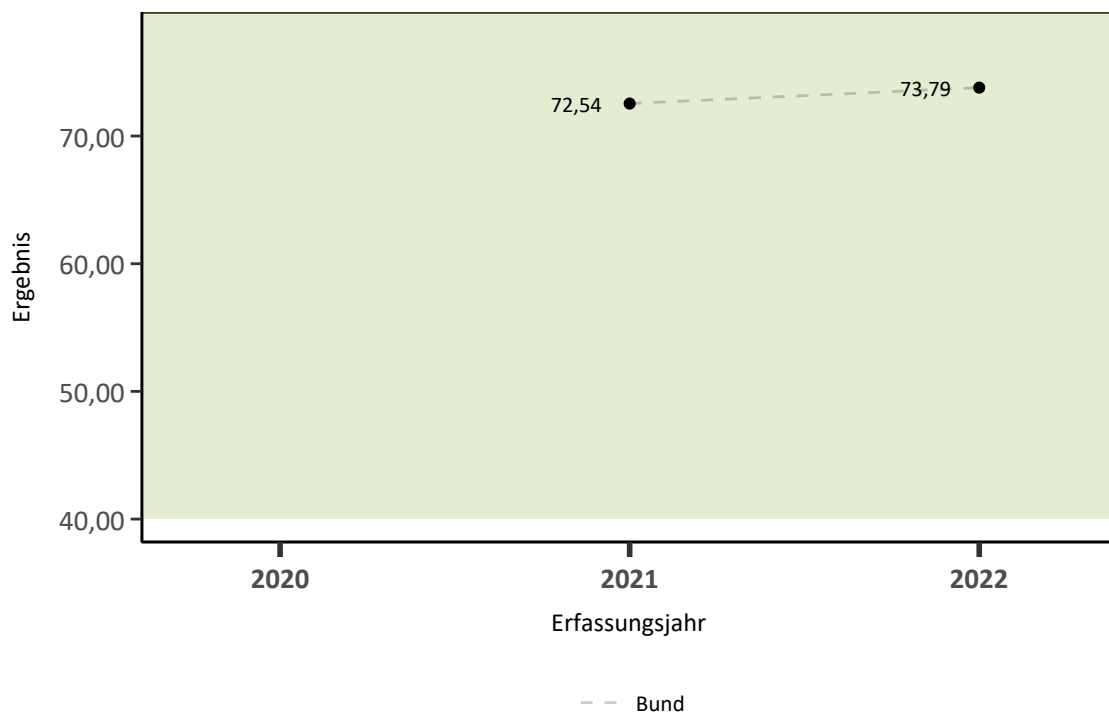
## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

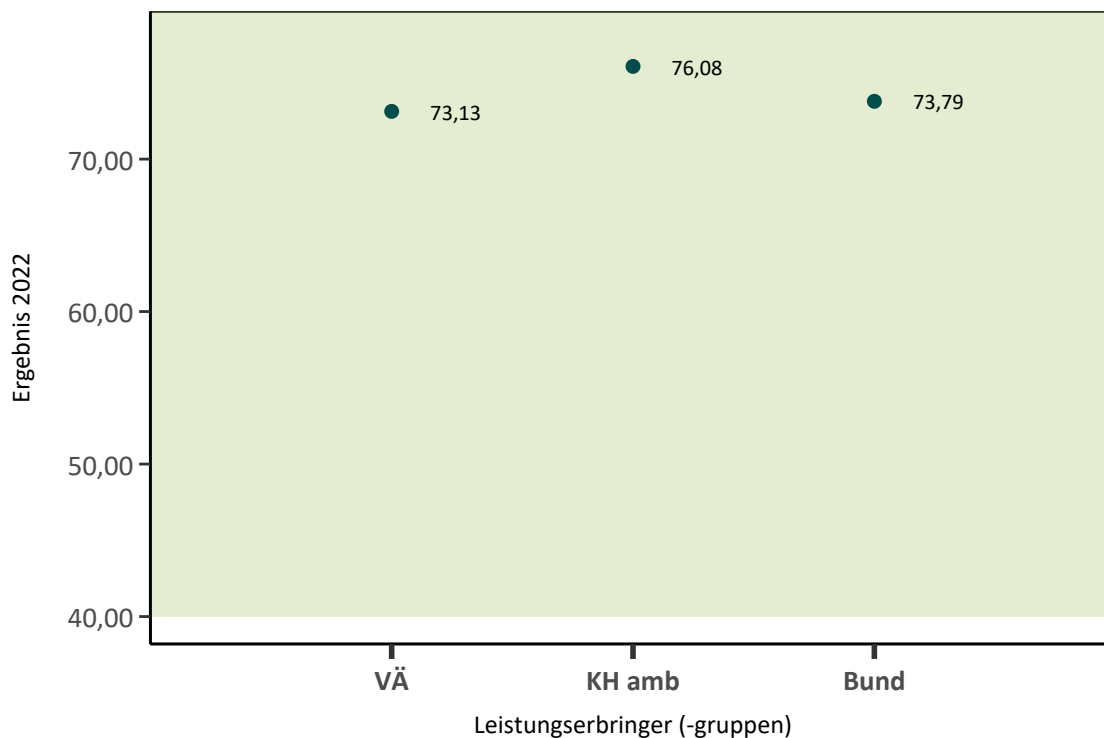
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
ID	1000
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei ambulanter Versorgung
Referenzbereich	≥ 40,00 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



### Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis	Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2020	- / -	-
		2021	71,81 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>73,13 / 100 Punkte</b>	-
	KH	2020	- / -	-
		2021	75,12 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>76,08 / 100 Punkte</b>	-
<b>Bund</b>		2020	- / -	-
		2021	72,54 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>73,79 / 100 Punkte</b>	-



## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	<b>ID: 1000</b> <b>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung</b>	73,79 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 33_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	82,82 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 33_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	69,83 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 33_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	77,33 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 33_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	89,69 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 33_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	92,94 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 33_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	83,77 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 33_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	48,90 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 33_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	43,50 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 33_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	79,47 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 33_22032 Durchführung von Compliance-Überprüfungen	69,63 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	Ergebnis	Ergebnis VÄ	Ergebnis KH
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	ID: 33_22059 82,82 / 100 Punkte	ID: 33_22069 82,24 / 100 Punkte	ID: 33_22079 84,83 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	ID: 33_22060 69,83 / 100 Punkte	ID: 33_22070 65,74 / 100 Punkte	ID: 33_22080 84,05 / 100 Punkte

<b>1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Ergebnis VÄ</b>	<b>Ergebnis KH</b>
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 33_22061 77,33 / 100 Punkte	ID: 33_22071 72,44 / 100 Punkte	ID: 33_22081 94,33 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 33_22062 89,69 / 100 Punkte	ID: 33_22072 88,54 / 100 Punkte	ID: 33_22082 93,72 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 33_22063 92,94 / 100 Punkte	ID: 33_22073 91,67 / 100 Punkte	ID: 33_22083 97,38 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 33_22064 83,77 / 100 Punkte	ID: 33_22074 81,99 / 100 Punkte	ID: 33_22084 89,94 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 33_22065 48,90 / 100 Punkte	ID: 33_22075 56,61 / 100 Punkte	ID: 33_22085 22,13 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 33_22066 43,50 / 100 Punkte	ID: 33_22076 42,23 / 100 Punkte	ID: 33_22086 47,89 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 33_22067 79,47 / 100 Punkte	ID: 33_22077 74,45 / 100 Punkte	ID: 33_22087 96,95 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	ID: 33_22068 69,63 / 100 Punkte	ID: 33_22078 75,41 / 100 Punkte	ID: 33_22088 49,56 / 100 Punkte

## Basisauswertung

### Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

#### Art der ambulant operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Status des Leistungserbringers</b>		
(1) Krankenhaus	688	22,34
(2) vertragsärztlicher Leistungserbringer	2.391	77,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer</b>	<b>N = 2.391</b>	
<b>Grundlage der Leistungserbringung</b>		
(1) kollektivvertragliche Leistung	1.085	45,38
(2) ermächtigte vertragsärztliche Leistung	1.306	54,62

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?</b>		
(0) nein	252	8,18
(1) ja	2.120	68,85
(2) aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich	707	22,96
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>		
<b>N = 2.120</b>		
<b>Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?</b>		
(0) nein	13	0,61
(1) ja	2.107	99,39
<b>Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?</b>		
(0) nein	51	2,41
(1) ja	2.069	97,59
<b>Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?</b>		
(0) nein	22	1,04
(1) ja	2.098	98,96
<b>Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>		
(0) nein	12	0,57
(1) ja	2.108	99,43

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>1</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums	2.120
Monat	7
Jahr	2021

<sup>1</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<b>Bund (gesamt)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>	<b>N = 2.120</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>		
(0) nein	76	3,58
(1) ja	2.044	96,42
<b>Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?<sup>2</sup></b>		
(0) nein	442	20,85
(1) ja	1.678	79,15

<sup>2</sup> z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

<b>Bund (gesamt)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste: ja</b>	<b>N = 1.678</b>	
<b>Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?</b>		
(0) nein	474	28,25
(1) ja	1.204	71,75

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?</b>		
(0) nein	790	25,66
(1) ja	2.289	74,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja</b>	<b>N = 2.289</b>	
<b>Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>		
(0) nein	6	0,26
(1) ja	2.283	99,74

Bund (gesamt)	
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>3</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit leitlinienbasierter Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums	2.289
Monat	7
Jahr	2021

<sup>3</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja</b>		<b>N = 2.289</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>			
(0) nein		66	2,88
(1) ja		2.223	97,12

## Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>		<b>N = 3.079</b>	
<b>Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?</b>			
(0) nein		583	18,93
(1) ja		2.496	81,07

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Präoperative Haarentfernung: ja</b>		<b>N = 2.496</b>	
<b>Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?</b>			
(0) nein		1.807	72,40
(1) ja		689	27,60
<b>Wurde dazu eine Schere genutzt?</b>			
(0) nein		2.251	90,18
(1) ja		245	9,82
<b>Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?</b>			
(0) nein		588	23,56
(1) ja		1.908	76,44

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Präoperative Haarentfernung: ja</b>	<b>N = 2.496</b>	
<b>Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?</b>		
(0) nein	2.372	95,03
(1) ja	124	4,97

## Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer</b>	<b>N = 2.391</b>	
<b>Wurde im Jahr 2022 ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird?</b>		
(0) nein	2.140	89,50
(1) ja	251	10,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b>	<b>N = 2.828</b>	
<b>Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen verwendeten Arten steriler Medizinprodukte?</b>		
(0) nein	244	8,63
(1) ja	2.584	91,37



	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b>	<b>N = 2.828</b>	
<b>Übernahmen im Jahr 2022 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?</b>		
(0) nein	1.867	66,02
(1) ja	766	27,09
(2) teilweise	195	6,90

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b>	<b>N = 961</b>	
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise</b>		
<b>Lag im Jahr 2022 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?</b>		
(0) nein	64	6,66
(1) ja	897	93,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 2.062</b>	
<b>Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?</b>		
(0) nein	39	1,89
(1) ja	2.023	98,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja</b>	<b>N = 2.023</b>	
<b>Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?</b>		
(0) nein	4	0,20
(1) ja	2.019	99,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b> <b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 2.062</b>	
<b>Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?</b>		
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	35	1,70
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	34	1,65
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	679	32,93
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	351	17,02
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	80	3,88
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	13	0,63
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	870	42,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b> <b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b> <b>Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja</b> <b>Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)</b>	<b>N = 1.634</b>	
<b>Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?</b>		
(0) nein	21	1,29
(1) ja	1.613	98,71

Bund (gesamt)		
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>4</sup></b>		
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.663	
Monat	7	
Jahr	2021	
<b>Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>5</sup></b>		
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	1.663	
Monat	7	
Jahr	2021	

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

Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<sup>5</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b>	<b>N = 2.062</b>	
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>		
<b>Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?</b>		
(0) nein	174	8,44
(1) ja	1.888	91,56
<b>Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?</b>		
(0) nein	434	21,05
(1) ja	1.628	78,95
<b>Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?</b>		
(0) nein	1.693	82,10
(1) ja	369	17,90
<b>Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt?<sup>6</sup></b>		
(0) nein	864	41,90
(1) ja	1.198	58,10

<sup>6</sup> Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben

	Bund (gesamt)
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>7</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Verpackung des Sterilguts: Siegelnahtverpackung und Angabe eines Datums	1.888
Monat	6
Jahr	2021

<sup>7</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe</b> <b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b> <b>Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja</b> <b>Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)</b>	<b>N = 1.881</b>	
<b>Waren die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?</b>		
(0) nein	27	1,44
(1) ja	1.854	98,56

Bund (gesamt)		
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>8</sup></b>		
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.913	
Monat	7	
Jahr	2021	

<b>Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>9</sup></b>		
Anzahl Einrichtungen mit Status des Leistungserbringers: vertragsärztlicher Leistungserbringer und ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: nein oder ausschließliche Verwendung von Einmalsterilgut: keine Angabe und Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	1.913	
Monat	7	
Jahr	2021	

<sup>8</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.  
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<sup>9</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.  
Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

## Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>		<b>N = 3.079</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?</b>			
(0) nein		197	6,40
(1) ja		2.882	93,60
		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja</b>		<b>N = 2.882</b>	
<b>Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?</b>			
(0) nein		58	2,01
(1) ja		2.824	97,99
<b>Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?</b>			
(0) nein		19	0,66
(1) ja		2.863	99,34
<b>Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?</b>			
(0) nein		28	0,97
(1) ja		2.854	99,03
<b>Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>			
(0) nein		8	0,28
(1) ja		2.874	99,72
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>			
(0) nein		38	1,32
(1) ja		2.844	98,68

## Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?</b>		
(0) nein	354	11,50
(1) ja	2.725	88,50
<b>Bund (gesamt)</b>		
<b>n</b>		
<b>%</b>		
<b>Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja</b>	<b>N = 2.725</b>	
<b>Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?</b>		
(0) nein	4	0,15
(1) ja	2.721	99,85
<b>Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?<sup>10</sup></b>		
(0) nein	15	0,55
(1) ja	2.710	99,45
<b>Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?</b>		
(0) nein	60	2,20
(1) ja	2.665	97,80
<b>Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?</b>		
(0) nein	87	3,19
(1) ja	2.638	96,81
<b>Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?</b>		
(0) nein	138	5,06
(1) ja	2.587	94,94



		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja</b>		<b>N = 2.725</b>	
<b>Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?<sup>11</sup></b>			
(0) nein		7	0,26
(1) ja		2.718	99,74

<sup>10</sup> aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

<sup>11</sup> Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, ...

		Bund (gesamt)	
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>12</sup></b>			
Anzahl Einrichtungen mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums		2.725	
Monat		7	
Jahr		2021	

<sup>12</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja</b>		<b>N = 2.725</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>			
(0) nein		68	2,50
(1) ja		2.657	97,50

## Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Bund (gesamt)	
<b>Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)</b>	
Anzahl Einrichtungen mit Angabe von Werten	2.245
Angabe	64,53

Bund (gesamt)		n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>		<b>N = 3.079</b>	
<b>ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>			
(1) ja		57	1,85
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>			
(1) ja		777	25,24

## Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

Bund (gesamt)		n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>		<b>N = 3.079</b>	
<b>Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2022 stattgefunden haben, vor?</b>			
(0) nein		950	30,85
(1) ja		2.017	65,51
<b>Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben</b>			
(1) ja		112	3,64

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Ärzte (%)<sup>13</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten	1.827
Angabe	74,98

<sup>13</sup> Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	17	0,84
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	173	8,58

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Pflegepersonal (%)<sup>14</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	1.182
Angabe	70,08

<sup>14</sup> Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	678	33,61
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	157	7,78

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)<sup>15</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	862
Angabe	63,12

<sup>15</sup> Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	950	47,10
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	205	10,16

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Medizinische Fachangestellte (%)<sup>16</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	1.681
Angabe	75,77

<sup>16</sup> Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	69	3,42
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	267	13,24

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Reinigungspersonal (%)<sup>17</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	1.383
Angabe	76,01

<sup>17</sup> Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	300	14,87
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	331	16,41

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)<sup>18</sup></b>	
Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	1.401
Angabe	81,54

<sup>18</sup> Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Einrichtungen mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 2.017</b>	
<b>Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	437	21,67
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	163	8,08

## Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?<sup>19</sup></b>		
(0) nein	632	20,53
(1) ja	2.447	79,47

<sup>19</sup> Thematisierung aller folgenden Inhalte:

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

## Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Einrichtungen</b>	<b>N = 3.079</b>	
<b>Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt?</b>		
(0) nein	935	30,37
(1) ja	2.144	69,63



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Vermeidung nosokomialer Infektionen –  
postoperative Wundinfektionen:  
Hygiene- und Infektionsmanagement –  
stationäres Operieren - Verfahren in  
Erprobung**

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 17. Oktober 2023

---

# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

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



## Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht .....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022 .....	5
Einleitung .....	6
Datengrundlagen .....	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten .....	8
Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben .....	9
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen .....	10
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen .....	10
Details zu den Ergebnissen .....	12
Basisauswertung .....	14
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen .....	14
Art der stationär operierenden Einrichtung .....	14
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung .....	14
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung .....	16
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff .....	18
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien .....	19
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes .....	24
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel .....	25
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie .....	27
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention .....	28
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion .....	32
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung .....	32

## Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer können dem hierzu separat bereitgestellten Bericht entnommen werden. Leistungserbringer, die Daten ausschließlich bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich in den Berichten für Leistungserbringer bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so können hierfür mehrere Gründe ursächlich sein:
  - Ein Leistungserbringer hat bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst und damit sind keine Daten für einen Vergleich vorhanden.
  - Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene Institutskennzeichenummern (IKNR) bzw. Betriebsstättennummern (BSNR) hatten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022“ das Ergebnis des Indikators.

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

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

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2022 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	≥ 56,33 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	74,78 / 100 Punkte O = 74,78 N = 1.295	-

## Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und vergleichend dargestellt. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.

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

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen war im Jahr 2021 ausgesetzt, sodass zu den entsprechenden Indikatoren in diesem Jahr keine Ergebnisse berichtet werden. Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

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

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

ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

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

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2022 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlergebnisse. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

## Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit dar.

In der Tabelle werden darüber hinaus Informationen zu den Leistungserbringern (Belegärzte und Krankenhäuser) auf Bundesebene dargestellt.

In den Tabellen der Länder- und Leistungserbringerauswertungen sind darüber hinaus zusätzliche Informationen zum eigenen Ergebnis und zu den Ergebnissen aller Leistungserbringer auf Landesebene enthalten.

In den Auswertungen der Leistungserbringer wird in der Zeile "Ihre Daten nach IKNR/BSNR" bei "geliefert" und "erwartet" die Zahl 1 angezeigt. Dies liegt daran, dass von jedem Leistungserbringer lediglich ein QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Bereich des stationären Operierens übermittelt wird. Wird ein Bogen übermittelt, ergibt sich eine Vollständigkeit von 100 %.

Leistungserbringer, die keinen QS- Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) übermittelt haben, erhalten keine Leistungserbringerauswertung zum stationären Operieren.

Erfassungsjahr 2022		geliefert*	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	321 321	463	69,33
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	974 974	1.062	91,71
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt Basisdatensatz</b>	<b>1.295 1.295</b>	<b>1.525</b>	<b>84,92</b>
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Belegärzte)	321	463	69,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Krankenhäuser)	974	1.062	91,71
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)</b>	<b>1.295</b>	<b>1.525</b>	<b>84,92</b>

\*Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlresultate. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

### Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben\*

Erfassungsjahr 2022	Anzahl	Anteil in %**
Bund (Belegärzte)	26	5,32
Bund (Krankenhäuser)	26	2,39
Bund (gesamt)	52	3,30

\*Bei der Datenlieferung von einigen Datenannahmestellen kam es zu Fehlern. Dies beeinflusst sowohl die Datengrundlage, als auch die QI- und Kennzahlresultate. Nähere Informationen dazu können dem Bundesqualitätsbericht 2023 (Abschnitt 2.1 Datengrundlage) entnommen werden.

\*\*Für die Berechnung der Spalte "Anteil in %" wird als Zähler die Anzahl der Einrichtungen die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (2. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "Anzahl") herangezogen und als Nenner die Anzahl erwarteter Datensätze (1. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "erwartet") addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (2. Tabelle auf dieser Seite, Spalte "Anzahl").

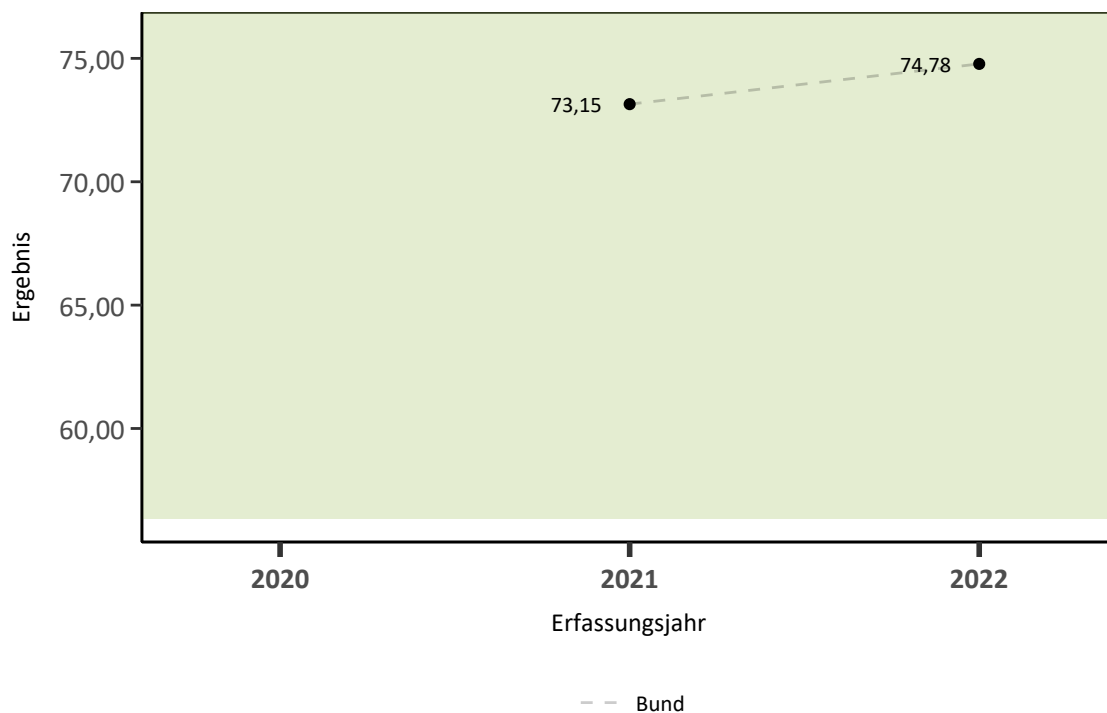
## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
ID	2000
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei stationärer Versorgung
Referenzbereich	≥ 56,33 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten

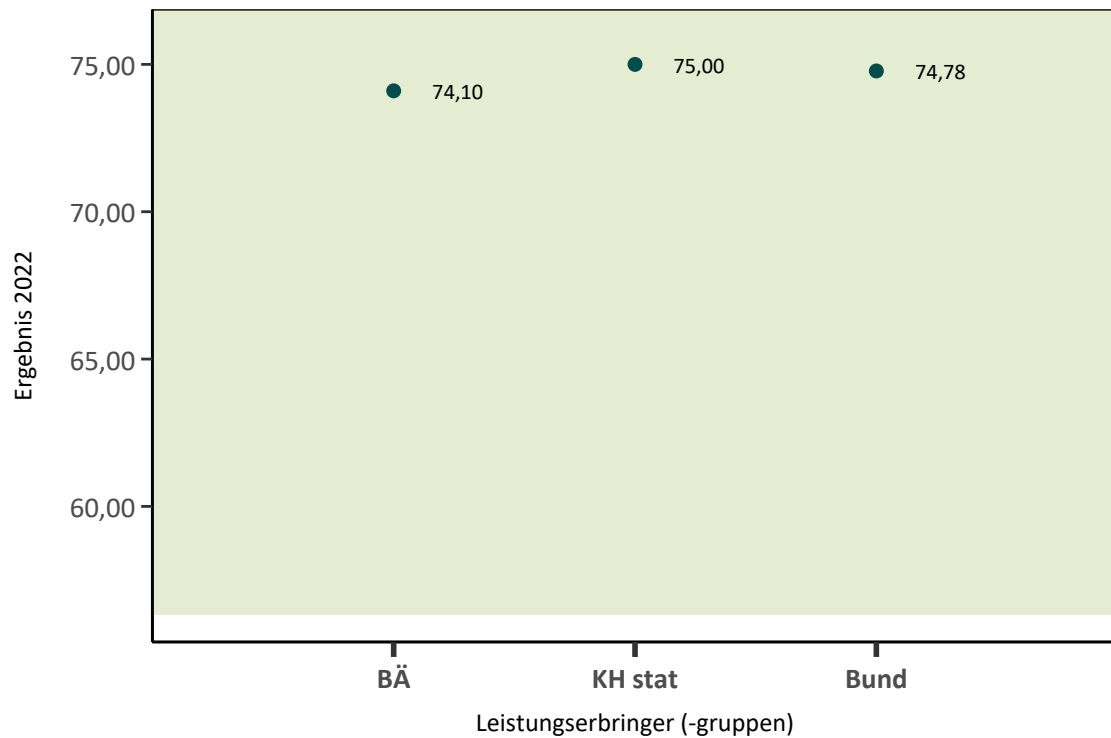
#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre





### Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



### Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis	Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2020	- / -	-
		2021	71,56 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>74,10 / 100 Punkte</b>	-
	KH	2020	- / -	-
		2021	73,51 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>75,00 / 100 Punkte</b>	-
<b>Bund</b>		2020	- / -	-
		2021	73,15 / 100 Punkte	-
		<b>2022</b>	<b>74,78 / 100 Punkte</b>	-

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	<b>ID: 2000</b> <b>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung</b>	74,78 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	83,38 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,23 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	91,74 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,80 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,53 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	89,59 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	29,92 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	50,05 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	97,07 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Überprüfungen	28,47 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	Ergebnis	Ergebnis BÄ	Ergebnis KH
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	ID: 34_22069 83,38 / 100 Punkte	ID: 34_22079 80,80 / 100 Punkte	ID: 34_22089 84,23 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	ID: 34_22070 84,23 / 100 Punkte	ID: 34_22080 82,79 / 100 Punkte	ID: 34_22090 84,70 / 100 Punkte

<b>1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Ergebnis BÄ</b>	<b>Ergebnis KH</b>
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 34_22071 91,74 / 100 Punkte	ID: 34_22081 82,55 / 100 Punkte	ID: 34_22091 94,76 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 34_22072 96,80 / 100 Punkte	ID: 34_22082 93,88 / 100 Punkte	ID: 34_22092 97,77 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 34_22073 96,53 / 100 Punkte	ID: 34_22083 95,95 / 100 Punkte	ID: 34_22093 96,72 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 34_22074 89,59 / 100 Punkte	ID: 34_22084 88,21 / 100 Punkte	ID: 34_22094 90,04 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 34_22075 29,92 / 100 Punkte	ID: 34_22085 48,26 / 100 Punkte	ID: 34_22095 23,87 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 34_22076 50,05 / 100 Punkte	ID: 34_22086 47,52 / 100 Punkte	ID: 34_22096 50,88 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 34_22077 97,07 / 100 Punkte	ID: 34_22087 95,64 / 100 Punkte	ID: 34_22097 97,54 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	ID: 34_22078 28,47 / 100 Punkte	ID: 34_22088 25,41 / 100 Punkte	ID: 34_22098 29,48 / 100 Punkte

## Basisauswertung

### Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

#### Art der stationär operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Status des Leistungserbringers</b>		
(1) Krankenhaus nach § 108 SGB V	974	75,21
(2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V	321	24,79

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?</b>		
(0) nein	53	4,09
(1) ja	1.242	95,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>	<b>N = 1.242</b>	
<b>Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?</b>		
(0) nein	5	0,40
(1) ja	1.237	99,60

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>		<b>N = 1.242</b>	
<b>Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?</b>			
(0) nein		21	1,69
(1) ja		1.221	98,31
<b>Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?</b>			
(0) nein		9	0,72
(1) ja		1.233	99,28
<b>Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>			
(0) nein		7	0,56
(1) ja		1.235	99,44

		Bund (gesamt)	
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>1</sup></b>			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums		1.242	
Monat		7	
Jahr		2021	

<sup>1</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>		<b>N = 1.242</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>			
(0) nein		33	2,66
(1) ja		1.209	97,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>	<b>N = 1.242</b>	
<b>Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?<sup>2</sup></b>		
(0) nein	188	15,14
(1) ja	1.054	84,86

<sup>2</sup> z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja</b>	<b>N = 1.054</b>	
<b>Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste: ja</b>		
<b>Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?</b>		
(0) nein	297	28,18
(1) ja	757	71,82

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?</b>		
(0) nein	94	7,26
(1) ja	1.201	92,74

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja</b>		<b>N = 1.201</b>	
<b>Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		1.198	99,75

		Bund (gesamt)	
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>3</sup></b>			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums		1.201	
Monat		7	
Jahr		2021	

<sup>3</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja</b>		<b>N = 1.201</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>			
(0) nein		30	2,50
(1) ja		1.171	97,50

## Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?</b>		
(0) nein	32	2,47
(1) ja	1.263	97,53
<b>Präoperative Haarentfernung: ja</b>		
<b>N = 1.263</b>		
<b>Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?</b>		
(0) nein	1.158	91,69
(1) ja	105	8,31
<b>Wurde dazu eine Schere genutzt?</b>		
(0) nein	1.223	96,83
(1) ja	40	3,17
<b>Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?</b>		
(0) nein	46	3,64
(1) ja	1.217	96,36
<b>Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?</b>		
(0) nein	1.189	94,14
(1) ja	74	5,86



## Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?</b>		
(0) nein	42	3,24
(1) ja	1.253	96,76
<b>Übernahmen im Jahr 2022 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?</b>		
(0) nein	813	62,78
(1) ja	317	24,48
(2) teilweise	165	12,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise</b>	<b>N = 482</b>	
<b>Lag im Jahr 2022 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?</b>		
(0) nein	19	3,94
(1) ja	463	96,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 978</b>	
<b>Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?</b>		
(0) nein	13	1,33
(1) ja	965	98,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 965</b>	
<b>Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja</b>		
<b>Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?</b>		
(0) nein	5	0,52
(1) ja	960	99,48

		<b>Bund (gesamt)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>		<b>N = 978</b>	
<b>Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?</b>			
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)		≤3	x
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		16	1,64
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator		410	41,92
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator		8	0,82
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		32	3,27
(6) ausschließlich mittels Sterilisator		≤3	x
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator		509	52,04

		<b>Bund (gesamt)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>		<b>N = 955</b>	
<b>Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja</b>			
<b>Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)</b>			
<b>Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?</b>			
(0) nein		15	1,57
(1) ja		940	98,43

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>4</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	967
Monat	7
Jahr	2021
<b>Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>5</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	967
Monat	6
Jahr	2021

<sup>4</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<sup>5</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>6</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	959
Monat	6
Jahr	2021

<sup>6</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 978</b>	
<b>Siegelnahtgerät nicht vorhanden</b>		
(1) ja	19	1,94

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)</b>	<b>N = 918</b>	
<b>Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?</b>		
(0) nein	16	1,74
(1) ja	902	98,26

Bund (gesamt)		
<b>Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>7</sup></b>		
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums		929
Monat		7
Jahr		2021
<b>Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>8</sup></b>		
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums		929
Monat		6
Jahr		2021

<sup>7</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

<sup>8</sup> Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise</b>	<b>N = 978</b>	
<b>Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?</b>		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	976	99,80
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?</b>		
(0) nein	43	4,40
(1) ja	935	95,60

## Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?</b>		
(0) nein	36	2,78
(1) ja	1.259	97,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja</b>	<b>N = 1.259</b>	
<b>Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?</b>		
(0) nein	31	2,46
(1) ja	1.228	97,54
<b>Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?</b>		
(0) nein	19	1,51
(1) ja	1.240	98,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja</b>	<b>N = 1.259</b>	
<b>Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?</b>		
(0) nein	15	1,19
(1) ja	1.244	98,81
<b>Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>		
(0) nein	5	0,40
(1) ja	1.254	99,60
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>		
(0) nein	9	0,71
(1) ja	1.250	99,29

## Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Galt im gesamten Jahr 2022 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?</b>		
(0) nein	33	2,55
(1) ja	1.262	97,45

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja</b>		<b>N = 1.262</b>	
<b>Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?</b>			
(0) nein		≤3	x
(1) ja		1.259	99,76
<b>Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?<sup>9</sup></b>			
(0) nein		5	0,40
(1) ja		1.257	99,60
<b>Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?</b>			
(0) nein		27	2,14
(1) ja		1.235	97,86
<b>Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?</b>			
(0) nein		44	3,49
(1) ja		1.218	96,51
<b>Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?</b>			
(0) nein		112	8,87
(1) ja		1.150	91,13
<b>Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</b>			
(0) nein		5	0,40
(1) ja		1.257	99,60

<sup>9</sup> aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

		Bund (gesamt)
<b>Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?<sup>10</sup></b>		
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums		1.262
Monat		7
Jahr		2021

<sup>10</sup> Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.



	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja</b>	<b>N = 1.262</b>	
<b>Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?</b>		
(0) nein	22	1,74
(1) ja	1.240	98,26

## Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Bund (gesamt)	
<b>Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)</b>	
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten	648
Angabe	57,32

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	16	1,24
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	631	48,73

## Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>		<b>N = 1.295</b>	
<b>Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2022 stattgefunden haben, vor?</b>			
(0) nein		155	11,97
(1) ja		1.031	79,61
<b>Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben</b>			
(1) ja		109	8,42

		Bund (gesamt)	
<b>Ärzte (%)<sup>11</sup></b>			
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten		868	
Angabe		65,81	

<sup>11</sup> Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

		Bund (gesamt)	
		n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>		<b>N = 1.031</b>	
<b>ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>			
(1) ja		9	0,87
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>			
(1) ja		154	14,94

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Pflegepersonal (%)<sup>12</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	884
Angabe	74,20

<sup>12</sup> Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	7	0,68
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	140	13,58

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)<sup>13</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	746
Angabe	74,65

<sup>13</sup> Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	72	6,98
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	213	20,66

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Medizinische Fachangestellte (%)<sup>14</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	673
Angabe	75,43

<sup>14</sup> Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	54	5,24
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	304	29,49

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Reinigungspersonal (%)<sup>15</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	781
Angabe	83,28

<sup>15</sup> Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	45	4,36
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	197	19,11

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)<sup>16</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	772
Angabe	87,34

<sup>16</sup> Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	82	7,95
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	157	15,23

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Küchenpersonal (%)<sup>17</sup></b>	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	580
Angabe	86,56

<sup>17</sup> Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals</b>	<b>N = 1.031</b>	
<b>Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig</b>		
(1) ja	98	9,51
<b>Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben</b>		
(1) ja	140	13,58

## Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?<sup>18</sup></b>		
(0) nein	38	2,93
(1) ja	1.257	97,07

- <sup>18</sup> Thematisierung aller folgenden Inhalte:
- Informationen zu MRSA im Allgemeinen
  - Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
  - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
  - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes
  - Kontrolluntersuchungen

## Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Krankenhäuser und Belegärzte</b>	<b>N = 1.295</b>	
<b>Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten?</b>		
(0) nein	652	50,35
(1) ja	643	49,65

Bund (gesamt)	
<b>Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)</b>	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen	631
Angabe	52,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter</b>	<b>N = 643</b>	
<b>keine Normalstation vorhanden</b>		
(1) ja	12	1,87

Bund (gesamt)	
<b>Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)</b>	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen	438
Angabe	59,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter</b>	<b>N = 643</b>	
<b>keine IMC/Aufwachstation vorhanden</b>		
(1) ja	205	31,88

Bund (gesamt)	
<b>Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)</b>	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen	539
Angabe	83,36

		<b>Bund (gesamt)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter</b>		<b>N = 643</b>	
<b>keine Intensivstation vorhanden</b>			
(1) ja		104	16,17

		<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? (%)</b>			
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2		563	
Angabe			43,75

		<b>Bund (gesamt)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter</b>		<b>N = 643</b>	
<b>Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst</b>			
(1) ja		80	12,44