

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

QS-Verfahren

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (Verfahren in Erprobung)

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (Verfahren in Erprobung). Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson	Leif Warming
Datum der Abgabe	15. August 2024
Datum aktualisierte Abgabe	11. Oktober 2024, 22. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	6
Vorbemerkung	8
Hygiene- und Infektionsmanagement	9
1 Hintergrund	10
2 Einordnung der Ergebnisse	12
2.1 Datengrundlage	12
2.2 Risikoadjustierung	17
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	17
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	26
3.1 Hintergrund	26
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	26
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	39
4 Evaluation	40
5 Fazit und Ausblick	42
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen	44
1 Hintergrund	45
2 Einordnung der Ergebnisse	49
2.1 Datengrundlage	49
2.2 Risikoadjustierung	53
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	55
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	66
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	73
4 Evaluation	74
5 Fazit und Ausblick	75
Literatur	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – WI-HI-A.....	11
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – WI-HI-S	11
Tabelle 3: Anteil Leistungserbringer auf Bundesebene mit mindestens einem unplausiblen Kennzahl-ergebnis (EJ 2023)	13
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024) – WI-HI-A.....	15
Tabelle 5: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (AJ 2024) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Versorgung) – WI-HI-A*.....	15
Tabelle 6: Datengrundlage (AJ 2024) – WI-HI-S	16
Tabelle 7: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (AJ 2024) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Versorgung)*	17
Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – WI-HI-A	18
Tabelle 9: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive korrigierter Ergebnisse und Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2024).....	20
Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – WI-HI-S	21
Tabelle 11: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive bereinigter Ergebnisse und Anzahl der Leistungserbringer mit 0 Punkten (AJ 2024)	23
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A (QI-ID 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung).....	26
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – WI-HI-A	31
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – WI-HI-A	32
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – WI-HI-A.....	32
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S	33
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – WI-HI-S	37
Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – WI-HI-S	38
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – WI-HI-S.....	38
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-A.....	46
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-S.....	47

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – WI-NI-D	48
Tabelle 23: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – WI-NI-A; WI-NI-S; Erfassungsmodul NWIF	49
Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – WI-NI-D, Erfassungsmodul NWIF	50
Tabelle 25: Anzahl der übermittelten Datensätze und Leistungserbringer für Tracer- Operationen (Erfassungsmodul NWITR; EJ 2022)	50
Tabelle 26: Über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelte Fälle mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIWI; AJ 2023)	51
Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-A.....	58
Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – WI-NI-A	59
Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-S.....	61
Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – WI-NI-S.....	63
Tabelle 31: QI-Bundesergebnisse nach ambulanten Operationen (EJ 2022): ohne und mit Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle	64
Tabelle 32: QI-Bundesergebnisse nach stationären Operationen (EJ 2022): ohne und mit Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle	65
Tabelle 33: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – WI-NI-D	67
Tabelle 34: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – WI-NI-D	67
Tabelle 35: Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen.....	68

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IMC	Intermediate Care
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NWIEA	Erfassungsmodul <i>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)</i>
NWIES	Erfassungsmodul <i>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)</i>
NWIF	Erfassungsmodul <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen)</i>
NWITR	Erfassungsmodul <i>Nosokomiale Wundinfektionen - Tracer</i>
NWIWI	Erfassungsmodul <i>Nosokomiale Wundinfektionen - Postoperative Wundinfektionen</i>
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QI	Qualitätsindikator

Abkürzung	Bedeutung
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</i>
WI-HI-S	Auswertungsmodul <i>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren</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 Verfahren QS WI der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) 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) beschlossen.

Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Zu den Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ und „Durchführung von Compliance-Beobachtungen“ (nur stationär) wurden von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht. Dies war möglich, da es nicht durch Plausibilitätsregeln verhindert wurde. Diese Angaben führen zu einem nicht sinnvoll zu interpretierenden, zu hohen Ergebnis der beiden Kennzahlen und in der Folge auch zu einem unplausibel hohen Ergebnis des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung“ (ID 1000) bzw. „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000). Weitere Informationen dazu können Abschnitt 2.1 des Teils des Berichts zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

Dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Januar 2021 (G-BA 2021) gemäß wurden die fallbezogene QS-Dokumentation und die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Erfassungsjahr (EJ) 2021 ausgesetzt. Der aktuelle Bericht enthält daher für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen keine Vorjahresergebnisse (EJ 2021) und keine Ergebnisse zum Stimmnahmeverfahren (STNV) aus dem Jahr 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). Das 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 aller teilnehmenden Leistungserbringer jeweils getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt, ebenso die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner DeQS-RL das Verfahren QS WI als sektorübergreifendes Verfahren festgelegt. Entsprechend wird in diesem Verfahren 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 und werden entsprechend miteinander verglichen.

Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL darin, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren, das Hygiene- und Infektionsmanagement zu verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen zu leisten.

Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen. Zu ambulanten und stationären Eingriffen gibt es zudem jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage- Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“. Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr (AJ) 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.

Qualitätsindikatoren

Die Ermittlung der Indikatorenergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES für Leistungserbringer, die aufgrund von stationären bzw. NWIEA für Leistungserbringer, die aufgrund von ambulanten Operationen dokumentationspflichtig waren). Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens

eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige Institutionskennzeichennummer [IKNR] bzw. Betriebsstättennummer [BSNR]) abgefragt.

Es gibt zum Hygiene- und Infektionsmanagement je einen Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (Auswertungsmodul WI-HI-A) und einen Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (Auswertungsmodul WI-HI-S). Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000 und 2000) sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen 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, deren Ergebnis zu den niedrigsten 5% aller Ergebnisse gehört. Die 10 Kennzahlen bilden unterschiedliche Qualitätsaspekte des Hygiene- und Infektionsmanagement ab. 5 Kennzahlen fokussieren auf das Vorhalten von Dokumenten (z. B. interne Leitlinien oder Patienteninformationen). Eine Kennzahl bezieht sich auf die Art der Haarentfernung vor der OP, eine weitere auf die Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien. 3 Kennzahlen beziehen sich auf die Durchführung von Informationsveranstaltungen und Compliance-Beobachtungen. Weitere Informationen dazu können Abschnitt 2.1 entnommen werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) - WI-HI-A

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Versorgung	QS-Dokumentation	2023

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2024) - WI-HI-S

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Versorgung	QS-Dokumentation	2023

Auffälligkeitskriterien

Derzeit gibt es keine Auffälligkeitskriterien für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements. Gemäß § 18 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL ist bei Leistungserbringern, die keine QS-Dokumentationsbögen übermitteln, obwohl eine Dokumentationspflicht vorlag, das Einleiten eines Stellungnahmeverfahrens vorgesehen. Durch diese Regelung werden Unterdokumentationen adressiert.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) des Erfassungsjahres 2023.

Übermittelte QS-Dokumentationsbögen, für die keine Informationen aus den Soll-Daten der Datenannahmestellen übermittelt wurden, werden für die Auswertung der QI- und Kennzahlergebnisse nicht berücksichtigt. Bei Leistungserbringern, die keinen QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant oder stationär) übermittelt haben, soll entsprechend § 12 Abs. 2 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) der DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden in den beiden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen die Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen angepasst. Anstelle der prozentualen Angabe zum Anteil des geschulten Personals ist nun anzugeben, wie viele Personen einer Personalgruppe jeweils insgesamt angehören und wie viele davon geschult wurden. Bezüglich der Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung ist seit dem Erfassungsjahr 2023 statt eines prozentualen Wertes die Anzahl der jeweiligen Stationen und die Anzahl der Stationen, auf denen Compliance-Beobachtungen gemäß den definierten Kriterien durchgeführt wurden, anzugeben.

Grund für die Änderung war, dass entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2024a) Datenfelder vermieden werden sollen, die eine Berechnung durch die Dokumentierenden erfordern, um eine möglichst hohe Datenvalidität zu erreichen.

Einige Leistungserbringer haben bei den Fragen zu Informationsveranstaltungen mehr teilnehmende Personen angegeben, als insgesamt in der jeweiligen Personalgruppe vorhanden waren. Entsprechend wurden auch bei den Compliance-Beobachtungen im stationären Bereich teilweise mehr durchführende Stationen angegeben, als jeweils insgesamt Stationen vorhanden waren.

Diese unplausible Dokumentation führt bei den betroffenen Leistungserbringern zu verzerrten Ergebnissen. Die Ergebnisse der betroffenen Kennzahlen gehen daher teilweise deutlich über die ohne Dokumentationsfehler maximal erreichbare Punktzahl von 100 hinaus. In der Folge sind auch die Kennzahl- und QI-Ergebnisse auf Landes- und Bundesebene verzerrt. In Tabelle 9 und Tabelle 11 sind die betroffenen QI- und Kennzahlergebnisse dargestellt. Es wird jeweils das verzerrte Ergebnis dargestellt und das Ergebnis ohne die unplausiblen Dokumentationen.

Für die Berechnung der Indikatoren- und Kennzahlergebnisse, die mit Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer übermittelt wurden, sind die unplausiblen Werte berücksichtigt worden, wodurch die Ergebnisse entsprechend verzerrt hoch sind.

Grund dafür ist, dass es zum Zeitpunkt, zu dem die Information über die Dokumentationsfehler beim IQTIG vorlag, nicht mehr möglich war, die Spezifikation und/oder die Rechenregeln anzupassen (inklusive hierfür notwendigem Beschluss durch den G-BA). Ein Ausschluss der falschen Ergebnisse hätte außerdem dazu geführt, dass die betroffenen Leistungserbringer keinen Bericht erhalten hätten. Daher bestand zum Berichten der Ergebnisse, so wie sie dokumentiert und berechnet wurden, keine richtlinienkonforme Alternative.

Die unplausiblen Angaben führen beim Qualitätsindikator ID 1000 (ambulante Versorgung) zu einer stärkeren Verzerrung als beim Qualitätsindikator ID 2000 (stationäre Versorgung). Hintergrund ist, dass die absoluten Zahlen, die für vorhandenes Personal zu Schulungsquoten dokumentiert werden, kleiner sind und somit schon Zählerangaben, die nur leicht über den Nennerangaben liegen, zu relativ höheren Abweichungen im QI-Ergebnis führen als bei ID 2000.

Eine weitergehende Analyse des IQTIG hat darüber hinaus ergeben, dass der Anteil der Leistungserbringer, die mindestens ein unplausibles Kennzahlresultat haben, beim Qualitätsindikator ID 1000 (ambulante Versorgung) niedriger ist, als beim Qualitätsindikator ID 2000 (stationäre Versorgung). Die jeweiligen Anteile können der Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Anteil Leistungserbringer auf Bundesebene mit mindestens einem unplausiblen Kennzahlresultat (EJ 2023)

ID	Leistungserbringer gesamt	Krankenhäuser	Praxen, bzw. Belegärzte
1000 (ambulante Versorgung)	7,0 % (204 / 2911)	6,5% (42 / 644)	7,2% (162 / 2256)
2000 (stationäre Versorgung)	18,8 % (226 / 1199)	20,4 % (201 / 983)	11,6 % (25 / 216)

Für die Bewertung der QI-Ergebnisse wurde eine um die unplausiblen Angaben bereinigte Datenbasis herangezogen (vgl. Tabelle im Kapitel 2.3). Die so berechneten QI-Ergebnisse schätzt das IQTIG als eingeschränkt vergleichbar ein.

Unplausible Dokumentationen dieser Art werden durch Anpassungen der Spezifikationen, die für das Erfassungsjahr 2024 erfolgen wird, ausgeschlossen.

Da das Führen von Stellungnahmeverfahren im Ermessen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zusammen mit den Fachkommissionen liegt, kann entsprechend auch bei unplausiblen Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden.

In Tabelle 9 und Tabelle 11 in Abschnitt 2.3 werden die aktuellen und korrigierten Kennzahlresultate für das Auswertungsjahr 2024 dargestellt.

Limitationen der Datengrundlage

Die genannten unplausiblen Dokumentationen einiger Leistungserbringer und die aktuellen Vollzähligkeitswerte (ambulante Versorgung: 74,4 %; stationäre Versorgung: 80,2 %) schränken die Datengrundlage und somit die Repräsentativität der Kennzahl- und QI-Ergebnisse ein.

Da bisher noch keine systematische Datenvalidierung der QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement durchgeführt wurde, kann das IQTIG außerdem nicht einschätzen, ob neben den beschriebenen unplausiblen Angaben weitere Einschränkungen bezüglich der Validität der Daten bestehen.

Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Versorgung)

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 2.911 Leistungserbringern QS-Datensätze übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze auf Bundesebene liegt unter der Anzahl der erwarteten Datensätze. Die Vollzähligkeit liegt bundesweit bei 74,39 % (2.911 / 3.913). Im Vergleich zum vorangegangenen Auswertungsjahr wurden 298 QS-Dokumentationsbögen mehr übermittelt. Die Vollzähligkeit liegt ca. 5 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert (74,39 % gegenüber 69,42 %). Dabei bestehen zwischen den Bundesländern Unterschiede bezogen auf die jeweils erreichte Vollzähligkeit. Für den QS-Dokumentationsbogen zum ambulanten Operieren (NWIEA) liegt die landesbezogene Vollzähligkeit bei niedergelassenen Leistungserbringern zwischen 31,4 % und 97,9 % und bei Krankenhäusern zwischen 84,1 % und 100 %. Die Vergleichbarkeit der Werte ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass es zum Auswertungsjahr 2023 zu Fehlern bei der Datenübermittlung zwischen Datenannahmestellen und IQTIG gekommen ist, die sowohl Dokumentationsbögen als auch Soll-Werte betrafen. Für das Auswertungsjahr 2024 wurden keine größeren Fehler bei den Datenlieferungen gemeldet. Ausnahme ist ein Hinweis einer LAG darauf, dass in einigen Fällen Soll-Werte übermittelt wurden, obwohl die betreffende Einrichtung ihre Tätigkeit eingestellt hatte.

Tabelle 4 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2023. Informationen darüber, welche Leistungserbringer ihre Tätigkeit im Erfassungsjahr 2023 beendet haben, sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2024) - WI-HI-A

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt	2.256	3.193	70,65
	Basisdatensatz	2.256		
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt	655	720	90,97
	Basisdatensatz	655		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	2.911	3.913	74,39
	Basisdatensatz	2.911		

Tabelle 5: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (AJ 2024) – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Versorgung) - WI-HI-A*

Erfassungsjahr 2023	Anzahl	Grundgesamtheit*	Anteil in %
Bund (Praxen/MVZ)	138	3.331	4,14
Bund (Krankenhäuser)	15	735	2,04
Bund (gesamt)	153	4.066	3,76

* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze (Tabelle 4, Spalte „erwartet“) addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (Tabelle 5, Spalte „Anzahl“).

Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Versorgung)

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.199 stationär operierenden Leistungserbringern einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen übermittelt. Zum Erfassungsjahr 2022 kam es bei der Datenübermittlung von QS-Dokumentationsbögen und Soll-Werte von Datenannahmestellen an das IQTIG zu Fehlern (siehe Abschnitt Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulante Versorgung)). Für das Auswertungsjahr 2024 wurden keine größeren Fehler bei Datenlieferungen gemeldet. Ausnahme ist ein Hinweis einer LAG darauf, dass in einigen Fällen Soll-Werte übermittelt wurden, obwohl die betroffene Einrichtung ihre Tätigkeit eingestellt hatte. Die Vollzähligkeit liegt bundesweit bei 80,15 % (1.199/1.496). Dabei liegen die Vollzähligkeitswerte der Dokumentation von belegärztlichen Leistungserbringern mit 49,7 % deutlich niedriger als die der Krankenhäuser (92,7 %). Außerdem bestehen zwischen den Bundesländern Unterschiede bezogen auf die jeweils erreichte Vollzähligkeit. Für den QS-Dokumentationsbogen zum stationären Operieren (NWIES) liegt die landesbezogene Vollzähligkeit bei niedergelassenen Leistungserbringern (belegärztliche Leistungserbringer) zwischen 0 % und 100 % und bei Krankenhäusern zwischen 83,0 % und 100 %.

Aufgrund von Rückmeldungen von Leistungserbringern, LAG und dem Expertengremium auf Bundesebene geht das IQTIG davon aus, dass die niedrige Dokumentationsquote von belegärztlichen Leistungserbringern mit Missverständnissen bezüglich der Dokumentationspflicht und mit

Akzeptanzproblemen zusammenhängt. Aktuell werden Fragen zu sehr ähnlichen Sachverhalten, häufig bezogen auf dieselben Einrichtungen (Kliniken), mehrfach unterschiedlichen Akteuren (Belegärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern) gestellt. Außerdem müssen niedergelassene Leistungserbringer, die ambulant und belegärztlich Tracer-Operationen durchführen, teilweise zwei sehr ähnliche Dokumentationsbögen ausfüllen, was Potenzial für Missverständnisse birgt. Der Zusatznutzen ist hierbei begrenzt, da sämtliche Kliniken, an denen belegärztliche Leistungserbringer Tracer-Operationen durchführen, verpflichtet sind, QS-Dokumentationsbögen zum Hygiene- und Infektionsmanagement zu übermitteln.

Die Mitglieder des Expertengremiums QS WI unterstützen den durch das IQTIG im Frühjahr 2024 vorgestellten Vorschlag zur Entbindung der belegärztlichen Leistungserbringer von der Dokumentationspflicht. Das IQTIG hat daher mit der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2025 empfohlen, dass Belegärzte ab dem Erfassungsjahr 2025 von der Dokumentationspflicht entbunden werden.

Tabelle 6 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2023. Informationen darüber, welche Leistungserbringer ihre Tätigkeit im Erfassungsjahr 2023 beendet haben, sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 6: Datengrundlage (AJ 2024) - WI-HI-S

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Belegärzte)	Datensätze gesamt	216	435	49,66
	Basisdatensatz	216		
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt	983	1.061	92,65
	Basisdatensatz	983		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.199	1.496	80,15
	Basisdatensatz	1.199		

Tabelle 7: Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (AJ 2024) – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäre Versorgung)*

Erfassungsjahr 2023	Anzahl	Grundgesamtheit*	Anteil in %
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	16	451	3,55
Bund (Krankenhäuser)	27	1.088	2,48
Bund (gesamt)	43	1.539	2,79

* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze (Tabelle 6, Spalte „erwartet“) addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben (Tabelle 7, Spalte „Anzahl“).

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 der Qualitätsindikatoren

Die Bundeswerte der beiden Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement fallen nach Ausschluss der unplausiblen Dokumentationen (siehe Abschnitt 2.1) etwas höher aus als zum Erfassungsjahr 2022.

Die Bundeswerte einzelner Kennzahlen, die Anzahl der Leistungserbringer mit 0 Punkten in den Kennzahlen im Erfassungsjahr 2023 (siehe Tabelle 9 und Tabelle 11) und das Bundesergebnis des gesamten Index weisen darauf hin, dass weiterhin ein deutliches Potenzial zur Qualitätsverbesserung im Bereich des ambulanten sowie des stationären Hygiene- und Infektionsmanagements unter den Leistungserbringern besteht, die an der Dokumentation teilgenommen haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kennzahlen der Indexindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf die stationäre und ambulante Versorgung getrennt dargestellt (siehe Tabelle 9 und Tabelle 11) und bewertet.

Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

Das QI-Ergebnis und die Kennzahlergebnisse (unter Ausschluss offensichtlich unplausibler Angaben, wie in Tabelle 9 dargestellt und in Abschnitt 2.1 beschrieben) haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert. Da im Schnitt je Kennzahl 18 % der ambulant operierenden Leistungserbringer keine Punkte erzielt haben, sehen die Mitglieder des Expertengremiums jedoch weiterhin ein deutliches Qualitätsdefizit.

Im Folgenden werden die Kennzahlergebnisse zur Berechnung des Indexindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung (ID 1000) beschrieben (siehe Tabelle 9).

Tabelle 8: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) - WI-HI-A

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	74,23 / 100 Punkte O = 74,23 N = 2.613	90,25* / 100 Punkte O = 90,25 N = 2.911 (≥ 44,91 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

*Offizielles Ergebnis gemäß der Bundesauswertung ohne Ausschluss offensichtlich unplausibler Werte. Das Ergebnis unter Ausschluss unplausibler Dokumentationen liegt bei 76,5 / 100 Punkten (siehe Tabelle 10)

Kennzahlen zum Vorhalten und zu den Inhalten von Dokumenten

Die folgenden 5 Kennzahlen beziehen sich auf das Vorhalten und die Inhalte von Dokumenten zum Hygiene- und Infektionsmanagement von Leistungserbringern:

- Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe
- Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie
- Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
- Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
- Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

Bei diesen Kennzahlen liegen die Bundesergebnisse im Erfassungsjahr 2023 zwischen 70,8 / 100 Punkten und 92,9 / 100 Punkten. Dabei haben zwischen 206 und 736 Leistungserbringer in diesen Kennzahlen *keine* Punkte erzielt.

Bei der Kennzahl mit den meisten Leistungserbringern ohne Punktzahl – „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie“ – haben 25,3 % der Leistungserbringer (736 / 2.911) angegeben, dass im Erfassungsjahr 2023 keine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung / interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30. Juni 2023 eingeführt wurde, existiert.

Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

Der Bundeswert dieser Kennzahl liegt bei 77,9 / 100. 27,5 % (637 / 2.316) der Leistungserbringer haben angegeben, dass sie für die präoperative Haarentfernung einen Klingenrasierer benutzt haben, und daher 0 Punkte für die Kennzahl erhalten.

Zum Vorjahresergebnis (AJ 2023: 77,3), das 0,6 Punkte unter dem aktuellen Ergebnis liegt, hatten die Mitglieder des Expertengremiums damals zurückgemeldet, dass dies ein gravierendes Qualitätsdefizit darstelle. Dies gelte 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 im Jahr 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

In der Kennzahl zur Sterilgutaufbereitung erzielen im Vergleich mit den anderen Kennzahlen des Indikators die wenigsten Leistungserbringer keine Punkte (23 / 2911). Nach Aussage der Mitglieder des Expertengremiums QS WI ist das Ergebnis dieser Kennzahl allerdings besonders relevant. Sie stellen infrage, ob Leistungserbringer, die für diese Kennzahl bei valider Dokumentation keine Punkte erreichen, weiterhin operativ tätig sein sollten.

Kennzahlen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen

Für die beiden Kennzahlen werden Informationen zur Teilnahme und Durchführung von Informationsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst. 19,6 % der Leistungserbringer (603/ 2.911) haben angegeben, dass sie keine Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie durchgeführt bzw. die Informationen dazu nicht in der für den QS-Dokumentationsbogen erforderlichen Form vorgelegen haben. Auf 34,6 % (1.006 / 2.911) Leistungserbringer trifft dies bezogen auf Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention zu.

Für diese beiden Kennzahlen wurden von einigen Leistungserbringern unplausible Daten dokumentiert (siehe Abschnitt 2.1).

Kennzahl: Durchführung von Compliance-Beobachtungen

Leistungserbringer, die angeben, dass sie Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt haben, erhalten für diese Kennzahl 100 Punkte. Leistungserbringer, die angeben, dass sie keine entsprechenden Compliance-Beobachtungen durchgeführt haben, erhalten 0 Punkte. Der Bundeswert zum Erfassungsjahr 2023 liegt leicht über dem Vorjahreswert (EJ 2023: 73,2 / 100; EJ 2022: 69,6 / 100). 780 von 2.911 Leistungserbringern, also ca. ein Viertel, haben angegeben, dass sie im Jahr 2023 keine Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt haben.

Tabelle 9: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive korrigierter Ergebnisse und Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2024)

Bezeichnung	Ergebnis EJ 2023	Ergebnis EJ 2023 (mit bereinigten Ergebnissen)	Ergebnis EJ 2022	Differenz (zur Spalte mit bereinigten Ergebnissen)	Leistungserbringer mit 0 Punkten im EJ 2023
QI Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	90,3	76,5*	74,2	2,2	0 / 2.911 (0,0 %)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,5	84,5	82,8	1,7	206 / 2.203 (9,4 %)
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	70,8	70,8	69,8	1,0	736 / 2.911 (25,3 %)
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	92,8	92,8	92,9	0,1	191 / 2.911 (6,6 %)
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	85,3	85,3	83,8	1,5	310 / 2.911 (10,7 %)
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	81,5	81,5	79,5	2,0	540 / 2.911 (18,6 %)
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	77,9	77,9	77,3	0,4	637 / 2.316 (27,5 %)
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	90,5	90,5	89,7	0,8	23 / 2.911 (0,8 %)
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	148,0	61,3*	48,9	12,4	603 / 2.911 (19,6 %)
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	98,0	49,4*	43,5	5,9	1.006 / 2.911 (34,6 %)
Durchführung von Compliance-Beobachtungen	73,2	73,2	69,6	3,6	780 / 2.911 (26,8 %)

* Korrigierter Wert nach Bereinigung um offensichtlich unplausible Angaben

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

Das QI-Ergebnis und die Kennzahlresultate (unter Ausschluss unplausibler Angaben, siehe Abschnitt 2.1) haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert. Da in der stationären Versorgung teilweise deutlich mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden als in der ambulanten, kann jedoch auch eine geringe Anzahl von Leistungserbringern ohne Punkte Einfluss auf eine hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten haben. Daher sehen die Mitglieder des Expertengremiums weiterhin deutliche Qualitätsdefizite und somit ein großes Verbesserungspotenzial.

Im Folgenden werden die Kennzahlresultate zur Berechnung des Indexindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung (ID 2000) themenbezogen beschrieben (siehe Tabelle 11).

Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – WI-HI-S

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	75,36 / 100 Punkte O = 75,36 N = 1.171	86,21* / 100 Punkte O = 86,21 N = 1.199 (≥ 60,48 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

*Offizielles Ergebnis gemäß der Bundesauswertung ohne Ausschluss offensichtlich unplausibler Werte. Das Ergebnis unter Ausschluss unplausibler Dokumentationen liegt bei 77,3 / 100 Punkten (siehe Tabelle 11)

Kennzahlen zum Vorhalten und zu den Inhalten von Dokumenten

Die folgenden 5 Kennzahlen beziehen sich auf das Vorhalten und die Inhalte von Dokumenten zum Hygiene- und Infektionsmanagement von Leistungserbringern:

- Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe
- Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie
- Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
- Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
- Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

Für diese Kennzahlen liegen die Bundeswerte im Erfassungsjahr 2023 zwischen 84,4 / 100 und 97,4 / 100. Zwischen 14 bis 68 Leistungserbringer haben in diesen Kennzahlen keine Punkte erzielt.

Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

Der Bundeswert dieser Kennzahl liegt bei 92,3 / 100. 7,7 % (90 / 1.176) der Leistungserbringer haben angegeben, dass sie für die präoperative Haarentfernung einen Klingenasierer benutzt haben, und daher 0 Punkte für die Kennzahl erhalten.

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

Das Bundesergebnis dieser Kennzahl fällt mit 97,5 / 100 im Vergleich zu den übrigen Kennzahlsergebnissen relativ hoch aus. Nur ein Leistungserbringer von 1.189 erzielt in dieser Kennzahl keine Punkte. Wenn im nächsten Jahr die Vollzähligkeit weiter ansteigt und das Ergebnis dabei stabil bleibt, kann eine Streichung dieser Kennzahl erwogen werden.

Kennzahlen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen

Für die beiden Kennzahlen werden Informationen zur Teilnahme und Durchführung von Informationsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst. 44,9 % der Leistungserbringer (538 / 1.199) haben angegeben, dass das Personal keine Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie besucht bzw. die Informationen dazu nicht in der für den QS-Dokumentationsbogen erforderlichen Form vorgelegen haben. Auf 269 von 1.199 Leistungserbringern trifft dies bezogen auf Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention zu.

Für diese beiden Kennzahlen wurden von einigen Leistungserbringern unplausible Daten dokumentiert (siehe Abschnitt 2.1). Diese unplausiblen Angaben wirken sich nicht auf den Anteil an Leistungserbringern mit 0 Punkten für diese Kennzahlen aus.

Kennzahl: Durchführung von Compliance-Beobachtungen

Für diese Kennzahl wird abgefragt, wie hoch der jeweilige Anteil an Normalstationen, Intermediate Care (IMC) /Aufwachstationen und Intensivstationen je Krankenhaus ist, auf denen Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich unter Ausschluss der unplausiblen Angaben (siehe Abschnitt 2.1) ein um 12 Punkte höheres Bundesergebnis. Dies ist die mit Abstand stärkste Zunahme aller Kennzahlen von ID 2000. Zugleich haben 41,2 % der Leistungserbringer (494 / 1.199) angegeben, dass sie keine Compliance-Beobachtungen durchgeführt bzw. die Informationen dazu nicht in der für den QS-Dokumentationsbogen erforderlichen Form vorgelegen haben.

Tabelle 11: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive bereinigter Ergebnisse und Anzahl der Leistungserbringer mit 0 Punkten (AJ 2024)

Bezeichnung	Ergebnis EJ 2023	Ergebnis EJ 2023 (mit bereinigten Ergebnissen)	Ergebnis EJ 2022	Differenz (zur Spalte mitbereinigten Ergebnissen)	Leistungserbringer mit 0 Punkten im EJ 2023
QI Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	86,2	77,3*	74,8	2,5	0 / 1.199 (0,0 %)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	84,4	84,4	83,4	1,0	36 / 1.199 (3,0 %)
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,1	86,1	84,2	1,9	68 / 1.199 (5,7 %)
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,4	97,4	96,5	0,9	26 / 1.199 (2,2 %)
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	91,6	91,6	89,6	2,0	14 / 1.199 (1,2 %)
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,4	98,4	97,1	1,3	19 / 1.199 (1,6 %)
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	92,3	92,3	91,7	0,6	90 / 1.176 (7,7 %)
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,5	97,5	96,8	0,7	1 / 1.198 (0,1 %)
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und therapie	56,8	31,4*	29,9	1,5	538 / 1.199 (44,9 %)
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	68,4	53,3*	50,1	3,2	269 / 1.199 (22,4 %)
Durchführung von Compliance- Beobachtungen	89,2	40,5*	28,5	12,0	494 / 1.199 (41,2 %)

* Korrigierter Wert nach Bereinigung um offensichtlich unplausible Angaben

Methodische Limitationen

Wie auch im Bericht zur Weiterentwicklung dargestellt, ist die Methodik der Berechnung der Indexindikatoren anpassungsbedürftig (IQTIG 2023b: 82). Die Gleichgewichtung der zehn unterschiedlichen Kennzahlen ist nicht angemessen.

Weiterentwicklungsbedarfe

Die Empfehlungen zur anderen Gewichtung bzw. zur Ausgliederung einzelner Kennzahlen als separate Qualitätsindikatoren sollten, wie im Bericht zur Weiterentwicklung skizziert (IQTIG 2023b: 82), konkretisiert und umgesetzt werden. Dies wird voraussichtlich mit den prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026 möglich (Abgabe im Juni 2025).

Eine weitere Herausforderung besteht in dem Fall, dass mehrere niedergelassene Leistungserbringer, die zur Dokumentation verpflichtet sind, an einem AOP-Zentrum oder an einem Krankenhaus operieren. In diesem Fall müssen die betroffenen Leistungserbringer jeweils gleiche Informationen, die sie vom AOP-Zentrum oder vom Krankenhaus erhalten, dokumentieren. Die Koordination muss an jedem AOP-Zentrum bzw. Krankenhaus erfolgen, da keine technische Unterstützung für eine koordinierte Datenerfassung besteht. Die Herausforderung liegt darin, dass AOP-Zentren und Krankenhäuser, die ihre Operationssäle vermieten, nicht selbst die Operationen abrechnen, die an ihren Einrichtungen durchgeführt werden, und somit nicht direkt per QS-Dokumentation adressiert werden können.

Das IQTIG empfiehlt, Beratungen zur Möglichkeit der Vereinfachung der Dokumentation durch QR-Kodes noch einmal aufzunehmen oder Möglichkeiten zu prüfen, AOP-Zentren und Krankenhäuser unabhängig von der Abrechnung für die QS-Dokumentation identifizierbar zu machen.

QR-Kodes könnten zum Einsatz kommen, um Dokumentationsbögen mit den Daten anderer Leistungserbringer, die am selben Krankenhaus oder AOP-Zentrum operieren, vorzubelegen, wodurch sich der Dokumentationsaufwand reduziert. Die Möglichkeit der Aufwandsreduktion ist potenziell dadurch gegeben, dass Leistungserbringer, die am selben Krankenhaus oder AOP-Zentrum operieren, häufig dieselben Angaben im QS-Dokumentationsbogen machen müssen. Die genaue Art und Weise des Einsatzes müsste geprüft werden.

Krankenhäuser müssen aktuell zwei sehr ähnliche QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermitteln, wenn sie ambulante und stationäre Tracer-Operationen abrechnen. Da der Großteil des Dokumentationsaufwands beim Zusammentragen der Informationen anfällt und nicht beim Ausfüllen des Dokumentationsbogens, sieht das IQTIG hier keinen dringenden Handlungsbedarf.

Am 1. Juni 2024 wurden in einem Sonderbericht folgende vier Szenarien für das weitere Vorgehen bei diesem Teil des Verfahrens zum Hygiene- und Infektionsmanagement analysiert:

- Umwandlung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in eine Strukturabfrage
- Technische Anpassung des Fragebogens für eine anwenderorientiertere Dokumentation
- Fortführung des bestehenden Fragebogens

- Integration des bestehenden Fragebogens in das STNV zum Teil des Verfahrens zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (QS WI-NI)

Als Ergebnis der Analyse empfiehlt das IQTIG, dass das Verfahren mit den gut etablierten und erprobten Dokumentationsbögen weitergeführt wird. Gleichzeitig könnte eine technische Zusammenlegung aktueller und zukünftiger einrichtungsbezogener QS-Dokumentationen unterschiedlicher Verfahren geprüft werden. Grund für die Empfehlung, die bisherigen Dokumentationsbögen weiterzuführen, ist, dass das IQTIG die vorhandenen Optimierungspotenziale als nur eingeschränkt bedeutend für den Gesamtdokumentationsaufwand einschätzt. Werden belegärztliche Leistungserbringer, wie vom IQTIG empfohlen, von der Dokumentationspflicht entbunden, sinkt die Relevanz dieses Punktes in der Gesamtbetrachtung noch weiter.

Ähnlich wie in den Bögen zu den Erfassungsmodulen NWIES und NWIEA zeichnet sich ab, dass in den Bögen zur Sepsis und zum Entlassmanagement teilweise ähnliche Inhalte abgefragt werden. Eine Zusammenführung könnte die Dokumentation auf Leistungserbringerseite effizienter machen, und inkonsistente Angaben wären von vornherein ausgeschlossen. Dies setzt voraus, dass die unterschiedlichen Bögen bereits im Rahmen der Verfahrensentwicklung inhaltlich aufeinander abgestimmt werden. Erweist sich dieser Weg als gangbar, könnte auch die Notwendigkeit für Krankenhäuser, die ambulante und stationäre Tracer-Operationen abrechnen, zwei sehr ähnliche Bögen zum Hygiene und Infektionsmanagement auszufüllen, entfallen.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Derzeit gibt es keine Auffälligkeitskriterien für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements. Gemäß § 18 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL ist bei Leistungserbringern, die keine QS-Dokumentationsbögen übermitteln, obwohl eine Dokumentationspflicht vorlag, das Einleiten eines Stellungnahmeverfahrens vorgesehen. Durch diese Regelung werden Unterdokumentationen adressiert.

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 2023 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die LAG für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Ambulante Versorgung

Sämtliche LAG haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) fristgerecht übermittelt. Die Auswertungen zu den 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 QSEB-Anhang zu finden.

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A (QI-ID 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Versorgung)

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.941	-	3.079	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.941	100	3.079	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	146	4,96	127	4,12
davon ohne QSEB-Übermittlung	4	2,74	-272*	n. a.
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	142	100	456	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	142	100	399	87,50
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	0	0	57	12,50
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	35,21	225	49,34
Stellungnahmeverfahren eingeleitet** (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	92	64,79	231	50,66
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	92	100	231	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	3,26	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	9	9,78	8	3,46
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	12,68	27	5,92
Bewertung als qualitativ auffällig	37	26,06	62	13,60
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	9	6,34	20	4,39
Sonstiges	19	13,38	114	25
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1**	2	n. a.	25	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Negativer Wert aufgrund unplausibler Angaben einiger LAG (Erläuterung: siehe Abschnitt unter der Tabelle)

** Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Im Auswertungsjahr 2023 waren 127 QI-Ergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen“ (ID 1000)¹ rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch 399 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse zurückgemeldet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig“ ausgewählt

¹ Die QIs „Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen“ (ID 1000) und „Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) sind seit dem AJ 2024 umbenannt in „Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Versorgung“ (ID 1000) bzw. „Hygiene- und Infektionsmanagement -stationäre Versorgung“ (ID 2000).

haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit theoretisch kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegen kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung“) oder 8 („andere Auffälligkeit“) korrekt gewesen (Tabelle 12).

Die unplausiblen Angaben einiger LAG haben Einfluss auf die Angabe der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ohne QSEB-Übermittlung zum Auswertungsjahr 2024 (-272; -214,17 %), da dieser Wert aus der Angabe zu „Rechnerisch auffällige Ergebnisse“ (IQTIG-Ergebnis) und „Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) - rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)“ ermittelt wird. Da die letztgenannte Angabe aufgrund der unplausiblen Angaben einiger LAG deutlich höher ist als die Angabe zu „Rechnerisch auffällige Ergebnisse“, entsteht ein negativer Wert.

Diese unplausiblen Angaben haben ebenfalls Einfluss auf die Angaben in der Tabelle *WI-HI-A, A_10_QI* im QSEB-Anhang.

Die QI-Ergebnisse von 2,01 % (62 / 3.079) aller Leistungserbringer, die einen Bogen abgegeben haben, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 26,8 % (62 / 231) aller Leistungserbringerergebnisse, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde. Die Tatsache, dass ein Viertel aller Stellungnahmeverfahren mit einer Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, ist ein im Gesamtvergleich mit allen anderen Indikatoren über sämtliche Verfahren hinweg leicht überdurchschnittlicher Wert und lässt auf eine hohe Akzeptanz der Inhalte des QS-Dokumentationsbogens aufseiten der Fachkommissionen schließen.

Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren im Detail

Zu den laut den LAG 456 auffälligen Ergebnissen wurden 231 Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Aus den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass auf das Einleiten von Stellungnahmeverfahren z. B. verzichtet wurde, wenn es sich nicht um ein Dokumentationsproblem der teilnehmenden Praxen handelte, sondern ausschließlich um einen technischen Fehler bei der für die Weiterleitung der Einrichtungsbefragung zuständigen Datenannahmestelle (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_2_QI_b* im QSEB-Anhang). Diese Leistungserbringerergebnisse gehören zu der Gruppe an Leistungserbringerergebnissen, zu denen unplausible Angaben bezüglich der Auffälligkeit übermittelt wurden (siehe Erläuterung unter Tabelle 12).

Darüber hinaus wurde mit Leistungserbringern, die ihre Tätigkeit vor Beginn der Stellungnahmeverfahren beendet haben, ebenfalls kein Stellungnahmeverfahren geführt (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_2_QI_b* im QSEB-Anhang).

Von 231 QI-Ergebnissen, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, wurden 62 (13,6 %) als qualitativ auffällig bewertet. In 26 Fällen lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel vor. Den Freitexten konnte entnommen werden, dass immer wieder Leitlinien, Arbeitsanweisungen und Standards gefehlt hätten. Außerdem wurden mehrfach Schwierigkeiten bei der Dokumentation der Teilnahme an Schulungen und Informationsveranstaltungen und beim Durchführen von Compliance-Beobachtungen genannt. Vereinzelt lagen diese bei der präoperativen

Haarentfernung und der Sterilgutaufbereitung vor. Bei 6 Leistungserbringern ergaben sich aufgrund der vorliegenden Stellungnahmeverfahren Hinweise auf die Notwendigkeit von Struktur- und Prozessverbesserungen (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_4_QI_b* im QSEB-Anhang).

In 27 Fällen wurden keine bzw. keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. Zu 16 Fällen wurden im Freitext weitere Informationen übermittelt, wobei diese zu 3 Fällen detailliert genug sind, um ihnen Informationen zu Hintergründen für die Bewertung entnehmen zu können: In 2 der 3 Fälle wurden die DeQS-RL-Anonymisierungsvorgaben nicht beachtet. Im 3. Fall hatte der Leistungserbringer angegeben, dass die Dokumentation durch einen ausgeschiedenen Mitarbeiter erfolgt sei und keine Aussage mehr gemacht werden könne, inwieweit die Angaben fehlerhaft seien. Der Leistungserbringer teilte mit, dass er nach allen Standards der Qualitätssicherung arbeite und regelmäßig Fortbildungen durchführe (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_4_QI_b* im QSEB-Anhang).

Zu 9 Fällen lagen sonstige Gründe vor. Zu 5 dieser Fälle hat eine LAG in den Freitexten vermerkt, dass die Leistungserbringer auf die gesetzliche Verpflichtung gemäß DeQS-RL hingewiesen wurden. Zweimal haben die Leistungserbringer nicht am Stellungnahmeverfahren teilgenommen. 2 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, da laut der Fachkommission gesetzliche Hygienevorgaben nicht eingehalten wurden. Die LAG ergänzt, dass im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens administrative Probleme mit dem Verfahren aufgearbeitet wurden und versucht wurde, inhaltliche Verständnisschwierigkeiten zu klären (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_4_QI_b* im QSEB-Anhang).

27 QI-Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 7 Leistungserbringerergebnissen liegen weitere Freitextinformationen vor, die sehr heterogen sind (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_6_QI_b* im QSEB-Anhang). In einem Fall begründete die LAG diese Bewertung damit, dass ein Personalwechsel vorlag und in der Folge Mitarbeiterfortbildungen durchgeführt werden sollten. Ein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da sich ausschließlich ein Operateur in der Praxis befunden habe und zusätzlich einzelne Dokumentationsfehler bestünden, die im Stellungnahmeverfahren korrigiert dargelegt wurden.

Das Ergebnis eines anderen Leistungserbringers wurde als qualitativ unauffällig bewertet, zugleich wurde der Leistungserbringer gebeten, eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe zu erstellen, um postoperative Wundkomplikationen nach operativen Eingriffen zu vermeiden. Außerdem wurde er auf eine Fehldokumentation bezüglich der Haarentfernung hingewiesen.

20-mal wurde durch die LAG angegeben, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sei. Die Bewertung „fehlerhafte Dokumentation“ erfolgte bei einem Leistungserbringerergebnis z. B., weil laut LAG der Stellungnahme zu entnehmen war, dass die geforderten Leitlinien, Arbeitsanweisungen und Standards vorliegen, die jährlichen Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention stattfinden und die Haarentfernung per

Clipper erfolgen würde. Der Leistungserbringer habe bereits Maßnahmen eingeleitet, um die Qualität der Informationsveranstaltung zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie der Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/-Infektion zu verbessern. Der Leistungserbringer wurde von der LAG aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten, um Anfragen zum Stellungnahmeverfahren zu vermeiden und die Zahl zuverlässiger Ergebnisse zu erhöhen, da die rechnerischen Auffälligkeiten durch fehlerhafte Dokumentation entstanden seien. Als Unterstützung stehen laut der LAG die Ausfüllhinweise des IQTIG zur Verfügung (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_8_QI_b* im QSEB-Anhang).

114-mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. Als mit Abstand häufigster Grund wurde die fehlende Übermittlung von QS-Dokumentationsbögen genannt. 54 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem QI-Ergebnis wurden z. B. gebeten, diesen Sachverhalt intern zu überprüfen und ggf. Maßnahmen zu ergreifen, um zukünftig eine rechnerische Auffälligkeit zu vermeiden. In 19 Fällen wurden die Leistungserbringer von den LAG auf die gesetzliche Verpflichtung gemäß DeQS-RL hingewiesen. 11-mal wurde entsprechend bewertet, da Leistungserbringer ihre Tätigkeit unterjährig beendet hatten (siehe Tabelle *WI-HI-A, A_8_QI_b* im QSEB-Anhang).

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – 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	456 / 3.079 (14,81 %)	225	8 / 456 (1,75 %)	8 / 3.079 (0,26 %)	27 / 456 (5,92 %)	27 / 3.079 (0,88 %)	62 / 456 (13,60 %)	62 / 3.079 (2,01 %)	20 / 456 (4,39 %)	20 / 3.079 (0,65 %)	114 / 456 (25,00 %)	114 / 3.079 (3,70 %)
		nur für KH-Sektor	19 / 688 (2,76 %)	1	4 / 19 (21,05 %)	4 / 688 (0,58 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 688 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 688 (0,00 %)	3 / 19 (15,79 %)	3 / 688 (0,44 %)	11 / 19 (57,89 %)	11 / 688 (1,60 %)
		nur für VÄ-Sektor	437 / 2.391 (18,28 %)	224	4 / 437 (0,92 %)	4 / 2.391 (0,17 %)	27 / 437 (6,18 %)	27 / 2.391 (1,13 %)	62 / 437 (14,19 %)	62 / 2.391 (2,59 %)	17 / 437 (3,89 %)	17 / 2.391 (0,71 %)	103 / 437 (23,57 %)	103 / 2.391 (4,31 %)

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – WI-HI-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 im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	gesamt	456	25	0	62	1	0
		nur für KH-Sektor	19	0	0	0	0	0
		nur für VÄ-Sektor	437	25	0	62	1	0

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – WI-HI-A

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
456	0	0	62	0	0

Stationäre Versorgung

Alle LAG haben die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000)¹ fristgerecht übermittelt.

Die Auswertungen zu den QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene. Die Auswertungen werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 16 und in den Tabellen im QSEB-Anhang zu finden.

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.213	-	1.295	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.213	100	1.295	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	60	4,95	64	4,94
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	-18*	n. a.
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	60	100	116	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	60	100	82	70,69
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	0	0	34	29,31
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	21,67	27	23,28
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	47	78,33	89	76,72
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	47	100	89	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	4,26	6	6,74
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	22	36,67	26	22,41
Bewertung als qualitativ auffällig	14	23,33	30	25,86

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	5	8,33	8	6,90
Sonstiges	4	6,67	19	16,38
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1**	0	n. a.	6	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Negativer Wert aufgrund unplausibler Angaben einiger LAG (Erläuterung: siehe Abschnitt unter der Tabelle)

** Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Im Auswertungsjahr 2023 hatten 64 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator „Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen“ (ID 2000). Von den LAG wurde im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch für 82 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges QI-Ergebnis zurückgemeldet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig“ auch für solche Leistungserbringer ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden (Tabelle 16) und somit theoretisch kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegen kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung“) oder 8 („andere Auffälligkeit“) korrekt gewesen. In diesen Fällen hätte aus Sicht des IQTIG von den LAG der Schlüsselwert 7 „nicht fristgerechte Übermittlung“ ausgewählt werden sollen.

Die unplausiblen Angaben einiger LAG haben Einfluss auf die Angabe rechnerisch auffälliger Ergebnisse ohne QSEB-Übermittlung zum Auswertungsjahr 2024 (Anzahl: -18; -28,12 %), da dieser Wert aus der Angabe zu „Rechnerisch auffällige Ergebnisse“ (IQTIG-Ergebnis) und „Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) - rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)“ ermittelt wird. Da die letztgenannte Angabe aufgrund der unplausiblen Angaben einiger LAG deutlich höher ist, als die Angabe zu „Rechnerisch auffällige Ergebnisse“, entsteht ein negativer Wert und ein negativer Anteil.

Diese unplausiblen Angaben haben ebenfalls Einfluss auf die Angaben zur Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice) in Tabelle 16 und auch auf die Angaben in der Tabelle WI-HI-S, A_10_QI im QSEB-Anhang.

Die QI-Ergebnisse von 2,32 % (30 / 1.295) aller Leistungserbringer, die einen Bogen abgegeben haben, wurden als qualitativ auffällig bewertet, das sind 33,71 % (30 / 89) aller Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde. Insbesondere dass ein Drittel aller Stellungnahmeverfahren mit einer Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, lässt auf

eine hohe Akzeptanz der Inhalte des QS-Dokumentationsbogens schließen und ist im Gesamtvergleich mit allen anderen Indikatoren über sämtliche Verfahren hinweg ein überdurchschnittlicher Wert. Das durch die rechnerischen Ergebnisse angezeigte Verbesserungspotenzial konnte also im Stellungnahmeverfahren bestätigt werden.

Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren im Detail

Zu den laut den LAG 116 auffälligen Ergebnissen wurden 89 Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 27-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Aus den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass bei 25 QI-Ergebnissen die Depseudonymisierung oder Zuordnung der Leistungserbringer nicht möglich war. Bei 2 Leistungserbringern war das Mapping des Kurzpseudonyms nicht möglich. Bei einem dieser beiden Leistungserbringer hat die LAG nach weiterer Recherche festgestellt, dass er seine Tätigkeit eingestellt hatte (siehe Tabelle *WI-HI-S; A_2_QI_b* im QSEB-Anhang).

In 30 Fällen wurden Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. QI-Ergebnisse wurden häufig als qualitativ auffällig bewertet, weil interne Leitlinien und Standards nicht in das Qualitätsmanagement eingepflegt waren. Zudem lagen oft auch Defizite bei der Dokumentation der perioperativen Antibiotikaphylaxe und der Compliance-Überprüfung vor (siehe Tabelle *WI-HI-S; A_4_QI_b* im QSEB-Anhang).

26 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch liegen dem IQTIG nur wenige Rückmeldungen zu den Gründen vor (siehe Tabelle *WI-HI-S; A_6_QI_b* im QSEB-Anhang). 2 QI-Ergebnisse erhielten diese Einstufung, da der Operateur die Strukturen und Prozesse zur Hygiene im [Operationssaal] der mit ihm zusammenarbeitenden Klinik laut der LAG nicht im Einzelnen abbilden konnte. Die Fachkommission empfiehlt die jährliche Ausstellung einer entsprechenden Bescheinigung durch das OP-Zentrum als Dokumentationshilfe. Zu einem Leistungserbringerergebnis erfolgte die Bewertung als qualitativ unauffällig, da der Leistungserbringer den QS-Dokumentationsbogen für die ambulante statt für die stationäre Versorgung übermittelt hat. Ein anderes Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet mit der Begründung, dass u. a. Personalmangel zur teilweisen Nichterfüllung der Hygieneanforderungen geführt habe. Das Expertengremium auf Bundesebene kann diese Begründung für eine qualitative Unauffälligkeit nicht nachvollziehen.

8-mal wurde durch die LAG angegeben, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sei. Die rechnerische Auffälligkeit entstand laut Aussage der zuständigen LAG in 2 Fällen durch fehlerhafte Dokumentation der Praxis im Erhebungsbogen. Zur Unterstützung der Leistungserbringer haben die LAG auf die Ausfüllhinweise des IQTIG zum Verfahren hingewiesen (siehe Tabelle *QI-HI-S; A_8_QI_b* im QSEB-Anhang).

19-mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertungskategorie „Sonstiges“ beendet. 8 Leistungserbringerergebnisse erhielten diese Bewertung, da sie keinen QS-Dokumentationsbogen übermittelt hatten (siehe Tabelle *WI-HI-S; A_2_QI_b* im QSEB-Anhang). Die LAG hat sie auf die ordnungsgemäße Lieferung und Kontrolle der Datenübermittlung hingewiesen. In 3 Fällen sei den

Leistungserbringern die belegärztliche Dokumentationspflicht nicht bekannt gewesen. Einer von ihnen habe daher nur den QS-Dokumentationsbogen für die ambulante Versorgung übermittelt. In einem Fall war die Datenlieferfrist überschritten und in einem anderen hat der Leistungserbringer nicht kontrolliert, ob der QS-Dokumentationsbogen ordnungsgemäß an die Datenannahmestelle übermittelt wurde. In 2 Fällen wurden personalbedingte Gründe aufgeführt (einmal Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters und einmal Personalausfall).

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - 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 Infektionsmanagementstationäre Einrichtungen	gesamt	116 / 1.295 (8,96 %)	27	6 / 116 (5,17 %)	6 / 1.295 (0,46 %)	26 / 116 (22,41 %)	26 / 1.295 (2,01 %)	30 / 116 (25,86 %)	30 / 1.295 (2,32 %)	8 / 116 (6,90 %)	8 / 1.295 (0,62 %)	19 / 116 (16,38 %)	19 / 1.295 (1,47 %)
		nur für KH-Sektor	49 / 974 (5,03 %)	0	6 / 49 (12,24 %)	6 / 974 (0,62 %)	14 / 49 (28,57 %)	14 / 974 (1,44 %)	16 / 49 (32,65 %)	16 / 974 (1,64 %)	5 / 49 (10,20 %)	5 / 974 (0,51 %)	8 / 49 (16,33 %)	8 / 974 (0,82 %)
		nur für VÄ-Sektor	67 / 321 (20,87 %)	27	0 / 67 (0,00 %)	0 / 321 (0,00 %)	12 / 67 (17,91 %)	12 / 321 (3,74 %)	14 / 67 (20,90 %)	14 / 321 (4,36 %)	3 / 67 (4,48 %)	3 / 321 (0,93 %)	11 / 67 (16,42 %)	11 / 321 (3,43 %)

Tabelle 18: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – WI-HI-S

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
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	gesamt	116	14	0	30	0	0
		nur für KH-Sektor	49	10	0	16	0	0
		nur für VÄ-Sektor	67	4	0	14	0	0

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – WI-HI-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
116	0	0	30	0	0

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Derzeit gibt es keine Auffälligkeitskriterien für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements.

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt werden.

Das Verfahren QS WI verfolgt insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele:

- Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
- Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements
- Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 3 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Aus einem Bundesland wurde zurückgemeldet, dass das Verfahren von einigen Leistungserbringern als übermäßig bürokratisch und ineffektiv eingestuft werde und dass hier Überarbeitungsbedarf bestehe, um den administrativen Aufwand zu minimieren und die Effizienz des Verfahrens zu steigern.

Das IQTIG kann diesen Hinweis insofern nachvollziehen, als das Verfahren für bestimmte Konstellationen der Leistungserbringung Ineffizienzen aufweist. Insbesondere niedergelassene Leistungserbringer, die an AOP-Zentren oder Krankenhäusern operieren, sind davon betroffen. Dem G-BA liegt die Empfehlung des IQTIG vor, belegärztliche Leistungserbringer von der Dokumentationspflicht zu entbinden (siehe auch die Ausführungen unter „Weiterentwicklungsbedarfe“ in Abschnitt 2.3).

Ein weiteres Bundesland wies darauf hin, dass bei den Indexindikatoren ID 1000 und ID 2000 eine klare Bewertungsstrategie sowie die Gewichtung der Kennzahlen fehle. Es sei unklar, ob die Anforderungen zur Stellungnahme in den beiden Indexindikatoren ausschließlich auf Qualitätsindikatoren oder auch auf Kennzahlen basieren sollen.

Das IQTIG kann diesen Hinweis nachvollziehen. Zu diesen Sachverhalten wurde schon mehrfach an den G-BA berichtet (siehe auch die Ausführungen unter „Weiterentwicklungsbedarfe“ in Abschnitt 2.3).

Aus dem dritten Bundesland kam der Hinweis, es sei nicht bekannt gewesen, dass mehrere einrichtungsbezogene Dokumentationen abzugeben seien: sowohl für das ambulante als auch für das stationäre Operieren und bei ambulanten Leistungserbringern auch für belegärztliche Leistungen.

Aus Sicht des IQTIG ist die Dokumentationspflicht über die Spezifikation eindeutig und zweifelsfrei definiert. Möglicherweise handelt es sich um Missverständnisse bei einzelnen Leistungserbringern.

Außerdem wurde vom selben Bundesland darauf hingewiesen, dass die Informationen zu dokumentationspflichtigen Leistungserbringern fehlerhaft gewesen seien. Insbesondere im ambulanten Bereich waren Leistungserbringer, die ihre Praxis im Erfassungsjahr bzw. im ersten Halbjahr des Auswertungsjahres aufgegeben hatten, weiterhin in den gelieferten Listen enthalten. Da diese Rückmeldung zu diesem Sachverhalt die einzige ist, die an das IQTIG gemeldet wurde, nimmt das IQTIG an, dass in Einzelfällen Fehler in den hierzu übermittelten Informationen vorlagen.

Über die hier genannten Aspekte hinaus wurde im Bericht zur Weiterentwicklung des Verfahrens QS WI im Rahmen der Erprobung (G-BA 2023a, IQTIG 2023b) und dem Sonderbericht „QS WI – Hygiene und Infektionsmanagement (HI) – Szenarien zur Weiterentwicklung des Verfahrens: Kurzanalyse und Empfehlungen“ (IQTIG 2024b) über aktuelle Herausforderungen im Hygiene- und Infektionsmanagement als Bestandteil des Verfahrens bereits ausführlich informiert.

5 Fazit und Ausblick

Zum Teil des Verfahrens QS WI zum Hygiene- und Infektionsmanagement liegen mit diesem Bundesqualitätsbericht zum sechsten Mal rechnerische Ergebnisse und zum fünften Mal Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren vor. Gemäß DeQS-RL befindet sich das QS-Verfahren weiterhin in Erprobung.

Bezogen auf die Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurde vom Expertengremium auf Bundesebene ein weiterhin vorliegendes Verbesserungspotenzial attestiert. Gemäß den Expertinnen und Experten ist eine leicht positive Tendenz erkennbar. Jedoch zeigten die Ergebnisse und die teilweise hohe Anzahl von Leistungserbringern ohne Punkte in einzelnen Kennzahlen, dass die gestellten Anforderungen nicht erfüllt seien. Dies weist aus Sicht der Mitglieder des Expertengremiums auf ein starkes Qualitätsdefizit hin.

Der wie auch im Vorjahr im Vergleich zu anderen DeQS-Indikatoren hohe Anteil an qualitativen Auffälligkeiten lässt außerdem auf eine hohe Akzeptanz der Qualitätsindikatoren bei den Fachkommissionen und Landesarbeitsgemeinschaften schließen. Auch Supportanfragen zu inhaltlichen Fragen zum Dokumentationsbogen sind deutlich zurückgegangen, was auf einen mittlerweile hohen Reifegrad des Dokumentationsbogens schließen lässt.

Zu Fehlern bei der Übermittlung von Soll-Werte durch Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigung (KV), wie sie noch im letzten Jahr berichtet wurden, liegt für das Erfassungsjahr 2023 nur ein Hinweis vor. Die Vollzähligkeitswerte haben sich seit Beginn der Dokumentation 2018 (zum EJ 2017) dabei stetig verbessert. Für Krankenhäuser liegt die Vollzähligkeit bei über 90 %, im niedergelassenen Bereich (ohne belegärztliche Leistungserbringer) bei ca. 70 %. Da die Grundvoraussetzungen für einen funktionierenden Soll-Ist-Abgleich für die Auswertung in diesem Jahr zum ersten Mal erfüllt waren, nimmt das IQTIG an, dass aufgrund der Regelung der DeQS-RL, wonach bei fehlenden Dokumentationsbögen immer ein Stellungnahmeverfahren geführt werden muss, die Vollzähligkeitswerte in den nächsten Jahren weiter steigen werden. Für belegärztliche Leistungserbringer liegt die Vollzähligkeitsquote bei unter 50 %. Für diese Leistungserbringergruppe empfiehlt das IQTIG, aufgrund eines unzureichenden Aufwand-Nutzen-Verhältnisses die Dokumentationsverpflichtung auszusetzen.

Zwischenzeitlich wurden dem G-BA die Berichte zur Weiterentwicklung – insb. des Verfahrensteils HI – auf Basis der Beauftragung vom 19. Januar 2023 zur Verfügung gestellt (IQTIG 2023a, IQTIG 2023b). Am 1. Juni 2024 wurden darüber hinaus in einem Sonderbericht unterschiedliche Szenarien für das weitere Vorgehen bei diesem Teil des Verfahrens zum Hygiene- und Infektionsmanagement analysiert.

Als Ergebnis der Analyse empfiehlt das IQTIG, dass das Verfahren mit den gut etablierten und erprobten Dokumentationsbögen weitergeführt wird. Gleichzeitig könnte eine technische Zusammenlegung aktueller und zukünftiger einrichtungsbezogener QS-Dokumentationen unterschiedlicher Verfahren geprüft werden.

Je mehr Verfahren allerdings von der Zusammenlegung von einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen profitieren können, desto größer fällt auch der Nutzen einer entsprechenden Optimierung aus. Daher empfiehlt das IQTIG dem G-BA, die Prüfung der Zusammenlegung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen über alle aktuellen und zukünftigen Dokumentationsmodule bzw. QS-Verfahren zu beauftragen. Für niedergelassene Leistungserbringer, die an AOP-Zentren oder Krankenhäusern ambulant operieren, empfiehlt das IQTIG die Prüfung einer Vereinfachung der Dokumentation.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Aufwand für die Dokumentation für einige Leistungserbringergruppen noch verringert werden könnte. Zugleich zeigt sich bei immer besserer Vollständigkeit ein klares Qualitätspotenzial bezogen auf die QI-Ergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

1 Hintergrund

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

Qualitätsindikatoren

Von den 10 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich 4 auf ambulante und 6 auf stationäre Operationen. 2 der 6 Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3). Die Transparenzkennzahlen „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“ dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen. Für einen Leistungserbringervergleich besteht kein ausreichender Kausalzusammenhang zwischen der diagnostizierten Wundinfektion und der Sterblichkeit. Zur Ermittlung der Indikatorenergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen entweder 30 oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, plastischer Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.

Bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, wird ein kurzer, fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der im behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist sie im Dokumentationsbogen zu dokumentieren. Diese Informationen 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-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder dem Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale 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. 2,8 Millionen Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Jedoch müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören

können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen ICD-Kode gibt, der ausreichend spezifisch eine postoperative Wundinfektion abbildet, wird ein Filter genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 308.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus.

Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 70.000-mal wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. 57,6 % 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 zu ca. 2,8 Millionen Operationen fällt keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) an. Um dies zu ermöglichen, müssen jedoch ca. 200.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss).

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

Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patientin oder Patient gleichlautendes Pseudonym. 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.

Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden erst im zweiten Jahr nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *WI-NI-D* gibt es seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, eines zur Unter- und eines zur Überdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul *NWIF*). Grundlage für die Jahresauswertung im Auswertungsjahr 2024 sind die QS-Dokumentationssätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2023 an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – *WI-NI-D*

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im vorliegenden Teil des Berichts basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Für die Indikatoren und Kennzahlen in den Auswertungsmodulen WI-NI-A und WI-NI-S des Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend der Einrichtung auf Basis der IKNR bzw. BSNR des Leistungserbringers, der die Tracer-Operation abgerechnet hat. Die Auffälligkeitskriterien zur fallbezogenen Dokumentation (NWIF) im Auswertungsmodul WI-NI-D werden davon abweichend auf Standortebene ausgewertet.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 23 stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten zum Erfassungsjahr 2022 für das Erfassungsmodul NWIF dar, die für die Berechnung der QI-Ergebnisse zu den nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S) genutzt werden.

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsmodul NWIF im Erfassungsjahr 2022 von 1.625 entlassenen Standorten 268.175 QS-Datensätze übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene liegt leicht über der erwarteten (100,63 %).

Tabelle 24 stellt die Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten zum Erfassungsjahr 2023 dar, die für die Berechnung der Auffälligkeitskriterien (Auswertungsmodul WI-NI-D) genutzt werden.

Im Erfassungsjahr 2022 gab es im Erfassungsmodul NWIF 15 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik. Es wurden 99,57 % der erwarteten Datensätze übermittelt.

Tabelle 23: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) - WI-NI-A; WI-NI-S; Erfassungsmodul NWIF

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	268.175	266.496	100,63
	Basisdatensatz	268.175		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standort) Bund (gesamt)	1.625	1.624	100,06

Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) - WI-NI-D, Erfassungsmodul NWIF²

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	307.317	308.658	99,57 %
	Basisdatensatz	307.317		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standort) Bund (gesamt)	1.611	1.626	99,08

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Insgesamt sind 2.816.889 ambulant und stationär erbrachte Tracer-Operationen für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2022 berücksichtigt worden (Tabelle 25). Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 256.487 Datensätze zu Fällen mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIFI) von Patientinnen und Patienten an das IQTIG übermittelt, die im Kalenderjahr 2022 aus einem Krankenhaus entlassen wurden (Tabelle 26).

Im Gegensatz zur Auswertung des Erfassungsjahrs 2020, bei der die Auswertung der Wundinfektionsfälle mit Entlassung im Kalenderjahr 2021 nicht möglich war, wurden in der Datenaufbereitung des Erfassungsjahres 2022 Wundinfektionsfälle mit Krankenhausentlassung im Kalenderjahr 2023 ungewollt nicht berücksichtigt. Dies ermöglicht jedoch, dass die Ergebnisse der Leistungserbringer als vergleichbar zum Erfassungsjahr 2020 eingestuft werden können, da sich die Ergebnisse zu beiden Jahren auf Daten aus denselben Zeiträumen beziehen.

Im BQB des kommenden Auswertungsjahres (2025) wird die vollständige Datenbasis des Erfassungsjahrs 2022 herangezogen werden, um erneut eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zu ermöglichen. In Tabelle 31 und Tabelle 32 sind der Vollständigkeit halber die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle im Vergleich dargestellt.

Tabelle 25: Anzahl der übermittelten Datensätze und Leistungserbringer für Tracer-Operationen (Erfassungsmodul NWITR; EJ 2022)

Erfassungsjahr 2022	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer (bzw. Art der Abrechnung)
Ambulantes Operieren	619.412	5.167
▪ Krankenhäuser	169.180	1.088
▪ Praxen/MVZ	450.149	4.041

² Aufgrund eines Fehlers beim Aufbau des Datenpools wurden die Fälle für den Datenpool für WI-NI-D so aufbereitet, dass sämtliche Fälle mit Datum einer Wundinfektion vom ersten Quartal des Erfassungsjahres bis einschließlich des ersten Quartals des Erfassungsjahres +1 enthalten sind. Richtig wäre hier die Aufnahme aller Fälle mit Entlassung im Erfassungsjahr. Die Abweichung der Vollzähligkeit liegt bei maximal einem Prozentpunkt und ist somit für die Betrachtung auf Bundesebene nicht ausschlaggebend.

Erfassungsjahr 2022	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer (bzw. Art der Abrechnung)
▪ selektivvertragliche Abrechnung	83	38
Stationäres Operieren	2.197.477	1.201

Tabelle 26: Über Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelte Fälle mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIWI; AJ 2023)

Erfassungsjahr 2022	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Stationär behandelt	256.487	1.425

Verknüpfungsrates und Anteil der extern dokumentierten Wundinfektionsfälle

Für 62.586 der 71.066 Fälle (88,07 %) für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde, konnten dazugehörige Sozialdaten bei den Krankenkassen aus NWIWI verknüpft werden. Diese Verknüpfung ist die Voraussetzung dafür, nach Tracer-Eingriffen zu einer diagnostizierten postoperativen Wundinfektion suchen zu können. Nach Überprüfung hinsichtlich der Seitenlokalisationen des Tracer-Eingriffs, fachlicher Plausibilität, der Einhaltung der Follow-up-Zeiträume und der Berücksichtigung weiterer Ausschlüsse konnten 20,1 % aller NWIF-Fälle (53.858 / 268.175) mit Entlassdatum im Jahr 2022 mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden.

10,0 % (5.388 / 53.858) der Wundinfektionsfälle wurden bei denselben (stationären) Leistungserbringern diagnostiziert, bei denen auch die dazugehörigen Tracer-Operationen stattgefunden haben. Die übrigen 90,0 % (48.470 / 53.858) der verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei Leistungserbringern diagnostiziert, die nicht die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt haben. Dies betrifft u. a. alle Tracer-Operationen, die in Praxen, ambulanten Operationszentren oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) stattfanden.

Limitationen der Datenbasis

Berücksichtigung ausschließlich stationär dokumentierter nosokomialer postoperativer Wundinfektionen

Im Verfahren QS WI gehen ausschließlich nosokomiale postoperative Wundinfektionen, die stationär dokumentiert werden, in die Zähler der Qualitätsindikatoren ein. Dies kann zu einer systematischen Unterschätzung insbesondere oberflächlicher Wundinfektionen (A1) führen, weil A1-Wundinfektionen in den meisten Fällen ambulant diagnostiziert und versorgt werden können. Eine Erfassung für das Verfahren QS WI ist somit nicht möglich.

Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen kann zu Verzerrungen der QI-Ergebnisse führen. So kann es vorkommen, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) stati-

onär durchgeführte Operationen rückwirkend ambulant abgerechnet werden müssen. Diese Operationen tauchen in den Auswertungen des IQTIG entsprechend als ambulante Operationen auf, obwohl sie stationär durchgeführt worden sind.

Weil das IQTIG und einige Krankenkassen den Filter in der Sozialdatenspezifikation unterschiedlich interpretieren, kam es zur Übermittlung nicht spezifizierter Datensätze. Zugleich kam es vor, dass Datensätze nicht übermittelt werden, für die eine Übermittlung intendiert war. Für das Erfassungsjahr 2025 wird eine Spezifikationsanpassung umgesetzt, die diese Unstimmigkeit beheben soll.

Für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 wurde eine Prüfung der gelieferten Sozialdaten bei den Krankenkassen umgesetzt, aus der sich weitere Hinweise auf Unstimmigkeiten bei der Lieferung von Sozialdaten bei Krankenkassen ergaben. Details dazu können dem Abschnitt „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)“ entnommen werden.

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

Fehlende Fälle nach § 115b SGB V

Zum Erfassungsjahr 2022 wurden Teile der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht wie spezifiziert übermittelt. Es fehlen Fälle in einer Größenordnung von ca. 10 %, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR). Wenn Daten in NWIWI bzw. NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Zähler bzw. Nenner der Indikatoren aus. Eine fehlende Übermittlung von Daten nach § 115b in NWIWI führt zu unterschätzten QI-Raten. Fehlen Tracer-Operationen bzw. Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 115b im Modul NWITR, führt dies zu überschätzten QI-Raten.

Fehlende Datenvalidierung

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

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

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

Zuordnung von postoperativer Wundinfektion zu auslösendem Prozeduren- bzw. Diagnose-kode in sehr seltenen Fällen nicht eindeutig möglich

Der QS-Dokumentationsbogen, auf dem eine vorliegende postoperative Wundinfektion zu dokumentieren ist, kann durch eine Reihe von OPS- bzw. ICD-Kodes ausgelöst werden. Die Angabe, ob bei einem Fall eine postoperative Wundinfektion vorgelegen hat, kann jedoch nur einmal pro Bogen angegeben werden. Entsprechend kann es in sehr seltenen Fällen – obwohl die Zuordnung einer dokumentierten Wundinfektion zu einer Tracer-Operation auf inhaltliche Sinnhaftigkeit geprüft wird – vorkommen, dass eine Zuordnung von einer Infektion zu einer Operation erfolgt, die mit dieser nicht in einem tatsächlichen Zusammenhang steht.

Identifikation belegärztlicher Leistungen

Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht als solche identifiziert werden. Es kann daher nicht separat angegeben werden, wie hoch der Anteil belegärztlicher Operationen an den stationären Operationen je Krankenhaus ist. Belegärztliche Leistungserbringer erhalten aus diesem Grund keine separaten Berichte zu ihren erbrachten Tracer-Operationen. Diese sind jedoch in den Ergebnissen der Krankenhäuser enthalten, an denen die belegärztlichen Operationen durchgeführt worden sind. Auswirkungen auf die berichteten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren ergeben sich hierdurch nicht.

Aussetzung der Datenerhebung im Jahr 2021

Da die Datenerhebung im Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt wurde, fehlen Informationen zu postoperativen Wundinfektionen aus Krankenhausaufenthalten mit Entlassung im Jahr 2021. Aus diesem Grund sind auch „Überlieger“ (Aufnahme im EJ 2021 und Entlassung im EJ 2022) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2022 enthalten.

2.2 Risikoadjustierung

Qualitätsindikatoren zu nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen

Mit den prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2024 wurde die Einführung einer Risikoadjustierung mit einem perzentilbasierten Referenzbereich für die Qualitätsindikatoren ID 1500 und 1501 empfohlen und nachfolgend beschlossen (Beschluss vom 20.07.2023) (G-BA 2023b). Die Entwicklung eines ausreichend validen Risikoadjustierungsmodells stellte sich nach Prüfung des IQTIG aufgrund von zu geringen Fallzahlen für diese beiden QIs jedoch als nicht sinnvoll möglich heraus.

Qualitätsindikatoren zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen

Von den 6 Qualitätsindikatoren zu den nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen sind folgende 4 risikoadjustiert (Methode der Risikoadjustierung: logistische Regression):

- Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
- Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
- Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)
- Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

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

Für die Risikoadjustierung der 4 Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden folgende Einflussgrößen herangezogen:

- Alter
- Geschlecht
- Art der Operation
- Komorbiditäten

Im Folgenden werden die Einflussgrößen „Art der Operation“ und „Komorbiditäten“ ausführlich erläutert.

Art der Operation

Das bisherige Modell zum Auswertungsjahr 2022 ordnete dreistelligen OPS-Codes ein fachgebietsübergreifendes Risiko zu, eine nosokomiale Wundinfektion zu verursachen. Das Expertengremium QS WI empfahl allerdings, keine einheitlich dreistelligen OPS-Codes mehr zu verwenden. Das Risiko einer Wundinfektion, so die Begründung, schwanke zwischen den Fachgebieten zu stark, und eine Abbildung des Wundinfektionsrisikos mittels dreistelliger OPS-Kodes sei nicht für alle Fachgebiete ausreichend, sodass hier Anpassungen des Modells erforderlich sind.

Das Risikoadjustierungsmodell zum Auswertungsjahr 2022 unterteilte Operationen in den Fachgebieten Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und Urologie bisher in „offen-chirurgisch“ und „laparoskopisch“. Das weiterentwickelte Modell zum Auswertungsjahr 2024 unterscheidet nun zwischen den drei Eingriffsarten „offen-chirurgisch“, „laparoskopisch“ und „Umstieg laparoskopisch-offen-chirurgisch“. Diese Anpassung erfolgte nach Empfehlung des Expertengremiums, um die Umstiegsoperationen, die mit einem vergleichsweise höheren Wundinfektionsrisiko assoziiert sind, gesondert darzustellen und zu differenzieren.

Zusätzlich zur feineren Differenzierung des möglichen Wundinfektionsrisikos unterscheidet das weiterentwickelte Risikoadjustierungsmodell ebenfalls für die Fachgebiete Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und Urologie nun, ob der Eingriff der Wundkontaminationsklasse I oder II zuzuordnen ist.

Bei nahezu allen Operationen dieser drei Fachbereiche besteht ein erhöhtes Wundinfektionsrisiko; sie entsprechen somit der Wundkontaminationsklasse II. Die Differenzierung nach Wundkontaminationsklasse verbessert die statistische Genauigkeit bzw. *accuracy* des Modells.

Komorbiditäten

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

Beispielsweise wurden ICD-Diagnosen, für die nicht sicher ist, ob sie vor einer Infektion bereits vorlagen oder aufgrund einer Infektion gestellt wurden („*present on admission*“), im aktuellen Risikomodell nicht berücksichtigt.

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

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Die Grundlage für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und der Transparenzkennzahlen in diesem Bericht bilden die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen. Bezüglich der Bewertung der Ergebnisse sind die in diesem Kapitel aufgeführten methodischen Limitationen (siehe Methodische Limitationen) und die Limitationen der Datenbasis (Abschnitt 2.1) zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Operationen werden von den Expertinnen und Experten des Expertengremium QS WI – vorbehaltlich der Limitation – als positiv niedrig erachtet. Nach stationären Operationen würden in der Literatur ca. dreimal höhere Wundinfektionsraten berichtet. Die Ursachen für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen aus dem Verfahren QS WI zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen und den Angaben in der Literatur liegen dabei zu großen Teilen in den umfangreichen, inhaltlich gut begründeten Ausschlüssen im Verfahren QS WI, die in der Literatur so häufig nicht erfolgen. Die Einschätzung der Mitglieder des Expertengremium QS WI erfolgte aufgrund der in Abschnitt „Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen“ auf S. 50 beschriebenen unvollständigen Datengrundlage anhand der QI-Ergebnisse, die zum Zeitpunkt der Sitzung im Mai 2024 vorlagen.

Die fehlerhafte Datenaufbereitung hat jedoch nur einen geringen Einfluss auf die QI-Ergebnisse auf Bundesebene. Da sowohl bei der Berechnung der QI-Ergebnisse sowohl zum Erfassungsjahr

2022 als auch zum Erfassungsjahr 2020 das Quartal des Folgejahres nicht berücksichtigt wurde, geht das IQTIG davon aus, dass die Aussagen der Mitglieder des Expertengremiums auch auf die korrigierten QI-Ergebnisse zutreffen.

Im Folgenden wird eine Übersicht über die Indikatoren- und Transparenzkennzahlenergebnisse für das Erfassungsjahr 2022 bzw. das Auswertungsjahr 2024, bezogen auf Erbringer ambulanter und stationärer Tracer-Operationen, dargestellt. Im Auswertungsjahr 2023 erfolgte keine Auswertung der Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2021, weshalb kein Vergleich mit dem Vorjahr möglich ist.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 1500)

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

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Erfassungsjahr 2022 bei 0,09 % (481 / 561.134), wobei der Wert nach ambulanten Operationen in Krankenhäusern bei 0,19 % (267 / 135.935) liegt und nach ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich bei 0,05 % (214 / 425.199).

Die mit Abstand meisten ambulanten Operationen ohne Implantat wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie erfasst (84,54 %; 474.394 / 561.134). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von 0,07 % (336 / 474.394) in dieser Fachrichtung hat daher eine stärkere Gewichtung bei der Berechnung der Wundinfektionsrate des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten Wundinfektionen traten nach urologischen (0,39 %; 13 / 3.306) und nach gefäßchirurgischen (0,19 %; 80 / 41.621) Operationen auf.

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 1501)

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Erfassungsjahr 2022 bei 0,18 % (100 / 54.303). Wie bei ID 1500 (Nicht-Implantat-Operationen) traten auch nach ambulanten Operationen mit Implantat am Krankenhaus (0,26 %; 82 / 31.306) häufiger Wundinfektionen auf als bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (0,08 %; 18 / 22.997).

Die meisten ambulanten Operationen mit Implantat wurden im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie durchgeführt (90,15 %; 48.955 / 54.303). Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen von

0,18 % (89 / 48.955) hat daher eine starke Gewichtung bei der Berechnung des Indikatorergebnisses. Die anteilig meisten nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in ID 1501 wurden nach (allgemein-)chirurgischen Operationen festgestellt (0,24 %; 7 / 2.965).

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 1502) und Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 1503)

Der Qualitätsindikator ID 1502 erfasst Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE, die innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Im Qualitätsindikator ID 1503 werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Für beide Qualitätsindikatoren betraf dies im Erfassungsjahr 2022 weniger als drei Fälle bei 561.134 bzw. 54.303 beobachteten Operationen.

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

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind. Zu dieser Transparenzkennzahl waren im Erfassungsjahr 2022 weniger als drei Patientinnen bzw. Patienten verstorben. Beobachtet wurden 409 Fälle. Vorbehaltlich der Limitationen bewertet das Expertengremium auf Bundesebene das Ergebnis als positiv niedrig.

Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024* (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	- 0 = - N = -	0,09 % 0 = 481 N = 561.134 (Anzahl der Fälle im Zähler ≤ 1,00)	im Vorjahr nicht berechnet
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	- 0 = - N = -	0,18 % 0 = 100 N = 54.303 (Anzahl der Fälle im Zähler ≤ 1,00)	im Vorjahr nicht berechnet
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	- 0 = - N = -	0,00 % 0 = ≤ 3 N = 561.134 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	- 0 = - N = -	x % 0 = ≤ 3 N = 54.303 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)**	- 0 = - N = -	x % 0 = ≤ 3 N = 409	im Vorjahr nicht berechnet

* Die Ergebnisse sind hier im Unterschied zur Bundesauswertung als Prozentwert dargestellt

** Transparenzkennzahl

In Tabelle 28 werden die Ergebnisse der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen dargestellt.

Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – WI-NI-A

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	57 von 5.103	1,12	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	6 von 2.652	0,23	-

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen

In Tabelle 29 sind die Bundesergebnisse der Indikatoren und Transparenzkennzahlen des stationären Bereichs dargestellt.

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 2500)

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2022 traten bei 1,45 % der Operationen (16.744 / 1.157.480), die über diesen Qualitätsindikator adressiert werden, postoperative, stationär behandlungsbedürftige Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) auf.

Die meisten der 1.157.480 stationären Operationen ohne Implantat wurden in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe (n = 474.286) und Chirurgie/Allgemeinchirurgie (n = 342.274) durchgeführt. Im Letzteren sind anteilig die meisten Wundinfektionen aufgetreten (3,03 %; 10.384 / 342.274).

Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2501)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2022 traten bei 0,95 % der Operationen (9.604 von 1.008.994) dieser Art stationär behandlungsbedürftige postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) auf.

Die mit Abstand meisten der 1.008.994 stationären Operationen mit Implantat sind dem Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie (n = 820.443) zuzuordnen. Die anteilig meisten Wundinfektionen traten im Fachgebiet Gefäßchirurgie (2,74 %; 247 / 9.007) auf.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up) (ID 2502)

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2022 traten bei 0,98 % der Operationen (11.397 / 1.157.480) dieser Art stationär behandlungsbedürftige tiefe postoperative Wundinfektionen (A2 bis A3) auf.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2503)

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

Im Erfassungsjahr 2022 traten bei 0,77 % Operationen (7.795 / 1.008.994) dieser Art stationär behandlungsbedürftige tiefe postoperative Wundinfektionen (A2 bis A3) auf.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up) (ID 2504)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Im Erfassungsjahr 2022 war dies bei 0,01 % der Operationen (82 von 1.157.480) der Fall.

Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2505)

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) mit MRE erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Dies war im Erfassungsjahr 2020 bei 0,01 % der Operationen (116 von 1.008.994) der Fall.

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

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer stationär behandelten tiefen Wundinfektion (A2 bis A3), die nach einer stationären Operation entstanden ist, verstorben sind. Bei dieser Transparenzkennzahl liegt das Ergebnis im Erfassungsjahr 2020 bei 8,68 % (1.666 von 19.192).

Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	- O/E = - / - N = -	1,10 O/E = 16.744 / 15.224,99 N = 1.157.480 (≤ 2,07; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	- O/E = - / - N = -	1,16 O/E = 9.604 / 8.249,49 N = 1.008.994 (≤ 2,35; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	- O/E = - / - N = -	1,13 O/E = 11.397 / 10.089,63 N = 1.157.480 (≤ 2,27; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	- O/E = - / - N = -	1,18 O/E = 7.795 / 6.579,31 N = 1.008.994 (≤ 2,50; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	- O = - N = -	0,01 % O = 82 N = 1.157.480 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	- O = - N = -	0,01 % O = 116 N = 1.008.994 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	- O = - N = -	8,68 % O = 1.666 N = 19.192	im Vorjahr nicht berechnet

*Transparenzkennzahl

In Tabelle 30 sind die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator aufgeführt.

Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – WI-NI-S

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	57 von 1.165	4,89	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	54 von 1.147	4,71	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	56 von 1.165	4,81	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2021	-	-	-
		2022	53 von 1.147	4,62	-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle im Vergleich

In Tabelle 31 und Tabelle 32 werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle im Vergleich dargestellt. Ausführliche Informationen dazu können dem Abschnitt „Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen“ auf S. 50 entnommen werden.

Tabelle 31: QI-Bundesergebnisse nach ambulanten Operationen (EJ 2022): ohne und mit Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis EJ 2022* ohne die Fälle aus dem Kalenderjahr 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis EJ 2022* mit den Fällen aus dem Ka- lenderjahr 2023 (Referenzbereich)
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,09 % 0 = 481 N = 561.134 (Anzahl Zähler ≤ 1,00)	0,09 % 0 = 503 N = 561.134 (Anzahl Zähler ≤ 1,00)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,18 % 0 = 100 N = 54.303 (Anzahl Zähler ≤ 1,00)	0,19 % 0 = 103 N = 54.303 (Anzahl Zähler ≤ 1,00)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 0 = ≤ 3 N = 561.134 (Nicht definiert)	0,00 % 0 = 4 N = 561.134 (Nicht definiert)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	x % 0 = ≤ 3 N = 54.303 (Nicht definiert)	x % 0 = ≤ 3 N = 54.303 (Nicht definiert)
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)**	x % 0 = ≤ 3 N = 409	x % 0 = ≤ 3 N = 428

Tabelle 32: QI-Bundesergebnisse nach stationären Operationen (EJ 2022): ohne und mit Berücksichtigung der im Kalenderjahr 2023 entlassenen Fälle

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis EJ 2022* 31.05.2024 (Referenzbereich)	Bundesergebnis EJ 2022* 30.09.2024 (Referenzbereich)
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,10 O/E = 16.744 / 15.224,99 N = 1.157.480 (≤ 2,07; 95. Perzentil)	1,18 O/E = 17.929/ 15.224,99 N = 1.157.480 (≤ 2,21; 95. Perzentil)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,16 O/E = 9.604 / 8.249,49 N = 1.008.994 (≤ 2,35; 95. Perzentil)	1,31 O/E = 10.791/ 8.249,49 N = 1.008.994 (≤ 2,66; 95. Perzentil)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,13 O/E = 11.397 / 10.089,63 N = 1.157.480 (≤ 2,27; 95. Perzentil)	1,22 O/E = 12.298/ 10.089,63 N = 1.157.480 (≤ 2,39; 95. Perzentil)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,18 O/E = 7.795 / 6.579,31 N = 1.008.994 (≤ 2,50; 95. Perzentil)	1,35 O/E = 8.876/ 6.579,31 N = 1.008.994 (≤ 2,73; 95. Perzentil)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,01 % O = 82 N = 1.157.480 (Nicht definiert)	0,01 % O = 89 N = 1.157.480 (Nicht definiert)
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)**	8,68 % O = 1.666 N = 19.192	8,37 % O = 1.773 N = 21.174

Methodische Limitationen

Das Verfahren QS WI fokussiert auf stationäre Wundinfektionen, die stationär diagnostiziert werden. Ob Patientinnen und Patienten mit oder aufgrund einer Wundinfektion stationär versorgt werden, ist dabei unerheblich. Oberflächliche Wundinfektionen (Infektionstiefe A1) nach ambulanten Operationen werden meist nur dann erfasst, wenn Patientinnen oder Patienten aus anderen Gründen als der postoperativen Wundinfektion stationär aufgenommen werden. Oberflächliche Wundinfektionen nach stationären Operationen fallen hingegen meist bereits während des

stationären Aufenthalts auf und werden daher im Gegensatz zu oberflächlichen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen öfter erfasst.

Auch nach stationären Wundinfektionen können im niedergelassenen Bereich postoperative Wundinfektionen diagnostiziert werden, die entsprechend nicht als Zähler in den Qualitätsindikatoren eingehen können. Grund dafür ist, dass der Dokumentationsbogen zum Erfassungsmodul NWIF, auf dem die nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für dieses Verfahren festgehalten werden, nur in Krankenhäusern ausgefüllt wird.

Oberflächliche postoperative Wundinfektionen (A1) sind von dieser Limitation am stärksten betroffen, weil sie sowohl nach ambulant als auch nach stationär durchgeführten Operationen in der Regel ambulant versorgt werden können. Weniger betroffen von dieser Limitation sind die Indikatoren zu tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (A2 und A3), da diese in der Regel stationär behandlungsbedürftig sind.

Auch wenn es keine Limitation der Indikatoren darstellt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu ambulanten und zu stationären Operationen nicht miteinander vergleichbar sind. Grund dafür ist, dass jeweils andere Operationen in die Nenner der Indikatoren einfließen. So werden bspw. ambulant weniger komplizierte und damit weniger risikobehaftete Operationen durchgeführt als stationär.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *WI-NI-D* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.645 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 116 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation wurden für das Erfassungsjahr 2023 erstmals berechnet.

In Tabelle 33 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 33: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,57 % 307.317 / 308.658 (≥ 95,00 %)
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,57 % 307.317 / 308.658 (≤ 110,00 %)

In Tabelle 34 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt.

Tabelle 34: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) - WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	92 von 1.626	5,66	-
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	24 von 1.626	1,48	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852304)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul WI-NI-D eine Dokumentationsrate von 99,57 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 1,48 % der Leistungserbringer (24 / 1.626; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852303)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *WI-NI-D* eine Dokumentationsrate von $99,57\%$, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten $1,48\%$ der Leistungserbringer ($92 / 1.626$; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Sozialdaten bei den Krankenkassen werden für das Verfahren *QS WI* über die Module *NWITR* und *NWIWI* spezifiziert und an das IQTIG übermittelt. Berücksichtigung finden diese Daten bei der Berechnung von 12 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 entnommen werden können (IQTIG 2024c).

In den Modulen *NWITR* und *NWIWI* werden in den Erfassungsjahren 2022 und 2023 insgesamt 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewiesen.³

In Tabelle 35 sind die Ergebnisse der Prüfung für alle Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 35: Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden			
		NWITR (EJ 2022)	NWITR (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2022)	NWIWI (EJ 2023)
30	Fehlende Datenlieferung	nein	nein	nein	nein
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	nein	nein	nein	nein
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	nein	nein	nein	nein
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten	n. a.*	n.a.	nein	nein
6	Versicherte ohne Indexfall	ja	ja	ja	ja
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	ja	ja	ja	ja
1	Fehlende Kassengröße	nein	nein	nein	nein
4	Fehler in den Quartalsstammdaten	nein	nein	ja	ja

³ Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden			
		NWITR (EJ 2022)	NWITR (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2022)	NWIWI (EJ 2023)
21	Verfahrensfremde Abrechnungsparagraphen	nein	nein	nein	nein
12	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte	ja	ja	ja	ja
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	nein	nein	nein	nein
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	ja	ja	nein	nein
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	ja	ja	ja	ja
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	nein	nein	ja	nein

* n. a. = nicht auswertbar, da in NWITR gemäß Sozialdatenspezifikation keine Versichertenpseudonyme zu übermitteln sind

Nicht dargestellt wurde das Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“, da die notwendige Datengrundlage erst zeitversetzt im November des jeweils übernächsten Jahres vollständig vorliegt. Erstmals wird dieses Prüfkriterium daher im Auswertungsjahr 2025 für das Erfassungsjahr 2022 berichtet.

Im Folgenden werden die jeweiligen Prüfkriterien mit einer Auffälligkeit näher beschrieben.

Prüfkriterium 6: Versicherte ohne Indexfall

Das Prüfkriterium „Versicherte ohne Indexfall“ prüft, ob für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vorliegt, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Versicherten datensatz übermittelt haben, der die Kriterien des Patientenfilters nicht erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Verfahren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWITR für 6 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 821 der 2.626.525 übermittelten Versichertendatensätze.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWITR für 8 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 575 der 2.565.268 übermittelten Versichertendatensätze.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI für 74 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 24.148 der 327.842 übermittelten Versichertendatensätze.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWIWI für 73 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 24.008 der 340.437 übermittelten Versichertendatensätze.

Prüfkriterium 29: Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen

Das Prüfkriterium „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“ prüft, ob der Leistungs- und Medikationsfilter in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsfall übermittelt haben, der weder dem Patientenfilter noch den Leistungs- und Medikationsfilter erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWITR für 7 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 4 von 2.207.023 stationären Fällen nach § 301 SGB V und 197 von 471.882 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWITR für eine von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 115 von 338.270 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI für 32 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft

- 20 von 1.014.257 stationären Fällen nach § 301 SGB V,
- 46 von 13.484 ambulanten Krankenhausfällen nach § 115b SGB V,
- einen von 464.248 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V,
- 3 von 4.040 selektivvertraglichen Fällen nach §§ 140a, 73b und 73c SGB V.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWIWI für 32 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft

- 22 von 1.057.514 stationären Fällen nach § 301 SGB V,
- 50 von 15.196 ambulanten Krankenhausfällen nach § 115b SGB V,
- einen von 396.487 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V,
- 4 von 3.957 selektivvertraglichen Fällen nach §§ 140a, 73b und 73c SGB V.

Prüfkriterium 4: Fehler in den Quartalsstammdaten

Das Prüfkriterium „Fehler in den Quartalsstammdaten“ prüft, ob für jeden gelieferten Versicherungensatz für alle Quartale innerhalb des spezifizierten Zeitraums Quartalsstammdaten zum Versicherungsstatus geliefert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens für ein Quartal keine Datensätze geliefert haben.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen Bezug zu den Qualitätsindikatoren.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI bei 2 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWIWI bei 2 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor.

Prüfkriterium 12: Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte

Das Prüfkriterium „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“ prüft, ob Abrechnungsinhalte geliefert wurden, die nicht spezifiziert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsinhalt übermittelt haben, der über die Spezifikation nicht angefordert wird.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen direkten Bezug zu den Qualitätsindikatoren, da in der Datenaufbereitung für die QI-Berechnung solche Abrechnungsinhalte ausgeschlossen werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWITR bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 3.341.267 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWITR bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 2.878.025 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 2.542.533 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWIWI bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 2.376.318 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Prüfkriterium 28: Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen

Das Prüfkriterium „Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen“ prüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine plausible Anzahl an Abrechnungsfällen, die die Kriterien des Patientenfilters erfüllen, geliefert wurden. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, die spezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik der Prüfkriterien beschriebenen Toleranzbereich abweicht.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWITR bei stationären Fällen nach § 301 SGB V bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Gemessen an der durch die Krankenkasse übermittelte Kassengröße werden zu den 2.126.818 gelieferten Fällen nach § 301 SGB V mindestens 614 weitere Fälle erwartet.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWITR bei stationären Fällen nach § 301 SGB V bei 3 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Gemessen an der durch die Krankenkasse übermittelte Kassengröße werden zu den 2.156.000 gelieferten stationären Fällen nach § 301 SGB V mindestens 444 weitere Fälle erwartet.

Prüfkriterium 24: Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen

Das Prüfkriterium „Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen“ prüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller

Krankenkassen über den in der Methodik der Prüfkriterien beschriebenen Toleranzbereich abweicht.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (WI-NI-A), die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWITR bei ambulant am Krankenhaus behandelten Fällen nach § 115b SGB V bei 24 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 9.569 gelieferten Fällen nach § 115b SGB V werden mindestens 331 weitere Fälle erwartet.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWITR bei ambulant am Krankenhaus behandelten Fällen nach § 115b SGB V bei 36 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 12.502 gelieferten Fällen nach § 115b SGB V werden mindestens 665 weitere Fälle erwartet.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI bei ambulant am Krankenhaus behandelten Fällen nach § 115b SGB V bei 27 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 13.429 gelieferten Fällen nach § 115b SGB V werden mindestens 660 weitere Fälle erwartet.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul NWIWI bei ambulant am Krankenhaus behandelten Fällen nach § 115b SGB V bei 34 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 15.124 gelieferten Fällen nach § 115b SGB V werden mindestens 928 weitere Fälle erwartet.

Prüfkriterium 15: Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD

Das Prüfkriterium „Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD“ prüft, ob der Leistungs- und Medikationsfilter in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, die spezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik der Prüfkriterien beschriebenen Toleranzbereich abweicht.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul NWIWI bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Hierbei werden für Fälle nach § 301 SGB V mindestens 4.837 weitere Elixhauser-Diagnosen erwartet, bei gelieferter Anzahl von 3.520.306 Diagnosen für 1.014.257 Fälle.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Januar 2021 (G-BA 2021) wurden die fallbezogene QS-Dokumentation und die Erhebung von Sozialdaten für das Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt. Da die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung berichtet werden, wurde im Auswertungsjahr 2023 kein Stellungnahmeverfahren zu den Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen durchgeführt.

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse.

In diesem Jahr enthält der BQB zum Teil des Verfahrens zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen keine Evaluation. Die Gründe dafür sind die folgenden:

- Da im Jahr 2023 keine rechnerischen Ergebnisse zu QS-WI-NI vorlagen, wurden zu den Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen keine Stellungnahmeverfahren geführt. Antworten der LAG auf Fragen zu Evaluation werden regulär zusammen mit den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens an das IQTIG übermittelt. Aus dem Jahr 2023 liegen – vermutlich aus diesem Grund – keine Antworten auf Evaluationsfragen vor.
- Weiterhin wird der Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen aktuell auf Basis des Beschlusses vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023c) überprüft. In diesem Rahmen erfolgt u. a. eine separate Befragung der LAG. Der Abschlussbericht des IQTIG mit Empfehlungen zur Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen wird dem G-BA am 14. März 2025 übergeben. Den Ergebnissen des Berichts soll an dieser Stelle nicht vorgegriffen werden.

5 Fazit und Ausblick

Zum Teil des Verfahrens QS WI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen liegen mit diesem Bundesqualitätsbericht zum dritten Mal rechnerische Ergebnisse vor. Aufgrund der Aussetzung der Datenerhebung im Jahr 2021 liegen keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2023 und auch keine Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren vor. Gemäß DeQS-RL befindet sich das QS-Verfahren weiterhin in Erprobung. Das Expertengremium auf Bundesebene schätzt die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter der Annahme, dass diese ausreichend valide sind, wie in den Vorjahren auch zum Erfassungsjahr 2022 als niedrig ein. In der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur berichtete Ergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen liegen über denjenigen, die als die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in diesem Verfahren berichtet wurden. Dies liegt nach Einschätzung der Expertinnen und Experten insbesondere daran, dass im Verfahren QS WI umfangreiche Ausschlüsse zur Anwendung kommen.

Für die Auswertung in diesem Jahr wurden mit der Einführung von Auffälligkeitskriterien zur Über- und Unterdokumentation und der Weiterentwicklung der Risikoadjustierung zwei weitere wichtige Meilensteine erreicht. Zur Übermittlung von Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen noch einige Hinweise auf Herausforderungen vor, die durch eine Spezifikationsanpassung zum Erfassungsjahr 2026 jedoch voraussichtlich zu großen Teilen adressiert werden können. Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren werden aufgrund der Aussetzung der Datenerhebung im Jahr 2021 erst im nächsten Jahr wieder berichtet.

Das Verfahren wird aktuell durch das IQTIG hinsichtlich der Eignungskriterien geprüft: Die Abgabe des Berichts mit konkreten Empfehlungen zur Überarbeitung des Verfahrens QS WI an den G-BA ist bis zum 15. März 2025 vorgesehen.

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] (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 (abgerufen am: 23.02.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe der Berichte zur *Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen im Rahmen der Erprobung* zur Veröffentlichung. [Stand:] 21.12.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6382/2023-12-21_DeQS-RL_Freigabe_IQTIG-Berichte_WI.pdf (abgerufen am: 01.07.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 20.07.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6113/2023-07-20_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln_PCI_WI_NET_EJ_2024.pdf (abgerufen am: 22.07.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023c): 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 (abgerufen am: 30.01.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: <https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01->

[31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf](#)

(abgerufen am: 22.07.2024).

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] (2023a): Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* im Rahmen der Erprobung. Auftragspunkt I. 2. j). Abschlussbericht. [Stand:] 31.07.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* im Rahmen der Erprobung. Auftragspunkte I. 2.a), b), d), e), f) und j). Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.1. [Stand:] 08.04.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf (abgerufen am: 11.07.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): *QS WI – Hygiene und Infektionsmanagement (HI) – Szenarien zur Weiterentwicklung des Verfahrens: Kurzanalyse und Empfehlungen*. Stand: 04.07.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen: Hygiene- und Infektionsmanagement – amb. Operieren – Verfahren in Erprobung. Auswertungsjahr 2024. Berichtszeitraum Q1/2023 – Q4/2023. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln)*. [Stand:] 31.05.2024. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/wi-hi-a/DeQS-RL_WI-HI-A_AJ2024_QIDB-RR-E_V03_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 22.07.2024).

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

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.