

FAQ zum Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*

Stand: 16. Februar 2018; V10

Änderungshistorie:

Änderung von Version 09 auf Version 10

- Abschnitt 3: Hinzufügen der Frage: „Müssen alle Krankenhausstandorte, die ein gemeinsames IKNR (Institutionskennzeichen) verwenden, einen eigenen einrichtungsbezogenen ambulanten, bzw. stationären QS-Dokumentationsbogen ausfüllen oder nur einen gemeinsamen?“
- Abschnitt 3: Hinzufügen der Fragen zur „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“
 - „Was soll dokumentiert werden, wenn Mitarbeiter zwar an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention teilgenommen haben, der Teilnehmeranteil jedoch nicht für alle Berufsgruppen erhoben wurde?“
 - „Welche Angestellten sind mit der Bezeichnung „Mitarbeiter des medizinischen Dienstes“ gemeint?“
- Abschnitt 3: Hinzufügen der Frage „Wie ist das Datenfeld „Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektionen, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?“ zu beantworten, wenn die aktuellen Diagnosekriterien nach KISS enthalten sind?“
- Abschnitt 3: Hinzufügen der Fragen zur „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten, bzw. stationären Einrichtungen“:
 - „Was ist mit der Bezeichnung „anlassbezogene Überprüfungen“ gemeint?“
 - „Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?““
 - „Frage zum stationären Fragebogen: Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der

Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?“?

- Konkretisierung der Frage 10 „Welche Sanktionen gibt es im Verfahren QS WI?“

Inhaltsverzeichnis

1	Was sind Tracer-Eingriffe?	6
2	Welche Abkürzungen stehen wofür?	6
3	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	7
3.1	Was wird erfasst?.....	7
3.2	Wer muss dokumentieren?.....	7
3.3	Wann beginnt und endet der Dokumentationszeitraum?.....	7
3.4	Wie werden die Leistungserbringer über die Dokumentationspflicht in Kenntnis gesetzt?	7
3.5	An wen werden die Daten übermittelt?	8
3.6	Kann es vorkommen, dass für ein Krankenhaus zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen ausgefüllt werden müssen (ambulant/stationär)?	8
3.7	Müssen alle Krankenhausstandorte, die ein gemeinsames IKNR (Institutionskennzeichen) verwenden, einen eigenen einrichtungsbezogenen ambulanten, bzw. stationären QS-Dokumentationsbogen ausfüllen oder nur einen gemeinsamen?	8
3.8	Kann es vorkommen, dass eine niedergelassene Ärztin / ein niedergelassener Arzt zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen ausfüllen muss (ambulant/stationär)?.....	8
3.9	Fragen zur „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“	8
3.9.1	Was soll dokumentiert werden, wenn Mitarbeiter zwar an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention teilgenommen haben, der Teilnehmeranteil jedoch nicht für alle Berufsgruppen erhoben wurde?.....	8
3.9.2	Welche Angestellten sind mit der Bezeichnung „Mitarbeiter des medizinischen Dienstes“ gemeint?	9
3.10	Wie ist das Datenfeld „Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektionen, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?“ zu beantworten, wenn die aktuellen Diagnosekriterien nach KISS enthalten sind?.....	9

3.11	Fragen zur „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten, bzw. stationären Einrichtungen“:.....	9
3.11.1	Was ist mit der Bezeichnung „anlassbezogene Überprüfungen“ gemeint? ..	9
3.11.2	Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandswechsels durchgeführt?“?	9
3.11.3	Frage zum stationären Fragebogen: Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?“?	10
4	Fallbezogene QS-Dokumentation.....	10
4.1	Der Bogen für die fallbezogene QS-Dokumentation wurde ausgelöst. Muss der Bogen ausgefüllt werden, auch wenn der Tracer-Eingriff bei einem anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde?	10
4.2	Der Bogen für die fallbezogene QS-Dokumentation wurde ausgelöst. Muss er ausgefüllt werden, auch wenn im Vorfeld keine Tracer-OP durchgeführt wurde bzw. keine Operation aus einem Fachgebiet, das in der Richtlinie genannt wird? ..	11
4.3	Eine Patientin oder ein Patient muss aufgrund einer postoperativen Wundinfektion mehrfach stationär aufgenommen werden. Muss die fallbezogene QS-Dokumentation für jeden Aufenthalt erneut ausgefüllt werden? ..	11
4.4	Muss der QS-Bogen ausgefüllt werden, auch wenn keine relevante Voroperation bzw. Prozedur stattgefunden hat?	12
4.5	Müssen Belegärztinnen und -ärzte die fallbezogene QS-Dokumentation ausfüllen?	12
4.6	Frage 11: Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?	12
4.6.1	Welcher Follow-up-Zeitraum wird für QS WI berücksichtigt?	12
4.6.2	Was bedeutet „postoperativ“ im Verfahren QS WI?	12
4.6.3	Was ist mit endoskopischen Eingriffen im Ausfüllhinweis zu Frage 11 – „Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?“ – gemeint?	13
4.7	Frage 14: Mikrobiologische Untersuchung	13

4.7.1	Wann muss die Frage zur mikrobiologischen Untersuchung (Frage 14) mit „ja“ beantwortet werden?	13
4.7.2	Warum muss das Feld zur mikrobiologischen Untersuchung ausgefüllt werden, auch wenn keine Wundinfektion diagnostiziert wurde?	13
4.7.3	Wie muss Frage 14 beantwortet werden, wenn eine mikrobiologische Untersuchung vor dem aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde und nicht währenddessen?	14
4.8	CDC-Definitionen	14
4.8.1	Nach welchen Definitionen ist die Wundinfektionstiefe zu dokumentieren?	14
4.8.2	Werden im QS-Verfahren – anders als in den CDC-Definitionen beschrieben – auch Wundinfektionen erfasst, die nicht im Krankenhaus entstanden sind, sondern „mitgebracht“ wurden?	14
4.9	QS-Filter	15
4.9.1	Wie soll dokumentiert werden, wenn mehrere Filterbedingungen zur Auslösung der QS-Dokumentation führen?	15
4.9.2	Der Bogen löst in vielen Fällen aus, in denen keine Wundinfektion vorliegt. Ist der Filter falsch konfiguriert?	15
4.10	Was ist die Datenannahmestelle für die fallbezogene QS-Dokumentation?	16
5	Ist die Surveillance der nosokomialen Wundinfektionen gemäß § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch die Dokumentation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Infektions- und Hygienemanagement erfüllt?	16
6	Ambulante Leistungserbringer	16
6.1	Muss zu einer ambulant behandelten potenziellen Wundinfektion eine fallbezogene QS-Dokumentation ausgefüllt werden?	16
6.2	Wie werden Daten zu ambulanten Tracer-Eingriffen erhoben, wenn ambulante Leistungserbringer keine fallbezogene Dokumentation ausfüllen müssen?	16
7	Berichte	16
7.1	Wann werden die ersten Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer versendet?	16
7.2	Wann werden die ersten Zwischenberichte versendet?	16
7.3	Welche Leistungserbringer erhalten Zwischen- und Rückmeldeberichte?	17
8	Was sind Sozialdaten bei den Krankenkassen und welche Informationen sind darin enthalten?	17
9	Warum werden Belegungstage nach DRG (Diagnosis Related Groups) abgefragt und nicht tatsächliche Behandlungstage?	17

10 Welche Sanktionen gibt es im Verfahren QS WI? 18

1 Was sind Tracer-Eingriffe?

Als Tracer-Eingriffe werden jene Eingriffe bezeichnet, die im QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* ausgewählt wurden, um im Rahmen der Qualitätssicherung nachbeobachtet zu werden. Die Qualitätssicherung zielt darauf ab herauszufinden, ob sich postoperativ eine nosokomiale Wundinfektion entwickelt hat. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Eingriffe aus acht Fachgebieten ausgewählt:

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

2 Welche Abkürzungen stehen wofür?

Für das Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ steht die Abkürzung QS WI (gemäß Qesü-RL).

Für das QS-Verfahren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der einrichtungsbezogenen QS Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement, der fallbezogenen QS-Dokumentation beim stationären Leistungserbringer und den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Zu jedem Erfassungsinstrument gibt es eines oder mehrere Spezifikationsmodule:

Fallbezogene QS-Dokumentation:

- NWIF = Spezifikationsmodul für die fallbezogene QS-Dokumentation

Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation:

- NWIEA = Spezifikationsmodul für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu ambulanten Eingriffen
- NWIES = Spezifikationsmodul für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu stationären Eingriffen

Sozialdaten bei den Krankenkassen:

- NWITR = Spezifikationsmodul für Tracer-Eingriffe
- NWIWI = Spezifikationsmodul für Wundinfektionen

3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

3.1 Was wird erfasst?

Gegenstand der Dokumentation ist das Infektions- und Hygienemanagement des Jahres 2017, welches über den Dokumentationsbogen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation abgefragt wird.

3.2 Wer muss dokumentieren?

Alle Leistungserbringer, die 2017 mindestens einen Tracer-Eingriff in den ersten zwei Quartalen erbracht und über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet haben, sind verpflichtet, die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation durchzuführen. Als Tracer-Eingriffe werden in diesem QS-Verfahren die Eingriffe bezeichnet, die hinsichtlich einer sich ggf. entwickelnden postoperativen nosokomialen Wundinfektion nachbeobachtet werden.

- Liste von Tracer-Eingriffen aus dem Bereich ambulante Operationen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Liste von Tracer-Eingriffen aus dem Bereich ambulante Operationen am Krankenhaus
- Liste von Tracer-Eingriffen aus dem Bereich stationäre Operationen durch Belegärztinnen/Belegärzte
- Liste von Tracer-Eingriffen aus dem Bereich stationäre Operationen durch Krankenhäuser

Krankenhäuser sollen auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin/Belegarzt und Krankenhaus diesen die für die Erfüllung der Dokumentationspflicht zu erhebenden Daten für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation des Krankenhauses möglichst in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form zur Verfügung stellen. Gleiches gilt für die Erfüllung der Dokumentationspflicht ermächtigter Ärztinnen/Ärzte.

3.3 Wann beginnt und endet der Dokumentationszeitraum?

Am 1. Januar 2018 startet der Dokumentationszeitraum der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (QS WI). Bis zum 30. April 2018 können die Daten übermittelt werden.

Da es sich um retrospektive Jahresbetrachtungen für das gesamte Jahr 2017 handelt, sollen keine Datenexporte vor dem 1. Januar 2018 erfolgen. Der Datenservice steht ab dem 1. Januar 2018 zur Verfügung.

3.4 Wie werden die Leistungserbringer über die Dokumentationspflicht in Kenntnis gesetzt?

Für vertragsärztlich tätige Leistungserbringer stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich eine Dokumentationsverpflichtung fest und informieren diese darüber frühestmöglich.

Für stationäre Leistungserbringer besteht die Möglichkeit, über Module der Qualitätssicherungssoftware des jeweiligen Softwareanbieters auslösen zu lassen.

3.5 An wen werden die Daten übermittelt?

Die Leistungserbringer übermitteln bis zum 30. April 2018 die einrichtungsbezogenen Daten an die entsprechenden Datenannahmestellen:

- Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und -ärzte ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich Anwendungen, z. B. webbasiert, zur Erfassung und Übertragung von Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zur Verfügung stellen.
- Datenannahmestelle für Krankenhäuser ist die LQS oder die LKG analog zur Datenübermittlung bei der fallbezogenen QS-Dokumentation.

3.6 Kann es vorkommen, dass für ein Krankenhaus zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen ausgefüllt werden müssen (ambulant/stationär)?

Ja. Ein Krankenhaus, das in den ersten beiden Quartalen sowohl ambulante als auch stationäre Tracer-Eingriffe über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet hat, muss zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen (ambulant/stationär) ausfüllen.

3.7 Müssen alle Krankenhausstandorte, die ein gemeinsames IKNR (Institutionskennzeichen) verwenden, einen eigenen einrichtungsbezogenen ambulanten, bzw. stationären QS-Dokumentationsbogen ausfüllen oder nur einen gemeinsamen?

Pro IKNR kann nur maximal ein einrichtungsbezogener ambulanter und ein einrichtungsbezogener stationärer QS-Dokumentationsbogen ausgefüllt werden. Die Fragen des Dokumentationsbogens beziehen sich daher auf sämtliche Standorte, die unter einem IKNR geführt werden.

3.8 Kann es vorkommen, dass eine niedergelassene Ärztin / ein niedergelassener Arzt zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen ausfüllen muss (ambulant/stationär)?

Ja. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in den ersten beiden Quartalen sowohl ambulant erbrachte als auch belegärztlich (stationär) erbrachte Leistungen abgerechnet haben, müssen zwei einrichtungsbezogene QS-Dokumentationsbögen (ambulant/stationär) ausfüllen.

3.9 Fragen zur „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“

3.9.1 Was soll dokumentiert werden, wenn Mitarbeiter zwar an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention teilgenommen haben, der Teilnehmeranteil jedoch nicht für alle Berufsgruppen erhoben wurde?

In diesem Fall ist die Frage „Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene- und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?“ mit „1=ja“

zu beantworten. Für Mitarbeitergruppen deren Teilnehmeranteil nicht erhoben worden ist, ist in den entsprechenden Datenfeldern die Angabe „0%“ einzutragen.

3.9.2 Welche Angestellten sind mit der Bezeichnung „Mitarbeiter des medizinischen Dienstes“ gemeint?

Dem „Medizinisch-Technischen Dienst“ zugeordnet werden u.a.: Apothekenpersonal, Chemiker, Diätassistenten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, Masseur, Medizinisch-technische Assistenten, Orthoptisten, Psychologen, Schreibkräfte im ärztlichen und medizinisch-technischen Bereich und seit 1996 Sozialarbeiter. (Definition der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes: http://www.gbe-bund.de/glossar/Medizinisch_technischer_Dienst.html).

3.10 Wie ist das Datenfeld „Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektionen, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?“ zu beantworten, wenn die aktuellen Diagnosekriterien nach KISS enthalten sind?

In diesem Fall die Frage ebenfalls mit „1= ja“ zu beantworten.

3.11 Fragen zur „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten, bzw. stationären Einrichtungen“:

3.11.1 Was ist mit der Bezeichnung „anlassbezogene Überprüfungen“ gemeint?

„Anlassbezogene Überprüfungen“ meint Überprüfungen, die sich auf Routinesituationen beziehen, die direkt am Patienten durchgeführt werden. Nicht gemeint sind damit Überprüfungen in einer „Trockensituation“ wie beispielsweise das Üben / Durchführen einer Händedesinfektion im Hinterraum / Seminarraum im Rahmen einer Compliance-Prüfung.

3.11.2 Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?“?

Die beiden Abschnitte beziehen sich auf die Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?“. Sie sind für die Beantwortung der Frage nach der Durchführung von Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels nicht relevant. Der Absatz zur „anlassbezogenen Compliance-Prüfung“ ist jedoch für die Beantwortung dieser Frage von Relevanz.

3.11.3 Frage zum stationären Fragebogen: Worauf beziehen sich die Abschnitte zur „Händedesinfektion“ im Ausfüllhinweis der Frage: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?“?

Die beiden Abschnitte beziehen sich auf Frage „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?“. Sie sind für die Beantwortung der Frage nach der Durchführung von Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe nicht relevant. Der Absatz zur „anlassbezogenen Compliance-Prüfung“ ist jedoch für die Beantwortung dieser Frage von Relevanz.

4 Fallbezogene QS-Dokumentation

4.1 Der Bogen für die fallbezogene QS-Dokumentation wurde ausgelöst. Muss der Bogen ausgefüllt werden, auch wenn der Tracer-Eingriff bei einem anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde?

Ja. Die fallbezogene QS-Dokumentation muss unabhängig davon, bei welchem Leistungserbringer der verursachende Eingriff durchgeführt wurde, ausgefüllt werden. Somit müssen auch stationäre Leistungserbringer den Dokumentationsbogen des QS-Verfahrens ausfüllen, die selbst nicht der oben aufgeführten Liste an Fachgebieten angehören und keinen Tracer-Eingriff durchgeführt haben. Der Filter der fallbezogenen QS-Dokumentation ist so konfiguriert, dass möglichst viele postoperative Wundinfektionen erfasst werden. Dabei lässt sich nicht verhindern, dass Dokumentationsbögen auch in Fällen ausgelöst werden, in denen keine postoperative Wundinfektion bestätigt werden kann.

Die Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* bedeutet *nicht*, dass die *Behandlung der Wundinfektion* im Rahmen der Qualitätssicherung betrachtet wird, sondern der *Eingriff, der die Wundinfektion zur Folge hatte*. Die fallbezogene QS-Dokumentation ermöglicht es, Wundinfektionen zu identifizieren, die im Anschluss an Tracer-Eingriffe auftreten.

Die Daten zu den Eingriffen, die für die Qualitätssicherung ausgewählt wurden (Tracer-Eingriffe), werden in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Im IQTIG werden für die Ermittlung der Wundinfektionsraten die Informationen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation mit den Informationen zu den Tracer-Eingriffen zusammengeführt. So sollen jedem Leistungserbringer, der Tracer-Eingriffe durchführt, die Wundinfektionen zugeordnet werden können, die wahrscheinlich durch ihn verursacht wurden. Erst bei Zusammenführung aller Daten zu einem Fall kann also eine Aussage dazu getroffen werden, ob es sich bei der behandelten Infektion um eine *nosokomiale* postoperative Wundinfektion handelt. Leistungserbringer können nur für erbrachte Tracer-Eingriffe rechnerisch auffällig werden, wenn sich aufgrund dieser Eingriffe im

Beobachtungszeitraum Wundinfektionen entwickeln. Wundinfektionen, die nach Tracer-Eingriffen anderer Leistungserbringer dokumentiert werden, können auch nur bei diesen Leistungserbringern zu rechnerischen Auffälligkeiten führen.

Im QS-Verfahren sind nur jene postoperativen Wundinfektionen relevant, die auch einem Tracer-Eingriff zugeordnet werden können.

4.2 Der Bogen für die fallbezogene QS-Dokumentation wurde ausgelöst. Muss er ausgefüllt werden, auch wenn im Vorfeld keine Tracer-OP durchgeführt wurde bzw. keine Operation aus einem Fachgebiet, das in der Richtlinie genannt wird?

Ja. Der Bogen der fallbezogenen QS-Dokumentation löst bei Konstellationen von Kodes aus, bei denen eine Wundinfektion vorliegen kann. Er löst unabhängig davon aus, ob es sich tatsächlich um eine postoperative Wundinfektion handelt oder ob diese auf einen Eingriff aus einem Fachgebiet zurückgeht, das im Verfahren betrachtet werden soll. Grund dafür ist, dass diese Informationen zum Zeitpunkt der Auslösung des Bogens nicht in der QS-Filter-Software vorliegen. Die Prüfung, ob der Fall einer postoperativen Wundinfektion mit einem Tracer-Eingriff zusammengeführt werden kann, erfolgt erst im IQTIG. Bei der Dokumentation soll und muss nicht geprüft werden, ob eine postoperative Wundinfektion auf einen Eingriff zurückgeführt werden kann, der im QS-Verfahren betrachtet werden soll.

Laut Qesü-Richtlinie werden neurochirurgische Operationen im Verfahren QS WI nicht berücksichtigt. Der Filter der Spezifikation 2017 enthält jedoch Kodes aus dem Bereich der Neurochirurgie. Diese Kodes wurden bereits im Rahmen der Änderungen für die Spezifikation 2018 entfernt. Eine Fehlauflösung der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus kann durch diese fälschlicherweise im Filter enthaltenen Kodes nicht erfolgen, da die Auslösung der Dokumentationsbögen lediglich über Kodes geschieht, die eine Wundinfektion vermuten lassen. Bei der Berechnung der Wundinfektionsraten des Erfassungsjahres 2017 werden Fälle, in denen eine postoperative Wundinfektion auf einen neurochirurgischen Eingriff zurückgeht, nicht berücksichtigt.

4.3 Eine Patientin oder ein Patient muss aufgrund einer postoperativen Wundinfektion mehrfach stationär aufgenommen werden. Muss die fallbezogene QS-Dokumentation für jeden Aufenthalt erneut ausgefüllt werden?

Ja. Wird eine Patientin oder ein Patient mit einer postoperativen Wundinfektion mehrfach stationär aufgenommen, kann aufgrund der entsprechenden Diagnose- und Prozedurenkodes die fallbezogene QS-Dokumentation bei jedem Aufenthalt erneut auslösen. Der QS-Dokumentationsbogen muss in diesen Fällen bei jeder Auslösung ausgefüllt werden. Im IQTIG erfolgt die Zusammenführung von Informationen zu einer Patientin / einem Patienten. Wird hier deutlich, dass mehrere Dokumentationen zu Wundinfektionen vorliegen, die sich auf denselben Tracer-Eingriff beziehen, wird lediglich die erste stationäre Behandlung der postoperativen Wundinfektion für die Auswertung berücksichtigt.

4.4 Muss der QS-Bogen ausgefüllt werden, auch wenn keine relevante Voroperation bzw. Prozedur stattgefunden hat?

Ja. Jeder korrekt (entsprechend der Filterbedingungen) ausgelöste QS-Bogen ist dokumentationspflichtig. Ist eine postoperative Wundinfektion auszuschließen, da keine Infektion in einem ehemaligen OP-Gebiet vorliegt, sind die Fragen

- „Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?“ und
- „Wurde eine postoperative, mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?“

mit „nein“ zu beantworten.

4.5 Müssen Belegärztinnen und -ärzte die fallbezogene QS-Dokumentation ausfüllen?

Gemäß § 3 Satz 9 Themenspezifische Bestimmungen (Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen) der Qesü-Richtlinie sind Krankenhäuser verpflichtet, Daten zum Zähler der Wundinfektionsraten (Grundgesamtheit) zu erheben und zu übermitteln. Entsprechend müssen Krankenhäuser diese Informationen auch über belegärztliche Tätigkeiten erheben und übermitteln, wenn diese stationär erbracht werden. Nach § 9 Abs. 1a Themenspezifische Bestimmungen (Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen) der Qesü-RL werden durch die fallbezogene QS-Dokumentation Daten von stationären Leistungserbringern verwendet.

4.6 Frage 11: Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?

4.6.1 Welcher Follow-up-Zeitraum wird für QS WI berücksichtigt?

Nach einem Tracer-Eingriff wird für Nicht-Implantat-Operationen ein Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen, für Implantat-Eingriffe ein Zeitraum von 365 Tagen betrachtet. Diese Zeiträume zwischen Tracer-Eingriff und Wundinfektionsereignis werden im IQTIG über die zusammengeführten Daten von fallbezogener QS-Dokumentation und Sozialdaten ermittelt. Sie müssen demzufolge nicht vom Leistungserbringer, der die fallbezogene QS-Dokumentation dokumentiert, erfragt werden. Der Zeitpunkt des Tracer-Eingriffs muss für die Diagnose einer postoperativen Wundinfektion nicht berücksichtigt werden. Erfolgt eine Umstellung des Follow-up-Zeitraums von 365 Tagen auf 90 Tagen entsprechend der veränderten CDC-Definitionen, kann dies im IQTIG im Rahmen der Auswertung berücksichtigt werden.

4.6.2 Was bedeutet „postoperativ“ im Verfahren QS WI?

Bei der Frage „Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?“ bezieht sich das Wort „postoperativ“ sowohl auf Wundinfektionen nach Tracer-OPs im selben Krankenhausaufenthalt wie auch auf Wundinfektionen,

die auf zurückliegende Tracer-Eingriffe zurückzuführen sind. Die Wundinfektionen können dabei vor dem aktuellen Aufenthalt sowie auch währenddessen entstanden sein.

4.6.3 Was ist mit endoskopischen Eingriffen im Ausfüllhinweis zu Frage 11 – „Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion / Surgical Site Infection)?“ – gemeint?

Hier sind ausschließlich endoskopische Eingriffe im engeren Sinne gemeint (Eingriffe durch natürliche Körperöffnungen).

4.7 Frage 14: Mikrobiologische Untersuchung

4.7.1 Wann muss die Frage zur mikrobiologischen Untersuchung (Frage 14) mit „ja“ beantwortet werden?

Die Frage bezüglich der mikrobiologischen Untersuchung bezieht sich auf dieselbe Infektion, für die die Frage „Liegt eine Wundinfektion in einem (früheren) Wundgebiet vor?“ (Frage 11) beantwortet wurde.

Zunächst ist zur Beantwortung der Frage, ob eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt wurde entscheidend, ob ein postoperatives Wundgebiet vorliegt. Ist dies nicht der Fall, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten.

Liegt hingegen ein Wundgebiet vor, ist zu beantworten, ob im Rahmen der Diagnosestellung einer postoperativen Wundinfektion eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt wurde. Dabei ist lediglich die Tatsache entscheidend *ob* eine solche durchgeführt wurde und nicht was das Ergebnis ist. Unabhängig davon also, ob das Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung positiv oder negativ ist, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten, wenn eine mikrobiologische Diagnostik zur Bestimmung einer postoperativen Wundinfektion durchgeführt wurde.

4.7.2 Warum muss das Feld zur mikrobiologischen Untersuchung ausgefüllt werden, auch wenn keine Wundinfektion diagnostiziert wurde?

Mit dieser Frage soll herausgefunden werden, ob im Rahmen der Diagnosestellung für eine postoperative Wundinfektion eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt wurde. Es kann sich um mikrobiologische Befunde aus kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren (z. B. PCR, ELISA) oder mikroskopische Nachweismethoden handeln, bei denen der Befund zu einer Erregeridentifikation führen kann. Laborbefunde müssen aus Material stammen, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde.

Ergebnisse aus Untersuchungen, welche im Rahmen eines routinemäßigen Screenings entnommen wurden (z. B. Nasenabstrich auf MRSA, Rektalabstrich auf VRE), sind hier nicht gemeint.

Für die Beantwortung ist lediglich die Tatsache entscheidend, *ob* die mikrobiologische Untersuchung im Rahmen der Diagnostik durchgeführt wurde, und nicht, was das Ergebnis ist. Unabhängig davon also, ob das Ergebnis positiv oder negativ ist, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten, wenn eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt wurde. Für den Fall, dass kein Wundgebiet

vorliegt, sodass eine Wundinfektion unmöglich ist, muss die Frage mit „nein“ beantwortet werden.

Wie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (2011) beschrieben dient die Frage nach der mikrobiologischen Untersuchung der Überprüfung der Validität der Ergebnisse des Datenfeldes „Liegt eine postoperative Wundinfektion vor?“ (Frage 11). Es wird vermutet, dass ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einer mikrobiologischen Untersuchung und der Diagnoseprävalenz einer Wundinfektion besteht. Perspektivisch kann bei Bestätigung dieser Vermutung ein entsprechender Indikator entwickelt werden. Auch hinsichtlich der Validierung des Indikators zu MRSA-Infektionen kann die Angabe zur mikrobiologischen Untersuchung zur Analyse der Dokumentationsqualität beitragen. Daher ist die Frage nach der mikrobiologischen Untersuchung auch dann zu beantworten, wenn keine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wurde.

4.7.3 Wie muss Frage 14 beantwortet werden, wenn eine mikrobiologische Untersuchung vor dem aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde und nicht währenddessen?

Wenn das Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung in der Patientenakte vorhanden ist und für die Diagnose der Wundinfektion herangezogen werden kann, so ist die Frage mit „ja“ zu beantworten.

4.8 CDC-Definitionen

4.8.1 Nach welchen Definitionen ist die Wundinfektionstiefe zu dokumentieren?

Für die Bestimmung der Wundinfektionstiefe soll sich bei der Dokumentation an den CDC-Definitionen (7. Auflage 2011, <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen>) orientiert werden. Der über den CDC-Definitionen stehende Hinweis auf der Webseite des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ), dass diese keine Anwendung mehr finden, bezieht sich lediglich auf die KISS-Module, aber nicht auf die externe Qualitätssicherung. Es soll sich bei der Bestimmung der Wundinfektionstiefe weiter an den CDC-Definitionen orientiert werden.

4.8.2 Werden im QS-Verfahren – anders als in den CDC-Definitionen beschrieben – auch Wundinfektionen erfasst, die nicht im Krankenhaus entstanden sind, sondern „mitgebracht“ wurden?

Ein Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) ist es, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu erfassen, die in einem definierten Zeitraum nach einer Tracer-Operation aufgetreten sind und stationär erfasst wurden. Die Funktionsweise des Verfahrens ermöglicht es, Daten eines Patienten zu mehreren Zeitpunkten im Behandlungsverlauf zu erheben und zusammenzuführen. So können nicht nur nosokomiale postoperative Wundinfektionen erfasst werden, die während eines Krankenhausaufenthalts auftreten, sondern auch solche, die erst im zeitlichen Verlauf von 30 bzw. 365 Tagen auftreten und bei einer erneuten stationären Aufnahme im selben oder einem anderen Krankenhaus erfasst werden.

Das Krankenhaus diagnostiziert im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation dabei lediglich postoperative Wundinfektionen, keine *nosokomialen* postoperativen Wundinfektionen. Eine Einschätzung darüber, ob die diagnostizierten postoperativen Wundinfektionen tatsächlich als nosokomiale Infektionen gelten, erfolgt erst im IQTIG nach Zusammenführung der fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten und den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Auch der zeitliche Abstand zwischen Tracer-Eingriff und postoperativer Wundinfektion muss nicht durch den diagnostizierenden Leistungserbringer hergestellt werden, sondern erfolgt im Rahmen der Datenauswertung.

Für die Bestimmung der Wundinfektionstiefe soll sich bei der Dokumentation an den CDC-Definitionen (7. Auflage 2011, <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen>) orientiert werden. Dennoch werden für die Dokumentation von Fällen für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* im Krankenhaus wie oben beschrieben keine nosokomialen postoperativen Wundinfektionen diagnostiziert, sondern postoperative Wundinfektionen. Die zu diagnostizierenden postoperativen Wundinfektionen müssen sich nicht erst im Verlauf des stationären Aufenthalts entwickeln, sondern können auch schon bei Aufnahme vorliegen.

4.9 QS-Filter

4.9.1 Wie soll dokumentiert werden, wenn mehrere Filterbedingungen zur Auslösung der QS-Dokumentation führen?

Die Frage, ob eine postoperative Wundinfektion vorliegt, ist mit „ja“ zu beantworten, wenn mindestens eine Prozedur oder Diagnose aufgrund einer Wundinfektion dokumentiert wurde, die in Bezug zu einem ehemaligen Operationsgebiet steht. Die Frage nach der mikrobiologischen Untersuchung ist dann mit „ja“ zu beantworten, wenn eine mikrobiologische Untersuchung zu derjenigen Infektion vorliegt, für die die Frage nach der postoperativen Wundinfektion beantwortet wurde.

Die Frage nach der Wundinfektionstiefe ist immer für die postoperative Wundinfektion mit der höchsten Wundinfektionstiefenkategorie zu dokumentieren.

4.9.2 Der Bogen löst in vielen Fällen aus, in denen keine Wundinfektion vorliegt. Ist der Filter falsch konfiguriert?

Der Filter der fallbezogenen QS-Dokumentation ist so konfiguriert, dass möglichst viele postoperative Wundinfektionen erfasst werden. Dabei lässt sich nicht verhindern, dass Dokumentationsbögen auch in Fällen ausgelöst werden, in denen keine postoperative Wundinfektion bestätigt werden kann. Im Rahmen der Verfahrenspflege besteht ggf. die Möglichkeit, den Filter in einzelnen Fällen anzupassen. Bitte haben Sie jedoch Verständnis, dass auch weiterhin Bögen ausgelöst werden, ohne dass eine Operation bzw. Prozedur im Vorfeld durchgeführt wurde. Es ist aufgrund der geringen Spezifität der Codes für postoperative Wundinfektionen nicht möglich, nur in den Fällen Bögen auszulösen, in denen eine postoperative Wundinfektion sicher vorliegt.

4.10 Was ist die Datenannahmestelle für die fallbezogene QS-Dokumentation?

Laut § 9 Abs. 1 Satz 3 der Qesü-Richtlinie ist die Datenannahmestelle für Krankenhäuser die LQS oder die LKG. Dementsprechend ist die Datenannahmestelle für im Modul NWIF ausgelöste Fälle immer die LQS oder die LKG.

5 Ist die Surveillance der nosokomialen Wundinfektionen gemäß § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch die Dokumentation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Infektions- und Hygienemanagement erfüllt?

Aktuell ist dies nicht der Fall.

6 Ambulante Leistungserbringer

6.1 Muss zu einer ambulant behandelten potenziellen Wundinfektion eine fallbezogene QS-Dokumentation ausgefüllt werden?

Nein. Die fallbezogene QS-Dokumentation wird lediglich von stationären Leistungserbringern zu stationär behandelten Patienten ausgefüllt, da nur stationär dokumentierte Wundinfektionen im QS-Verfahren berücksichtigt werden.

6.2 Wie werden Daten zu ambulanten Tracer-Eingriffen erhoben, wenn ambulante Leistungserbringer keine fallbezogene Dokumentation ausfüllen müssen?

Zu Tracer-Eingriffen, also Eingriffen, die in diesem QS-Verfahren hinsichtlich der Entwicklung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen betrachtet werden, werden sowohl Daten zu ambulanten als auch stationären Eingriffen erhoben. Die Informationen zu den Tracer-Eingriffen werden aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen bezogen, sodass hierzu keine Dokumentation ausgefüllt werden muss.

7 Berichte

7.1 Wann werden die ersten Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer versendet?

Am 31. Juli 2018 sollen die ersten Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer versendet werden. In diesen Berichten werden ausschließlich Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement enthalten sein, die auf Basis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ermittelt wurden. In den Rückmeldeberichten 2019 werden erstmals die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen enthalten sein.

7.2 Wann werden die ersten Zwischenberichte versendet?

Die ersten Zwischenberichte sollen am 1. August 2019 und dann quartalsmäßig an die Leistungserbringer übermittelt werden (1. November, 1. Februar, 1. Mai). In den Zwischenberichten werden vorläufige Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen berichtet.

7.3 Welche Leistungserbringer erhalten Zwischen- und Rückmeldeberichte?

Alle Leistungserbringer, die mindestens einen Tracer-Eingriff im Erfassungsjahr durchgeführt haben, erhalten Zwischen- und Rückmeldeberichte. Wenn eine Berichtsgrundlage von drei Erfassungsjahren vorliegt (2020) sind in den Rückmeldeberichten Auswertungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Vorjahr sowie Auswertungen der Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen des Vorjahres (30-Tage-Follow-up), Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen des dem Vorjahr vorangehenden Jahres (1-Jahres-Follow-up), Indikatorergebnisse eines Leistungserbringers im Verhältnis zu den Vergleichsgruppen (Benchmark) sowie eine Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren enthalten.

8 Was sind Sozialdaten bei den Krankenkassen und welche Informationen sind darin enthalten?

Sozialdaten bei den Krankenkassen sind Angaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern, zu denen die Krankenkassen als Sozialversicherungsträger zählen, zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erhoben und gespeichert werden (§ 67 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz –, SGB X). Darunter zählen Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten, wie z. B. das Geschlecht, das Alter und der Versichertenstatus (§ 284 SGB V). Weiterhin enthalten die im Verfahren verwendeten Sozialdaten bei den Krankenkassen Informationen zur Identifikation des Leistungserbringers in Form der BSNR oder dem Institutskennzeichen sowie Informationen zu Prozeduren, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnose), Behandlungszeitraum, Datum des Eingriffs, Seitenlokalisierung etc. Die an das IQTIG übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen betreffen Daten nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus), § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) und § 301 SGB V (Krankenhäuser). Laut § 299 Abs. 1a SGB V dürfen Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen zum Zweck der Qualitätssicherung genutzt werden. Es dürfen jedoch lediglich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelt werden, die für die Qualitätssicherung benötigt werden. Die Erforderlichkeit der Daten wird in Anlage II der [Qesü-Richtlinie](#) dargestellt. Fallinformationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen werden nur pseudonymisiert übermittelt, sodass eine Identifizierung von Patientinnen und Patienten durch das IQTIG zu jedem Zeitpunkt unmöglich ist.

9 Warum werden Belegungstage nach DRG (Diagnosis Related Groups) abgefragt und nicht tatsächliche Behandlungstage?

Nach Prüfung und Interventionen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) können die tatsächlichen Behandlungstage von der Anzahl der abgerechneten Tage (Belegungstage nach DRG) abweichen. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung stellte sich heraus, dass die Informationen bei den Leistungserbringern regelmäßig nur zu den Belegungstagen nach DRG vorliegen und im Vergleich zu den tatsächlichen Behandlungstagen aufwandsarm zur Verfügung gestellt werden können.

10 Welche Sanktionen gibt es im Verfahren QS WI?

Das Verfahren QS WI befindet sich in den ersten fünf Jahren in einer Erprobungsphase, in der das Stellungnahmeverfahren in reduzierter Form durchgeführt wird. Das bedeutet, dass grundsätzlich keine Maßnahmen wie die Anordnung zu Fortbildungen, Qualitätszirkel oder Peer Reviews von den Landesarbeitsgemeinschaften ergriffen werden. Laut Richtlinie gibt es weiterhin in diesem Zeitraum – außer wenn dringender Handlungsbedarf gesehen wird – keine Veröffentlichungen der Ergebnisse, Vergütungsabschlüsse, Entanonymisierungen oder Schließungen von Einrichtungen. Dies betrifft sowohl die Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement in der ambulanten, bzw. stationären Versorgung, als auch die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in der ambulanten, bzw. stationären Versorgung. Sanktionen wegen Über- oder Unterdokumentation gibt es für das Jahr 2017 und 2018 nicht, der G-BA kann diese jedoch auch bereits innerhalb der Erprobungsphase beschließen – jedoch nicht rückwirkend und somit frühestens für das Erfassungsjahr 2019.