



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen

Erweiterte Machbarkeitsprüfung

Stand: 10. März 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen – Erweiterte Machbarkeitsprüfung

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19. Dezember 2013

Datum der Abgabe:

31. Oktober 2014

Redaktionelle Überarbeitung am 10. März 2015

Signatur:

14-SQG-016

Hinweis:

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

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis.....	13
Abkürzungsverzeichnis.....	14
Management Summary	16
1 Einleitung	18
1.1 Beauftragung der erweiterten Machbarkeitsprüfung.....	18
1.2 Begründung für erweiterte Machbarkeitsprüfungen	18
2 Vorbereitung der erweiterten Machbarkeitsprüfung.....	20
2.1 Rekrutierung der Teilnehmer.....	20
2.2 Zusammensetzung der Teilnehmer.....	21
2.3 Vorbereitung der Vor-Ort-Interviews	22
2.3.1 Unterlagen für die Teilnehmer	22
2.3.2 Zusatzfragen	23
2.3.3 Ansprechpartner für die Teilnehmer.....	23
3 Durchführung der Machbarkeitsprüfung	24
3.1 Durchführung der Vor-Ort-Interviews	24
3.2 Daten- und Schemaprüfung, Auswertung der Daten	24
3.3 Auswertung der Antworten	25
4 Fallbezogene QS-Dokumentation.....	26
4.1 Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation.....	26
4.1.1 Datenfeld 13 „Wundinfektion“.....	26
4.1.2 Datenfeld 14 „Wundinfektionstiefe“	28
4.1.3 Datenfeld 15 „Wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt?“	30
4.2 Fallprüfungen.....	30
4.2.1 Gefäßchirurgie	32
4.2.2 Gynäkologie	33
4.2.3 Herzchirurgie	34
4.2.4 Orthopädie/Unfallchirurgie.....	35
4.2.5 Urologie.....	36
4.2.6 Viszeralchirurgie	37
5 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Ergebnisse nach Datenfeldern (Fragen).....	39
5.1 Stationäre Einrichtungsbefragung.....	39
Frage 1: Anzahl der durchgeführten Operationen.....	39
Frage 2: Anzahl der Patiententage Intensivstation.....	40

Frage 3: Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstation	41
Frage 4: Patiententage Allgemeinstationen	42
Frage 5: Verbrauch Händedesinfektionsmittel Allgemeinstationen.....	42
Frage 6: Leitlinie perioperative Antibiotikaprophylaxe	43
Frage 7: Inhalte der Leitlinie	44
Frage 8: Zugriff auf die Leitlinie	44
Frage 9: Aktualisierung der Leitlinie	45
Frage 10: Autorisierung der Leitlinie	45
Frage 11: Überprüfung der Antibiotikaprophylaxe	46
Frage 12: Überprüfung der Checklistenanwendung	46
Frage 13: Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	47
Frage 14: Zugriff auf die Leitlinie	48
Frage 15: Aktualisierung der Leitlinie.....	48
Frage 16: Autorisierung der Leitlinie	49
Frage 17: Präoperative Haarentfernung	49
Frage 18: Durchführung Sterilgutaufbereitung	50
Frage 19: Risikoeinstufung der Medizinprodukte	51
Frage 20: Standardarbeitsanweisung bei Aufbereitung von Medizinprodukten.....	51
Frage 21: Beladungsmuster RDG/Sterilisator	52
Frage 22: Zugriff auf die Standardarbeitsanweisung	52
Frage 23: Letzte Wartung RDG.....	53
Frage 24: Letzte Wartung Siegelnahtgerät	54
Frage 25: Letzte Wartung Sterilisator.....	55
Frage 26: Letzte Prozessvalidierung Sterilisation	55
Frage 27: Schulung der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung.....	56
Frage 28: Fehlermanagement Sterilgutbereich	57
Frage 29: Arbeitsanweisung präoperative Antiseptik	57
Frage 30: Inhalte der Arbeitsanweisung	58
Frage 31: Zugriff auf die Arbeitsanweisung	59
Frage 32: Aktualisierung der Arbeitsanweisung	59
Frage 33: Autorisierung der Arbeitsanweisung.....	60
Frage 34: Arbeitsanweisung Wundversorgung.....	60
Frage 35: Inhalte der Arbeitsanweisung	61
Frage 36: Zugriff auf die Arbeitsanweisung	62
Frage 37: Aktualisierung der Arbeitsanweisung	62
Frage 38: Autorisierung der Arbeitsanweisung.....	63
Frage 39: Information Antibiotikaresistenzlage und -therapie	63

Frage 40: Information Hygiene- und Infektionsprävention	64
Frage 41: Informationsblatt MRSA	65
Frage 42: Inhalte des Informationsblatts.....	66
Frage 43: Entlassungs- und Überleitungsmanagement.....	66
Frage 44: Autorisierung des Konzepts.....	67
Frage 45: Inhalte des Konzepts	68
Frage 46: Compliance-Überprüfungen	68
Frage 47: Maßnahmen zur Förderung der Compliance.....	69
5.2 Ambulante Einrichtungsbefragung	71
Frage 1: Art der operierenden Einrichtung	71
Frage 2: Anzahl der durchgeführten Operationen.....	72
Frage 3: Anzahl Behandlungsfälle	73
Frage 4: Verbrauch Händedesinfektionsmittel	74
Frage 5: Leitlinie perioperative Antibiotikaprophylaxe	75
Frage 6: Inhalte der Leitlinie	76
Frage 7: Zugriff auf die Leitlinie	77
Frage 8: Aktualisierung der Leitlinie.....	77
Frage 9: Autorisierung der Arbeitsanweisung.....	78
Frage 10: Überprüfung der Antibiotikaprophylaxe	78
Frage 11: Überprüfung der Checklistenanwendung	79
Frage 12: Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	79
Frage 13: Zugriff auf die Leitlinie	80
Frage 14: Aktualisierung der Leitlinie.....	81
Frage 15: Autorisierung der Leitlinie	81
Frage 16: Präoperative Haarentfernung	82
Frage 17: Durchführung Sterilgutaufbereitung	82
Frage 18: Risikoeinstufung der Medizinprodukte	84
Frage 19: Standardarbeitsanweisung bei Aufbereitung von Medizinprodukten.....	84
Frage 20: Beladungsmuster RDG/Sterilisator	85
Frage 21: Zugriff auf die Standardarbeitsanweisung	86
Frage 22: Letzte Wartung RDG.....	86
Frage 23: Letzte Wartung Siegelnahtgerät	88
Frage 24: Letzte Wartung Sterilisator.....	89
Frage 25: Letzte Prozessvalidierung Sterilisation	90
Frage 26: Schulung der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung.....	91
Frage 27: Fehlermanagement Sterilgutbereich	92
Frage 28: Arbeitsanweisung präoperative Antiseptik	92

Frage 29: Inhalte der Arbeitsanweisung	93
Frage 30: Zugriff auf die Arbeitsanweisung	94
Frage 31: Aktualisierung der Arbeitsanweisung	94
Frage 32: Autorisierung der Arbeitsanweisung	95
Frage 33: Arbeitsanweisung Wundversorgung.....	95
Frage 34: Inhalte der Arbeitsanweisung	96
Frage 35: Zugriff auf die Arbeitsanweisung	97
Frage 36: Aktualisierung der Arbeitsanweisung	98
Frage37: Autorisierung der Arbeitsanweisung.....	98
Frage 38: Information Antibiotikaresistenzlage und -therapie	99
Frage 39: Information Hygiene- und Infektionsprävention	100
Frage 40: Informationsblatt MRSA	101
Frage 41: Inhalte des Informationsblatts.....	102
Frage 42: Entlassungs- und Überleitungsmanagement.....	102
Frage 43: Autorisierung des Konzepts.....	103
Frage 44: Inhalte des Konzepts	104
Frage 45: Compliance-Überprüfungen	104
Frage 46: Maßnahmen zur Förderung der Compliance.....	105
6 Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen.....	107
6.1 Index 1 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	107
6.2 Index 2 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	109
6.3 Einzelindikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch.....	112
6.3.1 Indikator-ID 19 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	112
6.3.2 Indikator-ID 20 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen.....	113
6.3.1 Indikator-ID 21 – Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen	113
7 Zielgruppenspezifisches Auswertungskonzept	116
7.1 Berichtsarten	116
7.1.1 Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§18 Qesü-RL)	116
7.1.2 Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL)	117
7.1.3 Bundesauswertung	117
7.1.4 Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL).....	117
7.2 Bundeseinheitliche Rechenregeln	117
7.3 Risikoadjustierung	117
7.4 Sollstatistik und Konformitätserklärung.....	118
7.5 Aufbau der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer	118
7.6 Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement.....	120
7.6.1 Standortbezogene Auswertung der Einrichtungsbefragungen	121

7.6.2	Verfügbarkeit der Daten für die Indizes	121
7.6.3	Datenlieferfrist.....	121
7.6.4	Auswertung und Berichterstellung	122
7.6.5	Darstellung in den Rückmeldeberichten.....	122
7.7	Indikatoren zur Händedesinfektion	122
7.7.1	Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren zur Händedesinfektion	122
7.7.2	Datenlieferfrist.....	122
7.7.3	Auswertung und Berichterstellung	122
7.7.4	Darstellung in den Rückmeldeberichten.....	122
7.8	Auswertung der Wundinfektionsraten	123
7.8.1	Verfügbarkeit der QS-Dokumentationen	125
7.8.2	Lieferfrist für die Daten zur QS-Dokumentation	125
7.8.3	Verfügbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen	125
7.8.4	Lieferfristen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	125
7.8.5	Frühester Zeitpunkt zur Darstellung der Wundinfektionsraten.....	125
7.8.6	Darstellung in den Rückmeldeberichten.....	126
7.9	Grafische Darstellung von Lieferfristen und Berichtszeiträumen	126
8	Auswertung der Zusatzfragen	128
8.1	Dokumentationsaufwand	128
8.1.1	Aufwand für die fallbezogene Dokumentation	128
8.1.2	Aufwand für die einrichtungsbezogene Dokumentation.....	129
8.2	Bewertung der Relevanz des Verfahrens	130
8.2.1	Fallbezogene QS-Dokumentation	130
8.2.2	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	131
8.3	Bewertung der Praktikabilität des Verfahrens	131
8.3.1	Fallbezogene QS-Dokumentation	131
8.3.2	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	131
8.4	Bewertung der Indexbildung	132
8.5	Verfügbarkeit der lebenslangen Versichertennummer.....	132
8.6	Zusammenfassung: Erkennen von Implementierungsbarrieren	132
9	Zusammenfassung der Empfehlungen	134
9.1	Teilnehmerrekrutierung.....	134
9.2	Fallbezogene QS-Dokumentation	134
	Datenfeld 13 „Wundinfektion“.....	134
	Datenfeld 14 „Wundinfektionstiefe“	135
	Datenfeld 15 „Wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt?“	135
9.2.1	Gefäßchirurgie	135

9.2.2	Gynäkologie	135
9.2.3	Herzchirurgie	135
9.2.4	Orthopädie/Unfallchirurgie.....	135
9.2.5	Urologie	135
9.2.6	Viszeralchirurgie	136
9.3	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	136
9.3.1	Indikatorebene.....	136
9.3.2	Datenfeldebene	137
9.4	Auswertungskonzept.....	137
9.4.1	Zeitpunkt der Auswertung.....	137
9.4.2	Frühzeitige Nutzungsmöglichkeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen	138
9.4.3	Zielgruppenspezifische Rückmeldeberichte	138
9.4.4	Standortbezug der Einrichtungsbefragung	138
9.4.5	Informationen zu Wundinfektionsfällen	138
9.5	Weitere Empfehlungen	138
9.5.1	Datenvalidierung.....	138
9.5.2	Surveillance-Anforderungen nach IfSG.....	138
9.5.3	Auslösung der Dokumentationspflicht	139
9.5.4	Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse	139
9.6	Offene Fragen.....	139
9.6.1	Feststellung der Dokumentationspflicht.....	139
9.6.2	Behandlung von Belegärzten und Ermächtigten Ärzten	139
9.6.3	Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen	139
9.6.4	Softwaretechnische Klärungen	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmer aus dem stationären Bereich.....	21
Tabelle 2: Übersicht der teilnehmenden Praxen/MVZ	22
Tabelle 3: Beispiel für Fragen zum Verständnis und zur Verfügbarkeit	22
Tabelle 4: Ergebnisse zu Datenfeld 13.....	26
Tabelle 5: Ergebnisse zu Datenfeld 14.....	29
Tabelle 6: Ergebnisse zu Datenfeld 15.....	30
Tabelle 7: Klinische Charakteristika der Patienten und Ergebnisse der Fallprüfungen.....	31
Tabelle 8: Ergebnisse der Fallprüfungen für den Kode T81.4 über alle Fachgebiete hinweg	31
Tabelle 9: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Gefäßchirurgie.....	32
Tabelle 10: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Gynäkologie	33
Tabelle 11: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Herzchirurgie.....	34
Tabelle 12: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie.....	35
Tabelle 13: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Urologie	36
Tabelle 14: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Viszeralchirurgie.....	37
Tabelle 15: Stationäre Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1	39
Tabelle 16: Ergebnisse zu Frage 2	40
Tabelle 17: Ergebnisse zu Frage 3	41
Tabelle 18: Ergebnisse zu Frage 4	42
Tabelle 19: Ergebnisse zu Frage 5	42
Tabelle 20: Ergebnisse zu Frage 6	43
Tabelle 21: Ergebnisse zu Frage 7	44
Tabelle 22: Ergebnisse zu Frage 8	44
Tabelle 23: Ergebnisse zu Frage 9	45
Tabelle 24: Ergebnisse zu Frage 10	45
Tabelle 25: Ergebnisse zu Frage 11	46
Tabelle 26: Ergebnisse zu Frage 12	46
Tabelle 27: Ergebnisse zu Frage 13	47
Tabelle 28: Ergebnisse zu Frage 14	48
Tabelle 29: Ergebnisse zu Frage 15	48
Tabelle 30: Ergebnisse zu Frage 16	49
Tabelle 31: Ergebnisse zu Frage 17	49
Tabelle 32: Ergebnisse zu Frage 18	50
Tabelle 33: Ergebnisse zu Frage 19	51
Tabelle 34: Ergebnisse zu Frage 20	51

Tabelle 35: Ergebnisse zu Frage 21	52
Tabelle 36: Ergebnisse zu Frage 22	52
Tabelle 37: Ergebnisse zu Frage 23	53
Tabelle 38: Ergebnisse zu Frage 24	54
Tabelle 39: Ergebnisse zu Frage 25	55
Tabelle 40: Ergebnisse zu Frage 26	55
Tabelle 41: Ergebnisse zu Frage 27	56
Tabelle 42: Ergebnisse zu Frage 28	57
Tabelle 43: Ergebnisse zu Frage 29	57
Tabelle 44: Ergebnisse zu Frage 30	58
Tabelle 45: Ergebnisse zu Frage 31	59
Tabelle 46: Ergebnisse zu Frage 32	59
Tabelle 47: Ergebnisse zu Frage 33	60
Tabelle 48: Ergebnisse zu Frage 34	60
Tabelle 49: Ergebnisse zu Frage 35	61
Tabelle 50: Ergebnisse zu Frage 36	62
Tabelle 51: Ergebnisse zu Frage 37	62
Tabelle 52: Ergebnisse zu Frage 38	63
Tabelle 53: Ergebnisse zu Frage 39	63
Tabelle 54: Ergebnisse zu Frage 40	64
Tabelle 55: Ergebnisse zu Frage 41	65
Tabelle 56: Ergebnisse zu Frage 42	66
Tabelle 57: Ergebnisse zu Frage 43	66
Tabelle 58: Ergebnisse zu Frage 44	67
Tabelle 59: Ergebnisse zu Frage 45	68
Tabelle 60: Ergebnisse zu Frage 46	68
Tabelle 61: Ergebnisse zu Frage 47	70
Tabelle 62: Ambulante Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1.....	71
Tabelle 63: Ergebnisse zu Frage 2	72
Tabelle 64: Ergebnisse zu Frage 3	73
Tabelle 65: Ergebnisse zu Frage 4	74
Tabelle 66: Ergebnisse zu Frage 5	75
Tabelle 67: Ergebnisse zu Frage 6	76
Tabelle 68: Ergebnisse zu Frage 7	77
Tabelle 69: Ergebnisse zu Frage 8	77
Tabelle 70: Ergebnisse zu Frage 9	78
Tabelle 71: Ergebnisse zu Frage 10	78

Tabelle 72: Ergebnisse zu Frage 11	79
Tabelle 73: Ergebnisse zu Frage 12	79
Tabelle 74: Ergebnisse zu Frage 13	80
Tabelle 75: Ergebnisse zu Frage 14	81
Tabelle 76: Ergebnisse zu Frage 15	81
Tabelle 77: Ergebnisse zu Frage 16	82
Tabelle 78: Ergebnisse zu Frage 17	82
Tabelle 79: Ergebnisse zu Frage 18	84
Tabelle 80: Ergebnisse zu Frage 19	84
Tabelle 81: Ergebnisse zu Frage 20	85
Tabelle 82: Ergebnisse zu Frage 21	86
Tabelle 83: Ergebnisse zu Frage 22	86
Tabelle 84: Ergebnisse zu Frage 23	88
Tabelle 85: Ergebnisse zu Frage 24	89
Tabelle 86: Ergebnisse zu Frage 25	90
Tabelle 87: Ergebnisse zu Frage 26	91
Tabelle 88: Ergebnisse zu Frage 27	92
Tabelle 89: Ergebnisse zu Frage 28	92
Tabelle 90: Ergebnisse zu Frage 29	93
Tabelle 91: Ergebnisse zu Frage 30	94
Tabelle 92: Ergebnisse zu Frage 31	94
Tabelle 93: Ergebnisse zu Frage 32	95
Tabelle 94: Ergebnisse zu Frage 33	95
Tabelle 95: Ergebnisse zu Frage 34	97
Tabelle 96: Ergebnisse zu Frage 35	97
Tabelle 97: Ergebnisse zu Frage 36	98
Tabelle 98: Ergebnisse zu Frage 37	98
Tabelle 99: Ergebnisse zu Frage 38	99
Tabelle 100: Ergebnisse zu Frage 39	100
Tabelle 101: Ergebnisse zu Frage 40	101
Tabelle 102: Ergebnisse zu Frage 41	102
Tabelle 103: Ergebnisse zu Frage 42	102
Tabelle 104: Ergebnisse zu Frage 43	103
Tabelle 105: Ergebnisse zu Frage 44	104
Tabelle 106: Ergebnisse zu Frage 45	104
Tabelle 107: Ergebnisse zu Frage 46	106

Tabelle 108: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum	108
Tabelle 109: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum.....	110
Tabelle 110: Ergebnisse der Händedesinfektionsmittelindikatoren	112
Tabelle 111: Beispiel für den Darstellungsbedarf der Auswertungen Krankenhaus und Praxis/MVZ.....	118
Tabelle 112: Struktur des Rückmeldeberichts	119
Tabelle 113: QI des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement stationärer Einrichtungen	120
Tabelle 114: QI des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ambulanter Einrichtungen	121
Tabelle 115: Indikatoren zur Händedesinfektion	122
Tabelle 116: Wundinfektionsraten und Kennzahlen für stationär durchgeführte Operationen	123
Tabelle 117: Wundinfektionsraten und Kennzahlen für ambulant durchgeführte Operationen	124
Tabelle 118: Verzögerungszeiten bis zum vollständigen Vorliegen der Sozialdaten bei der BAS.....	125
Tabelle 119: Fallbezogene Dokumentation – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands.....	129
Tabelle 120: Zeitaufwand für die Einrichtungsbefragung	129
Tabelle 121: Bewertung des Zeitaufwands für die Einrichtungsbefragung.....	130
Tabelle 122: Relevanz – Beteiligte an der fallbezogenen QS-Dokumentation	130
Tabelle 123: Relevanz – Beteiligte an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.....	131
Tabelle 124: Praktikabilität: Beteiligte an der fallbezogenen QS-Dokumentation	131
Tabelle 125: Praktikabilität – Beteiligte an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	131
Tabelle 126: Beurteilung der Indexbildung.....	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“	108
Abbildung 2: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“	110
Abbildung 3: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen.....	112
Abbildung 4: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen.....	113
Abbildung 5: Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen.....	114
Abbildung 6: Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte	127

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AKI	Arbeitskreis Instrumenten-Aufbereitung
AOP	Ambulantes Operieren gemäß AOP-Katalog bzw. AOP-Vertrag
BAS	Bundesauswertungsstelle
BG	Berufsgenossenschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DAS	Datenannahmestelle
DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG G~~	Diagnosis Related Groups German Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition im EBM
ICD	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ID	Identifikationsnummer
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
KISS AMBU~~ HAND~~ OP~ HAND-KISS- AMBU	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System Ambulant operierte Patienten (postoperative Wundinfektion) Modul zur Durchführung der hygienischen Händedesinfektion (Pflicht für die an der „Aktion Saubere Hände“ teilnehmenden Krankenhäuser) Operierte Patienten Surveillance des HDMV (Händedesinfektionsmittelverbrauch) in ambulanten Einrichtungen (Arztpraxen, ambulante Dialysezentren, radiologisches Zentrum, Rettungsstelle etc.) sowie in der ambulanten Hauskrankenpflege
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KV	Kassenärztliche Vereinigung

Abkürzung	Beschreibung
KVWL	KV Westfalen-Lippe
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LA-MRSA	Lifestock associated MRSA
LE	Leistungserbringer
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
MP	Machbarkeitsprüfung
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NosI-WI	„Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“
NRZ	Nationales Referenzzentrum für Surveillance
O/E	Observed to Expected Ratio
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Qesü-Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PID	Patientenidentifizierende Daten
PVS	Praxis-Verwaltungs-System
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsbeauftragter/Qualitätsmanagementbeauftragter
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RDG	Reinigungs-/Desinfektionsgerät
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SNG	Siegelnahtgerät
SVA	Sterilgutversorgungsabteilung
SWA	Softwareanbieter
TEP	Totalendoprothese
WHO	World Health Organization
WI	Wundinfektion

Management Summary

Die erweiterte Machbarkeitsprüfung für das geplante QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ konnte hinsichtlich der inhaltlichen (s. Anlage zur Beauftragung) und zahlenmäßigen Vorgaben (Teilnehmerzahl, Fachrichtungen, Sektorzugehörigkeit der Teilnehmer, Standortfrage) gemäß der Beauftragung durchgeführt werden. Dabei wurden zwischen Mitte März und Ende August 2014 insgesamt 43¹ Einrichtungen besucht. Im Verlauf der Besuche wurden 287² Fälle der 6 Fachrichtungen sowie 27 stationäre und 44 ambulante Einrichtungsbefragungen besprochen und protokolliert.³

Das AQUA-Institut hat im Verlauf der Machbarkeitsprüfung für das Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ keine Implementierungshindernisse festgestellt, die nicht durch die vorgeschlagenen Modifikationen ausgeräumt werden können. Insbesondere sind keine Qualitätsinformationen ersichtlich, die im Regelbetrieb nicht erhoben werden könnten. Andere Hindernisse des Verfahrens wurden mithilfe der Anregungen der Teilnehmer durch spezifische Modifikationen ausgeräumt. Zudem erscheinen der Aufwand vertretbar und die Akzeptanz für das Verfahren insgesamt gegeben.

Die zur weiteren Umsetzung erforderlichen Informationen und Modifikationen sind in diesem Bericht an den G-BA dargestellt. Ausgenommen davon sind Fragen, die teilweise oder vollständig erst nach Abschluss der empirischen Überprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen beantwortet werden können (Abgabe des Berichts: 1. Januar 2015). Die für die Erstellung von themenspezifischen Bestimmungen notwendigen Informationen werden dem G-BA mit Abgabe dieses Berichts und des Berichts zur empirischen Überprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Es hat sich insbesondere gezeigt, dass die eingesetzten Instrumente insgesamt als verständlich und das Verfahren als relevant und praktikabel eingeschätzt werden. Das AQUA-Institut schlägt in Anbetracht der Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer gegenüber dem Entwicklungsbericht vom 28. Juni 2013 Änderungen auf verschiedenen Ebenen vor:

Qualitätsindikatoren:

- Der Indikator zum Händedesinfektionsmittelverbrauch wird im ambulanten Bereich nicht mehr für Krankenhäuser erhoben.
- Der Indikator zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wird auf Krankenhäuser mit operativen oder interdisziplinären Intensivstationen beschränkt.
- Der Indikator zum Entlassungsmanagement bezieht sich im ambulanten Bereich auf die „Entwicklung eines Konzepts“, im stationären Bereich auf die „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards“.
- 8 QI-Titel werden modifiziert und dadurch präzisiert.

Fallbezogene QS-Dokumentation

- 3 Datenfelder (davon ein manuell auszufüllendes) werden der fallbezogenen QS-Dokumentation neu hinzugefügt.

Ambulante Einrichtungsbefragung

- Die Fragenzahl der ambulanten Einrichtungsbefragung erhöht sich von 46 auf 53.

Stationäre Einrichtungsbefragung

- Die Fragenzahl der stationären Einrichtungsbefragung erhöht sich von 47 auf 54.

Einrichtungsbefragung

- 10 Datenfelder werden geändert, aufgeteilt oder gestrichen.

¹ Ein Krankenhaus nahm mit 2 Fachabteilungen teil.

² Ein Fall war vom Medizincontrolling des Teilnehmers doppelt dokumentiert worden.

³ Im Rahmen der Auswertung wurden aus den im jeweiligen Kapitel genannten Gründen nur 25 stationäre und 42 ambulante Einrichtungsbefragungen berücksichtigt.

Tracer-Kodes

- In den Kode-Filter werden Tracer ein- (Endoprothetik Schulter/obere Extremität) bzw. ausgeschlossen (Gangrän, Amputation, Darmischämie, Volvulus).

Auswertung und Berichterstellung

- Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen können erstmalig in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr berichtet werden.
- Ergebnisse, für deren Nenner die Sozialdaten bei den Krankenkassen notwendig sind (Wundinfektionsraten), können, sofern die Sozialdaten des dem ersten Erfassungsjahr vorangehenden Jahres nicht zur Verfügung stehen, für dieses erste Erfassungsjahr nicht vollständig berichtet werden. Aufgrund der zusätzlich vorhandenen zeitlichen Verzögerung bei der Verfügbarkeit der Sozialdaten könnten Wundinfektionsraten vollständig somit erstmals im dritten auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr für das zweite Erfassungsjahr berichtet werden. Das AQUA-Institut empfiehlt daher, die notwendigen Vorkehrungen dafür zu treffen, dass bereits die Sozialdaten des Jahres unmittelbar vor dem ersten Erfassungsjahr genutzt werden können.
- Rückmeldeberichte sollen für Krankenhäuser und Arztpraxen/MVZ in ihrem Umfang unterschiedlich erstellt werden, um so den jeweiligen Zielgruppen nur die für sie zutreffenden Ergebnisbereiche zurückspiegeln zu können.
- Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen sollen nicht auf Standortebene, sondern auf Ebene des gesamten Krankenhauses ausgewertet und berichtet werden.
- Alle Zählerfälle des QI „Wundinfektionen insgesamt“ werden an alle Leistungserbringer mit Alter, Geschlecht, Datum der Tracer-OP, Datum der Diagnose der Wundinfektion, Diagnose bei Index-Leistungserbringern, auslösende OPS/ICD der Wundinfektion, Tiefe der Wundinfektion und MRSA zurückgemeldet.

Datenvalidierung Einrichtungsbefragung

- Empfohlen wird eine jährliche Stichprobe von 5 % der Einrichtungen. Die Überprüfung beschränkt sich dabei auf die Übersendung von Dokumentkopien, umfasst also insbesondere keine Vor-Ort-Prüfungen.

1 Einleitung

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2011 wurde das AQUA-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Instrumenten und der damit verbundenen Dokumentation für zwei sektorenübergreifende QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen“ beauftragt. Mit Beschluss vom 21. Juni 2012 hat der G-BA Gegenstand und Umfang des zuvor beauftragten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ geändert: Mit diesem Beschluss wurde der ursprüngliche Auftrag zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen „nach Eingriffen, die sowohl stationär als auch ambulant oder ambulant im Krankenhaus erbracht werden können“ auf die Betrachtung von postoperativen Wundinfektionen „nach operativen Eingriffen“ präzisiert. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass bei der Beschreibung, Diskussion und Bewertung unterschiedlicher potenzieller Instrumente, Datenquellen und Verfahren zur Qualitätsmessung „eine Differenzierung zwischen Sektoren mit dem Ziel größtmöglicher Effektivität möglich ist“.

Im Abschlussbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ vom 28. Juni 2013 schließlich hatte das AQUA-Institut Qualitätsindikatoren zur Umsetzung empfohlen.

1.1 Beauftragung der erweiterten Machbarkeitsprüfung

Mit Beschluss vom 19. Dezember 2013 hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Durchführung einer erweiterten Machbarkeitsprüfung „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ (NosI-WI) beauftragt. Mit demselben Beschluss wurde zudem die empirische Überprüfung der Sozialdaten für das Verfahren beauftragt, die Gegenstand eines gesonderten Berichts (Abgabetermin: 1. Januar 2015) sein wird.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Vorbereitung, Durchführung, Auswertungen und Erkenntnisse der zwischen Dezember 2013 und Oktober 2014 durchgeführten erweiterten Machbarkeitsprüfung.

1.2 Begründung für erweiterte Machbarkeitsprüfungen

In der Vergangenheit waren im Anschluss an die Verfahrensentwicklung in der Regel Machbarkeitsprüfungen beauftragt worden, die mithilfe von Leistungserbringern vor Ort Fragen nach der Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente, der Sinnhaftigkeit der Fragen und Indikatoren sowie der Verfügbarkeit der erforderlichen Daten klären sollten. Daran schlossen sich mehrfach sog. Probetriebe an, mithilfe derer die Umsetzbarkeit im Echtbetrieb simuliert werden sollte. Dabei wurde auf eine kleine Anzahl freiwilliger Leistungserbringer (LE) für einen kurzen Zeitraum (3 Monate) zurückgegriffen, die in diesem Zeitraum Fälle dokumentieren, die Daten aufbereiten und schließlich übermitteln sollten.

Es zeigte sich im Verlauf zweier Probetriebe, dass dieses Instrument nur bedingt geeignet war, die gewünschten Erkenntnisse zu ermitteln. Insbesondere verursachte dieses Konzept bei den Teilnehmern (LE, Softwareanbieter (SWA) und Datenannahmestellen (DAS)) erheblichen zeitlichen und teilweise auch finanziellen Mehraufwand. Aufgrund der kurzen Vorlaufzeiten konnten insbesondere die technischen Vorgaben nicht so umgesetzt werden, dass sie denen eines Regelbetriebs entsprachen. Insofern konnten zwar dank des Einsatzes der Teilnehmer nutzbare Daten erhoben, übermittelt und ausgewertet werden; die Bedingungen entsprachen jedoch teilweise nicht den realen Bedingungen, sodass diverse wichtige Aspekte jeweils nicht abschließend geklärt werden konnten.⁴

In der Konsequenz hat der G-BA gemeinsam mit dem AQUA-Institut und weiteren Beteiligten die Vorgehensweise zwischen dem Abschluss der Verfahrensentwicklung und der Einführung eines Verfahrens in den Regelbetrieb verändert. So kann nun nach Abschluss der Entwicklung eine erweiterte Machbarkeitsprüfung (MP) beauftragt werden. Diese MP soll die Elemente der Machbarkeitsprüfung in ihrer alten Form kombinieren mit ausgewählten Elementen eines Probetriebs. Anstatt einer Erprobung integrierter Softwaresysteme und Datenflüs-

⁴ Zu den Gründen siehe u.a. den „Abschlussbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation“ vom 30. November 2012, https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Konisation/Probetrieb_Konisation.pdf

se steht nunmehr die inhaltliche Überprüfung der Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens durch die Einbeziehung einer größeren Zahl von LE stärker im Fokus. Zusätzlich sollen anonyme Echtdateen erhoben werden, die zur Erprobung der Auswertung herangezogen werden können. Eine Erprobung der technischen Umsetzung ist zwar auf diese Weise ausgeschlossen. Das AQUA-Institut kann diese aber bei Vorliegen von (theoretischen) Erkenntnissen auf diesem Gebiet mit in den Bericht zur MP einfließen lassen. Bei diesen (theoretischen) Erkenntnissen kann es sich beispielsweise um Hinweise der Teilnehmer aber auch von Softwareanbietern handeln, mit denen Fragen bei Bedarf diskutiert werden. Diese Vorgehensweise hat zur Folge, dass die eigentliche technische Umsetzung erst mit der Einführung des Verfahrens in den Regelbetrieb beginnen kann bzw. in deren Vorfeld. Dabei kann allerdings mittlerweile auf die Kenntnisse und Erfahrungen aus dem Bereich der Sonderexporte im Rahmen der QSKH-RL, sowie der beiden zuvor durchgeführten Probebetriebe im Rahmen der Qesü-RL zurückgegriffen werden. Zudem werden bis zu einer eventuellen Einführung des Verfahrens NosI-WI weitere Erfahrungen aus dem Bereich der esQS und des Qesü-Verfahrens „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronaran-giographie“ (kurz: PCI) vorliegen.

2 Vorbereitung der erweiterten Machbarkeitsprüfung

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst das generelle Vorgehen und die Zielsetzungen der erweiterten Machbarkeitsprüfung. Die erweiterte Machbarkeitsprüfung zum Verfahren NosI-WI umfasst die Prüfung sowohl der fallbezogenen als auch der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.

Ziel war es, freiwillige Teilnehmer zu finden, die die erforderlichen Dokumentationen anhand der vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Unterlagen durchführen sollten. Die mit den Teilnehmern vereinbarten Besuche dienten dann dem Zweck, die Antworten, Einschätzungen und das Feedback „aus der Praxis“ zu allen Aspekten des Verfahrens und seiner Instrumente einzuholen, aber auch die vorbereiteten Daten aufzunehmen: Neben der Beantwortung der Verständnisfragen sollten 12 anonyme klinische Fälle aus dem Jahr 2013 durch die teilnehmenden Krankenhäuser herausgesucht werden, die den Filterkriterien des AQUA-Instituts entsprachen.

Die erweiterte MP besteht aus fünf Elementen:

- Prüfung der fallbezogenen QS-Dokumentation auf Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit aus Sicht der LE
- Prüfung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit aus Sicht der LE
- Durchführung der Vor-Ort-Interviews mit Erhebung der Antworten und Daten
- Aus- und Bewertung sowohl der Antworten als auch der Daten
- Überprüfung und ggf. Anpassung des entwickelten Verfahrens an die gewonnenen Erkenntnisse

Übergeordnetes Ziel der Prüfungen war die Schaffung aller notwendigen sachlichen Grundlagen für die Vorbereitung der themenspezifischen Bestimmungen inklusive der technischen Spezifikation dieser Daten.

2.1 Rekrutierung der Teilnehmer

Gemäß der Beauftragung durch den G-BA waren folgende Teilnehmer zu finden:

- 20 stationäre Teilnehmer, die das Spektrum der 6 einbezogenen Fachgebiete (Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sowie Urologie) abdecken. Davon sollten 8 Krankenhäuser der Maximal- oder Schwerpunktversorgung, 12 der Grund- und Regelversorgung entstammen. 2 der Krankenhäuser sollten zudem über mehr als einen Standort verfügen, sodass hier die Daten sowohl auf Einrichtungs- als auch auf Standortebene erhoben werden konnten.
- 20 ambulante LE am KH, die wiederum das Spektrum der einbezogenen Fachgebiete mit Ausnahme der Herzchirurgie abdecken sollten. Davon sollten ebenfalls 8 Maximal- oder Schwerpunktversorger, 12 Grund- und Regelversorger sein und 2 der KH über mehr als einen Standort verfügen.
- 20 ambulante Leistungserbringer (Praxen oder MVZ), wobei jeweils 4 Praxen pro Fachbereich (ausgenommen Herzchirurgie) berücksichtigt werden sollten. Darunter sollten mindestens 4 Praxen mit bis zu 300 ambulanten Operationen pro Jahr sein.

In Absprache mit der AG Qesü des G-BA begann das AQUA-Institut bereits vor der offiziellen Beschlussfassung mit der Vorbereitung der Rekrutierungsmaßnahmen. Dazu gehörten unter anderem die Erstellung der notwendigen Fragebögen und die interne Projektplanung.

Um die in der Beauftragung vorgegebene Anzahl an Einrichtungen mit den unterschiedlichen Fachrichtungen für die Machbarkeitsprüfung zu gewinnen, wurden verschiedene Wege der Rekrutierung eingeschlagen. Im Zeitraum von Anfang November 2013 bis März 2014 wurden unterschiedliche Akteure auf die erweiterte Machbarkeitsprüfung hingewiesen und gebeten, Einrichtungen zu benennen bzw. sich nach Möglichkeit auch persönlich durch die Ansprache potenzieller Teilnehmer zu engagieren. Angeschrieben bzw. angefragt wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berufsverbände,

die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS), Experten der jeweiligen Fachbereiche aus Projekten des AQUA-Instituts, Panelteilnehmer sowie Bundesfachgruppenmitglieder. Darüber hinaus wurde auf der Homepage des AQUA-Instituts als auch durch eine Pressemitteilung auf die erweiterte Machbarkeitsprüfung hingewiesen und um Beteiligung gebeten. Interessenten wurden dann Hintergrundinformationen zum Inhalt, den Anforderungen und dem Ziel der MP zugeschickt. Zudem wurden sie gebeten, sich nach erfolgter Entscheidung zur Teilnahme mittels eines vorbereiteten Formulars verbindlich anzumelden.

Der Anmelde- und Auswahlprozess zog sich über mehrere Wochen hin, sodass Ende Februar 2014 mit den ersten Terminabsprachen begonnen werden konnte. Aufgrund einiger später Absagen, Schwierigkeiten bei der Terminfindung und der Notwendigkeit, potenzielle Ersatzteilnehmer in größerem Umfang (ca. 500 Ärztliche Direktoren, Chefärzte relevanter Fachgebiete, Hygienebeauftragte, etc.) direkt per E-Mail zu kontaktieren musste der Zeitraum für die Machbarkeitsprüfung zwischenzeitlich um zwei Monate bis zum 31. Oktober 2014 verlängert werden.

2.2 Zusammensetzung der Teilnehmer

Trotz der geschilderten Schwierigkeiten gelang es, Teilnehmer (weitestgehend) entsprechend den gestellten Anforderungen zu rekrutieren und die Machbarkeitsprüfung durchzuführen. Die stationären Teilnehmer an der MP setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmer aus dem stationären Bereich

Fachrichtung \ Versorgungsstufe	Grund- und Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Maximalversorgung	Summe
Viszeralchirurgie	2	2	1	5
Herzchirurgie	0	2	2	4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	2	4
Urologie	2	1	1	4
Unfallchirurgie und Orthopädie	1	1	2	4
Gefäßchirurgie	1	2	0	3
Summe	7	9	8	24

Ein Krankenhaus nahm mit 2 Fachrichtungen an der fallbezogenen Befragung teil. 2 der Teilnehmer – einer in der Fachrichtung Viszeralchirurgie und einer in der Fachrichtung Unfallchirurgie/Orthopädie – nahmen mit je 2 Standorten an der MP teil.

Aus praktischen Gründen war eines der Auswahlkriterien des AQUA-Instituts, dass KH, die im stationären Bereich an der fallbezogenen Befragung teilnehmen wollten, gleichzeitig auch die Teilnahme an den Einrichtungsbefragungen im stationären und im ambulanten Bereich möglich sein musste. Die Teilnehmer entsprechen also in der Zusammensetzung dem Überblick in Tabelle 1 (ohne Herzchirurgie).

Die Zusammensetzung nach Versorgungsstufe war aufgrund eines Mangels an adäquaten Teilnehmern nicht realisierbar. Im Verlauf der Rekrutierung entstand der Eindruck, dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung den mit der MP verbundenen Aufwand als zu hoch für ihre personellen und zeitlichen Ressourcen einschätzten und somit von einer Teilnahme absahen. Bei den Fachrichtungen konnten deswegen nicht alle Vorgaben erfüllt werden, weil ein Haus kurzfristig mit der Fachrichtung Gefäßchirurgie aus hausinternen Gründen die Teilnahme absagen musste. Um auf die notwendige Gesamtzahl an Teilnehmern zu kommen entschied sich das AQUA-Institut nach Rücksprache mit dem G-BA, stattdessen ein Haus mit der Fachrichtung Viszeralchirurgie zu berücksichtigen.

Eine ähnliche Situation ergab sich im Bereich der Praxen/MVZ. Hier war es trotz intensivster Bemühungen sowohl der KBV als auch des AQUA-Instituts nicht möglich, einen geeigneten vierten Teilnehmer des Fachgebiets Urologie zu finden, sodass stattdessen eine zusätzliche Praxis aus dem Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie teilnahm. 5 Praxen hatten eine Anzahl von weniger als 300 Operationen im Jahr, die übrigen 15 lagen darüber (Maximum laut Eigenauskunft der Praxen: 3.500). Damit ergab sich folgende Zusammensetzung:

Tabelle 2: Übersicht der teilnehmenden Praxen/MVZ

Fachrichtung	Anzahl Operationen		Summe
	> 300 OP/Jahr	< 300 OP/Jahr	
Viszeralchirurgie	4	0	4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	1	4
Urologie	0	3	3
Unfallchirurgie und Orthopädie	5	0	5
Gefäßchirurgie	3	1	4
Summe	15	5	20

2.3 Vorbereitung der Vor-Ort-Interviews

Entsprechend den durch das Verfahren zgedachten Aufgabenverteilungen waren auch die Anforderungen an die Teilnehmer je nach Sektorzugehörigkeit unterschiedlich: Krankenhäuser beteiligten sich an allen drei Befragungen (fallbezogen, einrichtungsbezogen stationär und einrichtungsbezogen ambulant), die Praxen/MVZ hingegen ausschließlich an der Befragung „einrichtungsbezogen ambulant“.

2.3.1 Unterlagen für die Teilnehmer

Zur Vorbereitung erhielten alle Teilnehmer die Unterlagen für die stationäre und/oder die ambulante Einrichtungsbefragung. Zusätzlich erhielten die Krankenhäuser vorgefertigte Formulare zur Erfassung der 12 anonymen klinischen Fälle entsprechend dem teilnehmenden Fachgebiet. Für das Heraussuchen der Fälle erhielten sie entsprechende, vom AQUA-Institut fachgebietspezifisch definierte Codes (siehe Anhänge A.6 bis A.11). Die Teilnehmer erhielten die Fragebögen zunächst auf dem Postweg in Papierform, später dann auch als ausfüllbares PDF.

Entsprechend der Zielsetzung der erweiterten Machbarkeitsprüfung waren die Fragebögen zur QS-Dokumentation für die Teilnehmer besonders aufbereitet worden: Sie enthielten nicht nur die inhaltlichen Fragen, also die Dokumentationsbögen im engeren Sinne. Zu jeder inhaltlichen Frage wurden zudem weitere Fragen nach immer gleichem Muster gestellt (siehe Anhänge A.1 bis A.5):⁵

Tabelle 3: Beispiel für Fragen zum Verständnis und zur Verfügbarkeit

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

⁵ Frage C. konnte alternativ auch lauten „Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?“, wenn es bis dato noch keinen solchen gab.

Aus diesem Vorgehen ergab sich für die Teilnehmer zwar ein relativ hoher Aufwand, auf diese Weise wurde aber sichergestellt, dass sie sich mit genau den Aspekten der Machbarkeitsprüfung auseinandersetzen, die – neben der Datenerhebung – von besonderer Bedeutung sind.

Abschließend wurden die Teilnehmer darum gebeten, die von ihnen bereits beantworteten Fragebögen dem AQUA-Institut nach Möglichkeit kurz vor dem vereinbarten Besuchstermin zukommen zu lassen, damit einerseits auf etwaige Rückfragen reagiert, andererseits aber auch auf problematisch erscheinende Fragen fokussiert werden konnte. Während der Besuche wurden dann stets die gesamten Fragebögen durchgegangen bzw. es wurden auch dann Besuche durchgeführt, wenn ein Teilnehmer dem Wunsch nicht nachkommen konnte.

2.3.2 Zusatzfragen

Neben den Fragen, die durch das Verfahren selbst und die direkten Erfordernisse der MP vorgegeben waren, hat das AQUA-Institut jedem Fragebogen Zusatzfragen angehängt, bei denen es etwa um den Zeitaufwand, dessen Beurteilung, die Adressaten des späteren Rückmeldeberichts usw. ging (siehe Anhänge A.2 und A.5). Die Antworten auf diese Fragen gingen, soweit sinnvoll auswertbar, an verschiedenen Stellen ebenfalls in die Auswertung der MP ein.

2.3.3 Ansprechpartner für die Teilnehmer

Bereits mit der Zusendung des Informationsmaterials wurden den (potenziellen) Teilnehmern Ansprechpartner des AQUA-Instituts für inhaltliche und organisatorische Fragen genannt, an die sie sich jederzeit wenden konnten. Zudem wurden ihnen die konkreten Personen, die den Besuch bei ihnen durchführen sollten, bereits mit oder kurz nach erfolgter Terminbestätigung genannt, sodass zu jeder Zeit die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme bestand.

3 Durchführung der Machbarkeitsprüfung

Das folgende Kapitel beschreibt, in welchen Bearbeitungsschritten und auf welche Art und Weise die Daten erhoben und ausgewertet wurden.

3.1 Durchführung der Vor-Ort-Interviews

Wie oben beschrieben wurden Termine mit den Teilnehmern vereinbart. Zu diesen Terminen waren ein (Einrichtungsbefragung Praxis/MVZ) oder zwei (Krankenhäuser) Mitarbeiter des AQUA-Instituts vor Ort. Am Beginn des Besuchs stand die Einführung in das Thema mittels einer eigens dafür entwickelten Präsentation. Im Anschluss daran wurden gemeinsam der Fragebogen/die Fragebögen durchgegangen und die Antworten der Teilnehmer dokumentiert. Dabei war es sehr unterschiedlich, wer auf Seiten der Teilnehmer anwesend war: In Einzelpraxen war dies in der Regel nur der Arzt, vereinzelt aber zusätzlich z.B. auch eine Sprechstundenhilfe. In den Krankenhäusern war das Teilnehmerbild erheblich heterogener. Auf Wunsch des AQUA-Instituts sollte mindestens ein Arzt der jeweiligen Fachabteilung anwesend sein, der zu den Fällen Auskunft geben konnte. Zudem sollte für die Einrichtungsbefragung eine Person anwesend sein, die zu den Hygienefragen Auskunft geben konnte, also z.B. ein hygienebeauftragter Arzt. Diesem Wunsch wurde weitgehend entsprochen; darüber hinaus waren häufig noch weitere Personen anwesend, etwa Hygiene- oder Pflegefachkräfte, ein Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) oder ein (Medizin-)Controller. Je nach Zusammensetzung und Vorbereitung seitens der Teilnehmer dauerten die Besuche in den Praxen/MVZ ca. ein bis zwei, in den Krankenhäusern zwischen zwei und vier Stunden.

Die Antworten und Daten wurden vor Ort von den Mitarbeitern des AQUA-Instituts dokumentiert bzw., sofern die Antworten vorab vorgelegen hatten, ergänzt. Insgesamt lassen sich die erhobenen Daten in drei Kategorien unterteilen (eine Aus- und Bewertung erfolgt in den folgenden Kapiteln):

- konkrete Daten zur fallbezogenen und zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- Antworten auf die standardisierten Fragen zur Verständlichkeit und zur Verfügbarkeit der Daten der QS-Dokumentationen
- Antworten auf die Zusatzfragen

3.2 Daten- und Schemaprüfung, Auswertung der Daten

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden, anders als in vorherigen Machbarkeitsprüfungen, konkrete Daten erhoben. Im Detail handelte es sich dabei um 287⁶ klinische Fälle der 6 Fachrichtungen sowie die Daten von 27 stationären und 44 ambulanten Einrichtungsbefragungen.⁷ Die quantitative und inhaltliche Auswertung dieser Daten wird in den Kapiteln 4, 5, und 6 beschrieben. Die Auswertung der Daten beschränkte sich dabei auf die Auswertung der beiden Hygieneindizes und der 3 Indikatoren zur Händedesinfektion, da die übrigen Indikatoren und Kennzahlen der Verknüpfung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen bedurft hätten.

Alle vorliegenden Daten wurden zunächst auf Vollständigkeit hin überprüft; in einem zweiten Schritt erfolgte eine Überprüfung der Plausibilität der Angaben. Unvollständige und/oder unplausible Angaben wurden, soweit möglich, mit den Teilnehmern im Nachgang der Besuche noch hinterfragt bzw. aufgeklärt. Die Vollständigkeitsüberprüfung ebenso wie z.B. die Prüfung von Plausibilitäts- und Wertebereichsregeln sowie Muss- und Kann-Bestimmungen werden in einem zukünftigen Regelbetrieb mittels des vom AQUA-Institut bereitgestellten Datenprüfprogramms bzw. der in der Datenbank zur technischen Umsetzung zu hinterlegenden Regeln überprüft. Eine automatische Schemaprüfung hingegen wurde nicht durchgeführt, da die Daten nicht in einem bestimmten Dateischema elektronisch übermittelt wurden.

⁶ Ein Fall war vom Medizincontrolling des Teilnehmers doppelt ausgewählt worden.

⁷ Im Rahmen der Auswertung wurden aus den im jeweiligen Kapitel genannten Gründen nur 25 stationäre und 42 ambulante Einrichtungsbefragungen berücksichtigt.

3.3 Auswertung der Antworten

Die beiden letztgenannten Kategorien bestanden aus standardisierten Antwortmöglichkeiten, aber auch aus der Möglichkeit qualitativer Antworten, bspw. Hinweise, Verbesserungsvorschläge etc.

Sofern Inkonsistenzen in den quantitativen Antworten erkennbar waren (Beispiel: Eine Information wurde als „regelmäßig erhebbar“ bezeichnet und der entsprechende Zahlenwert angegeben, aber gleichzeitig wurde „im Regelbetrieb nicht erhebbar“ angegeben) wurden diese geklärt und für die Auswertung bereinigt. Die standardisierten Fragen wurden anschließend nach Häufigkeiten ausgewertet.

Die qualitativen Antworten und Vorschläge der fall- und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen wurden in einem ersten Schritt gesichtet und, soweit möglich, den einzelnen Fragen der Dokumentationsbögen zugeordnet. Anschließend wurden sie inhaltlich gruppiert und bearbeitet. Die quantitativen Antworten auf Datenebene sowie die qualitativen Antworten, deren Bewertung und ihre Konsequenzen für die Indizes, Indikatoren, Fragen und Ausfüllhinweise sind ebenfalls den Kapiteln 4,5, und 6 zu entnehmen.

Die Zusatzfragen wurden mit dem gleichen Vorgehen ausgewertet, ohne dass hierbei Inkonsistenzen auftreten konnten. Die Ergebnisse der Auswertung sind zum Teil mit in die oben genannten Auswertungen eingeflossen, zum Teil werden sie separat in Kapitel 8 bearbeitet.

4 Fallbezogene QS-Dokumentation

Für die Machbarkeitsprüfung der fallbezogenen QS-Dokumentation wurden 24 Krankenhäuser gesucht, von denen jeweils 4 mit einem der im Verfahren integrierten Fachgebiete (Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Herzchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Urologie oder Viszeralchirurgie) teilnehmen sollten. In jedem teilnehmenden Krankenhaus sollten 12 Fälle dokumentiert und besprochen werden, die entsprechend einer kurzen, vorgegebenen Kodeliste (siehe Anhänge A.6 bis A.11) aus den Fällen des Jahres 2013 herausgesucht wurden. Pro Fachgebiet wurden 3 bis 7 Codes aus der Liste der Einschlusskriterien für die Stichprobe „Wundinfektion“ ausgewählt. In allen Listen war der Code T81.4 „Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert“ enthalten, da hinterfragt werden sollte, wie dieser als Nebendiagnose seit 2012 nicht mehr erlösrelevante Code derzeit dokumentiert wird. Bei allen weiteren Codes handelt es sich um häufige Codes aus den Fachgebieten. Die Kodeliste umfasste sowohl ICD- als auch OPS-Codes. Da die Fälle für die Machbarkeitsprüfung retrospektiv einzeln vom Medizincontrolling herausgesucht werden mussten, wurden lediglich Codes aus der Einschlussliste der Stichprobe „Wundinfektion“ ausgewählt, um den Aufwand in einem angemessenen Rahmen zu halten. Ausschluss-Codes kamen zu diesem Zeitpunkt nicht zur Anwendung, werden aber später in die Filtersoftware integriert.

Aufgrund von späten Absagen nahmen im Fachgebiet Gefäßchirurgie nur 3 Krankenhäuser teil. Das AQUA-Institut entschloss sich daher, im Fachgebiet Viszeralchirurgie die Krankenhauszahl auf 5 zu erhöhen, damit insgesamt Ergebnisse aus 24 Krankenhäuser in die Auswertung eingingen. Da ein Krankenhaus mit 2 Fachabteilungen teilnahm, stammen die 24 teilnehmenden Fachabteilungen aus 23 Krankenhäusern. In der Herzchirurgie eines Krankenhauses war ein Fall vom Medizincontrolling doppelt gefiltert worden, sodass am Ende nur 11 Fälle aufgenommen werden konnten. Insgesamt umfasst die nachfolgende Auswertung somit 287 Fälle aus 6 Fachgebieten. Im Folgenden wird zuerst auf die Kommentare zu den einzelnen Datenfeldern der fallbezogenen QS-Dokumentation eingegangen, bevor die Ergebnisse der Fallprüfungen fachgebietsbezogen dargestellt werden.

4.1 Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation

Die der Überprüfung in der Machbarkeitsprüfung zugrunde liegende Version des Fragebogens ist nicht die des Abschlussberichts vom 28. Juni 2013 gewesen, sondern eine um das Datenfeld „Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)“ erweiterte Version (siehe Anhang B).

4.1.1 Datenfeld 13 „Wundinfektion“

13	Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion/Surgical Site Infection nach CDC)? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
----	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 4: Ergebnisse zu Datenfeld 13

Gesamt: 23	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	18	5	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	17	6	0

Kommentare der Leistungserbringer

Der Ausfüllhinweis ist lang und komplex und sei so insbesondere für ausländische Ärzte kaum verständlich. Ein Krankenhaus fragt kritisch an, ob die Mitarbeiter schon ausreichend geschult seien, denn anders als im OP-KISS würden die Wundinfektionen nicht von einer einzigen Hygienefachkraft dokumentiert, sondern müssten in den Krankenakten von allen Ärzten der Fachgebiete dokumentiert werden. Das Konzept dieser fallbezogenen QS-Dokumentation geht in der Tat davon aus, dass diese Fragen nach ärztlicher Entscheidung dokumentiert werden. Viele andere Krankenhäuser – auch solche, die nicht am OP-KISS teilnehmen – bestätigen, dass nach entsprechender Schulung eine derartige ärztliche Einschätzung kein Problem sei, sofern die fallbezogenen QS-Dokumentation zeitnah zur Entlassung des Patienten dokumentiert werden kann. Dies sei aber von der Anwenderfreundlichkeit der jeweils genutzten Software abhängig (Verbindung zum KIS, Zugang im Intranet über alle ärztlichen Logins, etc.).

Die CDC-Definition sollte nicht im Titel genannt werden, da sie Aspekte enthält, die hier nicht zum Tragen kommen sollen (z.B. das Definitionsintervall). Um die Frage nach der Surgical Site Infection vor Ort zielgerichtet beantworten zu können, sollten die auslösenden Codes in einem vorgeschalteten Feld erscheinen. Ein solches Datenfeld ermöglicht auch später (z.B. im Strukturierten Dialog) eine bessere inhaltliche Nachvollziehbarkeit der medizinischen Zusammenhänge.

Der Ausfüllhinweis sollte klarer auf die Kausalitätsvermutung zwischen Infektion und vorausgegangener Operation eingehen., d.h. deutlicher darstellen, dass keine Wundinfektion vorliegt, wenn als Ätiologie der Infektion die sekundäre Streuung eines anderen Infektionsherdes angenommen wird oder eine andere Ätiologie als die Operation primär als wahrscheinlich gilt (Katheter-assoziierte Infektion, punktionsassoziierte Infektion, Infektion nach Keiminvasion bei Zahnextraktion usw.).

Ebenso sollte noch deutlicher hervorgehoben werden, dass der zeitliche Zusammenhang zwischen Surgical Site Infection und Tracer-OP hier (noch) keine Rolle spielt, da dieser erst über die Verknüpfung mit den Sozialdaten geprüft wird.

Der Ausfüllhinweis sollte darstellen, dass es um Infektionen nach Schnitt-OPs geht, also z.B. eine Prostata- oder Mammainfektion nach einer Stanzbiopsie die Bedingungen einer Surgical Site Infection nach CDC nicht erfüllt.

Harnwegsinfektionen bei/nach OPs im Bereich der ableitenden Harnwege (Niere, Blase, Prostata, Ureter, Urethra) stellen ebenfalls keine Surgical Site Infection nach CDC dar. Hier wäre auch eine Abgrenzung von aufsteigenden Harnwegsinfektionen infolge von Kathetern/Stents usw. problematisch.

Da einige Patienten bis zu 4-mal während desselben Aufenthalts operiert wurden, sollte dem Datenfeld zum Vorliegen einer Wundinfektion bei positiver Dokumentation unbedingt ein zusätzliches Datenfeld „Datum der Diagnose der Wundinfektion“ folgen. Hierdurch kann eine sehr viel bessere Zuordnung zur Tracer-OP auch innerhalb eines stationären Aufenthaltes erfolgen. Ebenso könnte das Problem überwunden werden, dass eine Wundinfektion häufig nur als Nebendiagnose kodiert wird, auch wenn sie bereits bei Wiederaufnahme bestand (die Hauptdiagnose ist dann die zur OP führende Grunderkrankung). Die Kodierregeln erlauben grundsätzlich bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen die Fortführung der Hauptdiagnose des Primäraufenthalts. Der zusätzliche Aufwand für die Angabe eines Diagnosedatums wird von den Leistungserbringern durchgehend als gering eingestuft.

Einige Leistungserbringer wünschen sich ein Feedback zu den Zähler-Fällen der Wundinfektionsraten nicht nur fachgebietsbezogen, sondern auch OP-Gruppen-bezogen (dreistellige Codes), da diese dann besser der hausinternen Organisationsstruktur zuzuordnen seien (z.B. Herzschrittmacher zur Kardiologie oder Gefäßchirurgie statt zur nicht vorhandenen Herzchirurgie, Mammachirurgie zu eigener Klinik für Senologie oder zur Chirurgie). Mehrere Krankenhäuser schlagen darüber hinaus vor, alle Zähler-Fälle der beiden globalen Wundinfektionsindikatoren (ambulant/stationär) im Rückmeldebericht kurz zu charakterisieren, sodass hausintern eine Fallanalyse für alle Krankenhäuser möglich wird, nicht nur für Krankenhäuser im Strukturierten Dialog.

Vielfach stellten die Krankenhäuser die Frage, ob mit der Teilnahme am verpflichtenden QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ nach § 137a SGB V die Surveillance-Anforderungen des IfSG für postoperative Wundinfektionen vollständig abgedeckt seien. Dies sollte vom G-BA durch eine offizielle Stellungnahme des Robert Koch-Instituts vor Beginn des QS-Verfahrens sichergestellt werden.

Empfehlungen

Dem Datenfeld werden 2 Datenfelder vorangestellt, eines für die diesen Fall und die Stichprobe „Wundinfektion“ auslösenden ICD-Kodes und eines für die auslösenden OPS-Kodes. Diese Datenfelder sollten automatisch von der Software befüllt werden und den Code und den Kodetitel umfassen. Da die technische Umsetzung solcher Felder noch mit den Softwareunternehmen geklärt werden muss (Schnittstellenproblematik), werden diese Felder noch nicht in die Anhänge dieses Berichts übernommen. Wenn möglich sollen auch die Kodetitel übertragen werden.

Das Datenfeld wird um ein abhängiges „Datum der Diagnose der Wundinfektion“ mit der Plausibilitätsregel „wenn Datenfeld 13 = 1“ ergänzt. Der Ausfüllhinweis für dieses Datenfeld beschreibt, dass ein Datum aus dem aktuellen stationären Aufenthalt einzutragen ist (Aufnahme- bis Entlassungsdatum). Als Diagnosedatum kann das Probenentnahmedatum der mikrobiologischen Untersuchung oder, falls nicht vorhanden, das Datum der ersten Antibiotikagabe oder ein ärztlich festgelegtes Datum gelten, das in der Krankenakte dokumentiert sein muss.

Die Formulierung „nach CDC“ wird aus dem Titel des Datenfeldes gestrichen.

Der Ausfüllhinweis wird verkürzt, die oben angesprochenen Hinweise werden aufgenommen und u.U. durch Fettdruck hervorgehoben.

Da Eingriffe mit Fixateur externe in die Tracer-OP-Liste aufgenommen werden, wird im Ausfüllhinweis entsprechend den CDC-Definitionen ergänzt, dass Mikroabszesse an den Pin-Einstichstellen allein nicht als postoperative Wundinfektion anzusehen sind.

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer sollen in 2 Tabellen untergliedert nach Fachgebieten alle Patientenfälle mit Wundinfektion aus den Indikatoren „Wundinfektionen in stationären Einrichtungen“ und „Wundinfektion in ambulanten Einrichtungen“ auflisten. Es sollten angegeben werden: Alter, Geschlecht, OPS der Tracer-OP, OPS-Datum der Tracer-OP, Datum der Diagnose der Wundinfektion, Diagnose der Wundinfektion in Einrichtung der Tracer-OP oder anderer Einrichtung, auslösende Codes in der Stichprobe „Wundinfektion“, Wundinfektionstiefe, mikrobiologische Untersuchung, Wundinfektion mit MRSA. Mithilfe dieser Informationen können die Fälle in den Einrichtungen identifiziert und analysiert werden. Zusätzlich wird es damit den Krankenhäusern unter Hinzunahme der internen OP-Statistiken (Nenner) ermöglicht, Wundinfektionsraten für einzelne OP-Gruppen zu bestimmen.

Das AQUA-Institut bittet den G-BA zu gegebener Zeit Gespräche mit dem Robert Koch-Institut und dem Bundesministerium für Gesundheit aufzunehmen, um sicherzustellen, dass mit der Teilnahme am verpflichtenden QS-Verfahren nach § 137a SGB V die entsprechenden Surveillance Anforderungen nach dem IfSG abgedeckt sind.

4.1.2 Datenfeld 14 „Wundinfektionstiefe“

<i>Wenn Feld 13 = 1</i>	
14	Wundinfektionstiefe Gemäß CDC-Klassifikation <input type="checkbox"/> 1= A1 – postoperative oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 – postoperative tiefe Wundinfektion 3 = A3 – Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 5: Ergebnisse zu Datenfeld 14

Gesamt: 23	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	22	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	19	4	0

Kommentare der Leistungserbringer

Auch für dieses Datenfeld sei der Ausfüllhinweis zu ausführlich und komplex, sodass befürchtet wird, dass er insbesondere für ausländische Ärzte nicht ausreichend verständlich sei. Insbesondere sollten all jene Aspekte der CDC-Definition hier gestrichen werden, die für die unmittelbare Beantwortung der Frage nicht notwendig sind (Definitionsintervall etc.). Die auslösenden Codes sollten in einem vorangestellten, automatisch befüllten Datenfeld erscheinen, um die Frage fokussiert beantworten zu können (s.o.).

Es sollte dargestellt werden, wie bei mehreren Infektfoke der postoperativen Wundinfektion zu dokumentieren ist. Diese Situation kann bei 2 OP-Stellen im Rahmen einer Operation (z.B. Herzchirurgie mit peripherer Venenentnahme, Einbau von an anderer Stelle entnommenem Knochenmaterial zur Defektauffüllung, etc.) durchaus auftreten.

Am Knie und am Sternum gibt es im Grunde kein A2, sondern nur A1 und A3. Es sollte explizit vermerkt werden, dass Infektionen in Uterus, Magen und Darm als A2 zu dokumentieren sind und nicht Organmanifestationen im Sinne von A3 entsprechen (nur Infektionen parenchymatöser Organe sind A3). Es sollte noch deutlicher hervorgehoben werden, dass Sepsis, Endokarditis, Knochen- oder Gelenkinfektionen der Wundinfektionstiefe A3 entsprechen. Eine transrektale Infektion im extraperitonealen Bereich entspricht A2, im intraperitonealen Bereich A3.

Ein Krankenhaus fragt an, ob nicht lediglich zwischen oberflächlicher (A1) und tiefer (A2+A3) Wundinfektion unterschieden werden könne, da die Differenzierung zwischen A2 und A3 nicht relevant für den QI sei.

Die Positionierung des Ankreuzkästchens von A2 auf Höhe der Ausfüllhinweise zu A3 im eingesetzten Dokumentbogen war verwirrend.

Das eine Krankenhaus, das angab, dass die Informationen im Regelbetrieb nicht erhebbare seien, verwies darauf, dass die Ärzte bislang nicht in der CDC-Klassifikation der Wundinfektionstiefen geschult seien, die Daten aber im Regelbetrieb erst erhebbare werden, wenn diese Schulungen mit allen Ärzten erfolgt seien. Dazu ist Folgendes anzumerken: Die CDC-Klassifikation der Wundinfektionstiefen ist die von Seiten des RKI empfohlene Klassifikation für die Pflicht-Surveillance postoperativer Wundinfektionen nach IfSG. Zudem wird diese Klassifikation bereits jetzt in einzelnen Modulen der externen stationären Qualitätssicherung nach §137a SGB V angewandt. Auch dem OP-KISS liegt diese Klassifikation zugrunde. Eine entsprechende Schulung ist daher schon jetzt notwendig und sinnvoll.

Empfehlungen

Der Ausfüllhinweis wird gekürzt und inhaltlich angepasst. Bei mehreren Infektfoke ist nur die Wundinfektionstiefe der tiefsten Wundinfektion anzugeben.

Auch wenn die QI nur zwischen A1 und A2/A3 unterscheiden, soll an der eingeführten internationalen Klassifikation der Wundinfektionstiefe festgehalten werden, da sie einerseits den Empfehlung des RKI zur Surveillance nach IfSG entspricht und daher Teil des OP-KISS ist (Übertragbarkeit der Daten gewährleisten) und andererseits diese differenzierteren Informationen für die interne Fallanalyse und den Strukturierten Dialog relevant

sind. Bezüglich einer korrespondierenden Anordnung der Datenfelditems und der Ausfüllhinweise werden die Softwarehersteller gebeten, möglichst anwenderfreundliche Lösungen zu entwickeln.

4.1.3 Datenfeld 15 „Wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt?“

15	Wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
----	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 6: Ergebnisse zu Datenfeld 15

Gesamt: 23	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	23	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	23	0	0

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage sollte auf eine mikrobiologische Untersuchung im postoperativen Wundgebiet fokussieren. Im Ausfüllhinweis sollten neben den Gewebeproben auch die Begriffe Wundabstrich, Drainageflüssigkeit und Körperflüssigkeit fett gedruckt werden. Zu ergänzen wäre noch „Blut“ im Hinblick auf die Sepsis- und Endokarditisdiagnostik. Der Ausfüllhinweis sollte erwähnen, dass Screening-Untersuchungen zur Kolonisierung (Rachenabstrich auf MRSA) nicht in die Dokumentation eingehen sollen. Ein Krankenhaus hält die Frage nicht für relevant.

Empfehlungen

Die Frage wird präzisiert: „Wurde eine postoperative mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?“. Der Ausfüllhinweis wird angepasst. Das Datenfeld dient der Überprüfung einer Beziehung zwischen der Häufigkeit mikrobiologischer Untersuchungen und den Wundinfektionsraten, zu der keine Daten aus der Literatur vorliegen. Eine entsprechende Beziehung wäre insbesondere für die Risikoadjustierung relevant.

4.2 Fallprüfungen

In die Fallprüfungen wurden 287 Patienten aus den 6 Fachgebieten Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Herzchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Urologie und Viszeralchirurgie einbezogen (s. Tabelle 7). Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 63 Jahre mit einer Spanne zwischen 10 und 97 Jahren. 70,0 % der in dieser Stichprobe gefilterten Fälle wiesen nach ärztlicher Einschätzung eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet auf. Damit ist jedoch noch nicht dargelegt, ob es sich um eine Wundinfektion nach Tracer-OP im Definitionsintervall von 30 Tagen bzw. 1 Jahr postoperativ handelte (Zähler-Fälle der Wundinfektionsindikatoren). Ein entsprechender Abgleich kann erst nach Verknüpfung mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen, der hier nicht möglich war. Mit der Begrenzung des QS-Verfahrens auf stationär behandelte Wundinfektionen geht erwartungsgemäß eine Fokussierung auf tiefe Wundinfektionen einher. In 77,1 % der geprüften Fälle handelte es sich um tiefe Wundinfektionen (A2 und A3). Für 21 der 201 (10,4 %) diagnostizierten postoperativen Wundinfektionen war während des stationären Aufenthalts keine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt worden. In 10 dieser Fälle (47,6 %) handelte es sich um tiefe Wundinfektionen (A2 + A3).

Tabelle 7: Klinische Charakteristika der Patienten und Ergebnisse der Fallprüfungen

Fallzahl	287
Alter (Jahre)	63,2 ± 17,2 10 – 97 (x ± SD, Range)
Geschlecht	
▪ weiblich	137 (47,7 %)
▪ männlich	150 (52,3 %)
Wundinfektion	201 (70,0 %)
Wundinfektionstiefe	
▪ A1 (oberflächlich)	46 (22,9 %)
▪ A2 (tief)	60 (29,8 %)
▪ A3 (Organ, Körperhöhle)	95 (47,3 %)
Mikrobiologie	244 (85,0 %)

Bei 23 der 287 (8,0 %) untersuchten Fälle bzw. 22 der 201 Wundinfektionen (10,9 %) fanden sich mehrere auslösende Codes. In der Auswertung (siehe Tabellen 2-8) wurden diese Fälle nur einem „Haupt“-Auslösekodex zugeordnet. Die Priorisierung war: 1. Hauptdiagnose, 2. Nebendiagnose, 3. OPS. Innerhalb der Haupt- bzw. Nebendiagnosen wurden T-Kodes priorisiert, da diese allgemeinen Komplikationskodex vorrangig qualitativ geprüft werden sollten. Eine repräsentative quantitative Untersuchung der Mehrfachauslösungen erfolgt im Projekt der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Über alle Fachgebiete hinweg wurde der Code T81.4 „Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert“ überprüft (siehe Tabelle 8). Dieser Code ist als Nebendiagnose seit 2012 nicht mehr erlösrelevant, wurde aber im Jahr 2013 noch häufig dokumentiert. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass T81.4 zwar eine sehr hohe aber keine 100-prozentige Spezifität für Wundinfektionen besitzt. Dies kann u.a. durch die Definition „anderenorts nicht klassifiziert“ bedingt sein. Mit T81.4 wurden in dieser Erhebung häufiger oberflächliche Wundinfektionen (A1) und seltener Organinfektionen oder Infektionen in Körperhöhlen (A3) identifiziert. Insbesondere A3-Infektionen werden häufiger durch spezifische Codes abgebildet und sind damit „anderenorts klassifiziert“. Auch die Sensitivität des Codes T81.4 ist nur mäßig. In dieser Erhebung wurden 47,8 % der postoperativen Wundinfektionen primär durch andere Filtercodes erfasst, wobei nur 7 dieser 96 Fälle (7,3 %) zusätzlich den Code T81.4 aufwiesen. T81.4 ist damit weiterhin ein wichtiger Auslösekodex, der aber allein keineswegs zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen ausreicht. Insbesondere schwere, Organe und Körperhöhlen erfassende Wundinfektionen (A3) werden durch diesen Code nicht ausreichend erfasst. Zudem zeigte sich, dass selbst für diesen, in seiner Definition am stärksten auf postoperative Wundinfektionen zugeschnittenen Code, letztlich doch ein zusätzliches ärztliches Urteil in der fallbezogenen Dokumentation sinnvoll ist, um die tatsächlichen postoperativen Wundinfektionen im QS-Verfahren bewerten zu können.

Tabelle 8: Ergebnisse der Fallprüfungen für den Code T81.4 über alle Fachgebiete hinweg

Alle Fachgebiete							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	113	105 (92,9 %)	39 (37,1 %)	38 (36,2 %)	26 (24,8 %)	98 (93,3 %)

Im Folgenden werden fachspezifische Aspekte der Prüfungsergebnisse dargestellt.

4.2.1 Gefäßchirurgie

Tabelle 9: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Gefäßchirurgie

Gefäßchirurgie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A 1 (% WI)	A 2 (% WI)	A 3 (% WI)	
I80.28 mit B95.-! oder B96.-!	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten mit Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind oder sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind	2	0	0	0	0	0
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	13	13	7	1	5	10
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	21	13	1	2	10	17
Alle		36	26 (72,2 %)	8 (30,8 %)	3 (11,5 %)	15 (57,7 %)	27 (75,0 %)

Kommentare der Leistungserbringer

In den Gesprächen mit den Gefäßchirurgen wurde deutlich, dass Gefäßeingriffe häufig proximal einer Amputationswunde durchgeführt werden. In diesen Fällen kann mittels Kodes nicht zwischen einer Infektion in der distalen Amputationswunde oder im Wundgebiet der proximalen Gefäßoperation unterschieden werden. Da die Amputationen vielfach bei gangränösen, offenen Wunde durchgeführt werden und auch selbst oft nur schlecht heilen, sind sie häufig bakteriell kolonisiert oder gar infiziert. Dies sollte entsprechend der Systematik des QS-Verfahrens zu einem Ausschluss führen. Es wurde daher empfohlen, alle Patienten mit Amputationen oder Gangrän aus dem QS-Verfahren auszuschließen.

Einige der T82.7-Infektionen wurden nach Shunt-OP nicht durch den Eingriff sondern durch die Shuntpunktionen bei Dialyse verursacht. Es ist daher sinnvoll, Dialysepatienten weiterhin aus dem Verfahren auszuschließen, da eine ursächliche Abgrenzung der Infektgenese nicht möglich ist.

Thrombosen, Phlebitiden und Thrombophlebitiden mit gesichertem Keimnachweis schienen insgesamt selten zu sein. Die beiden hier untersuchten Fälle entsprachen keinen Wundinfektionen. Ehe diese Kodes jedoch aus der Einschlussliste der Stichprobe Wundinfektionen genommen werden können, sollte die größere Datenmenge des ersten Regelbetriebsjahres abgewartet werden.

Empfehlungen

Als Ausschlusskodes in der Stichprobe Tracer-OP werden als Haupt- oder Nebendiagnose im Indexaufenthalt aufgenommen: I70.24 (Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän). Zum Ausschluss der Amputationseingriffe siehe Orthopädie/Unfallchirurgie.

4.2.2 Gynäkologie

Tabelle 10: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Gynäkologie

Gynäkologie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma	21	5	1	3	1	16
N71.0 mit B95.-! oder B96.-!	Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix mit Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind oder sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind	5	1	1	0	0	5
N73.3	Akute Pelveoperitonitis bei der Frau	6	3	1	0	2	5
O85	Puerperalfieber	4	2	0	1	1	4
O86.0	Infektion der Wunde nach operativem geburtshilflichem Eingriff	1	1	0	1	0	1
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	11	10	6	3	1	9
Alle		48	22 (45,8 %)	9 (40,9 %)	8 (36,4 %)	5 (22,7 %)	36 (75,0 %)

Kommentare der Leistungserbringer

Die Gynäkologen bestätigten nochmals, dass eine Uterusinfektion nicht als Organinfektion A3 sondern nur als tiefe Wundinfektion A2 einzuschätzen ist (s.o.), da es sich nicht um ein parenchymatöses Organ handelt.

Ein Krankenhaus kodierte eine Candida-Ösophagitis bei Agranulozytose nach Chemotherapie bei Mammakarzinom als T81.4 (Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert), gab aber – konform mit der CDC-Definition – in der fallbezogenen QS an, dass keine postoperative Wundinfektion vorlag.

Der Anteil der tatsächlichen Wundinfektionen lag in der Gynäkologie mit knapp 46 % niedriger als in den meisten anderen Fachgebieten. Dies hängt mit Besonderheiten der Gynäkologie zusammen (unspezifische Codes im Bereich der Mamma, viele exogene, nicht postoperative Infektionen müssen stationär behandelt werden) und war aus Sicht der Gynäkologen erwartet und akzeptabel.

Es wurde vorgeschlagen, Implantateingriffe im Genitaltrakt auch in das Verfahren aufzunehmen.

Empfehlungen

Als Einschlusscodes in die Stichprobe Wundinfektionen werden aufgenommen: T83.6 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt) sowie den 2013 neu in den ICD eingeführten Code T85.73 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat).

4.2.3 Herzchirurgie

Tabelle 11: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Herzchirurgie

Herzchirurgie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
J85.3	Abszess des Mediastinums	0	0	0	0	0	0
J98.50	Mediastinitis	9	8	0	1	7	9
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	21	21	5	8	8	21
T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese	7	6	0	0	6	7
5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum	10	9	0	3	6	10
Alle		47	44 (93,6 %)	5 (11,4 %)	12 (27,3 %)	27 (61,4 %)	47 (100,0 %)

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Krankenhaus wies darauf hin, dass es Mediastinalabszesse meist nicht kodiert, da sie nicht erlössteigernd auf die ohnehin hochpreisigen, herzchirurgischen DRGs wirken.

Ein Krankenhaus interpretiert die Sternalzerklagen als Osteosynthesen und kodiert die Sternalinfektionen nach Herz-OP zusätzlich (hier neben 5-916.a2) als T84.6 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Osteosynthesen). Da dieser Kode aber auch in der Einschlussliste für die Stichprobe Wundinfektionen enthalten ist, ist dieses ungewöhnliche Kodierverhalten für das QS-Verfahren unproblematisch.

Die OP-Liste sollte noch durch die anderen Revaskularisationen am Herzen vervollständigt werden.

Empfehlungen

In die Liste der stationären Tracer-OPs werden andere Revaskularisationen des Herzens (5-363.-) aufgenommen.

4.2.4 Orthopädie/Unfallchirurgie

Tabelle 12: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Orthopädie/Unfallchirurgie

Orthopädie/Unfallchirurgie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	17	15	2	10	3	15
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendothese	10	8	0	3	5	9
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesvorrichtung [jede Lokalisation]	10	9	2	4	3	8
5-800.2g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Hüftgelenk	4	3	0	0	3	4
5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	7	2	0	1	1	5
Alle		48	37 (77,1 %)	4 (10,8 %)	18 (48,6 %)	15 (40,5 %)	41 (85,4 %)

Kommentare der Leistungserbringer

Da im Verfahren offene traumatische Wunden vor OP als Ausschlussgrund dienen, sollten alle Replantationseingriffe ausgeschlossen werden. Zur Diskussion der Amputationseingriffe siehe Anmerkungen aus dem Fachgebiet Gefäßchirurgie. Angesichts des Ausschlusses traumatischer, offener Wunden vor OP sollten auch die Eingriffe mit Fixateur externe eingeschlossen werden. Im Abschlussbericht waren lediglich die Eingriffe mit Ringfixateur eingeschlossen. Die Entfernung von Fixateur externe oder Ringfixateur sollte jedoch nicht als Tracer-Eingriff gelten, da die Pin-Einstichstellen bei der Entfernungsoperation als präoperativ bakteriell kolonisiert oder infiziert anzusehen seien.

Empfehlungen

Als Einschlusscodes in die Stichprobe stationärer Tracer-OPs sollten auch alle OPs der Endoprothetik an der Schulter und der oberen Extremität eingeschlossen werden (5-824.-, 5-825.-) sowie an der unteren Extremität zusätzlich zu den bereits eingeschlossenen Hüft und Knie-TEP-OPs (5-826, 5-827.-) sowie die anderen gelenkplastischen Eingriffe (5-629.-). Darüber hinaus werden auch die Eingriffe mit Fixateur externe innerhalb der bisher eingeschlossenen OP-Gruppen aufgenommen.

Als Ausschlusscodes in die Stichproben Wundinfektionen und Tracer-OP werden aufgenommen: 5-860.- (Replantation obere Extremität), 5-861.- (Replantation untere Extremität), 5-862.- (Amputation und Exartikulation obere Extremität), 5-863.- (Amputation und Exartikulation Hand), 5-864.- (Amputation und Exartikulation untere Extremität), 5-865.- (Amputation und Exartikulation Fuß), 5-866.- (Revision eines Amputationsgebietes).

Als Ausschlusscode bei Polytrauma dienen in den Stichproben Wundinfektion und Tracer-OP nicht nur die DRGs sondern auch die Zusatzcodes OPS 5-981 (Versorgung bei Mehrfachverletzung) und 5-982.- (Versorgung bei Polytrauma).

Die Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe/Ringfixateur (5-5-787.9-, 5- 5-787.m-) sowie Inzisionen an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernungen (5-850.8-, 5-850.9-) und die Amputation, Exartikulation Hand (5-863.-) werden aus der Stichprobe der ambulanten Tracer-OPs gestrichen (sie waren nie Teil der stationären Tracer-OPs). Letztere OP-Gruppe wird in die Ausschlussliste beider Stichproben aufgenommen (s.o.)

4.2.5 Urologie

Tabelle 13: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Urologie

Urologie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
N15.10	Nierenabszess	5	1	0	0	1	5
N15.11	Perinephritischer Abszess	3	1	0	1	0	1
N41.0 mit B95.-! oder B96.-!	Akute Prostatitis mit Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind oder sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind	8	0	0	0	0	8
N41.2	Prostataabszess	2	0	0	0	0	2
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	4	1	0	0	1	4
N49.2 mit B95.-! oder B96.-!	Entzündliche Krankheiten des Skrotums mit Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind oder sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die an anderer Stelle klassifiziert sind	5	0	0	0	0	5
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	21	16	5	7	4	20
Alle		48	19 (39,6 %)	5 (26,3 %)	8 (42,1 %)	6 (31,6 %)	45 (93,8 %)

Kommentare der Leistungserbringer

Die Urologie wies unter den sechs Fachgebieten mit knapp 40 % den niedrigsten Anteil an tatsächlichen postoperativen Wundinfektionen nach CDC-Definition in der ausgelösten Stichprobe auf. Ein Krankenhaus kodierte nach Eingriffen an den Organen an den Harnwegen (Niere, Blase, Prostata) jeden Harnwegsinfekt als Infektion nach operativem Eingriff (T81.4). Hierbei handelte es sich jedoch um aufsteigende Harnwegsinfektionen, meist nach Blasen- oder Harnleiterkathetern, die in der fallbezogenen QS-Dokumentation – konform zur CDC-Definition – nicht als postoperative Wundinfektionen bewertet wurden. Einige dieser aufsteigenden Harnwegsinfekte traten nach endourologischen Operationen auf, die aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen bleiben, da sich die CDC-Definition der postoperativen Wundinfektionen nur auf externe Schnittwunden bezieht (auch wenn die Hautschnitte, wie bei laparoskopischen Operationen, sehr klein sein können). Im Zweifelsfall

dürfte eine postoperative Infektion an den oben beschriebene Organen oder gar eine Sepsis eher durch eine aufsteigenden Harnwegsinfektion denn durch eine Keiminokkulation über die äußere Schnittwunde ausgelöst worden sein. Das vorgelegte QS-Verfahren prüft aber postoperative Wundinfektionen und nicht generell Infektionen nach operativen Eingriffen, auch wenn dies vielleicht gerade in der Urologie angemessener wäre. Die Infektionsgenese wäre dann aber so unterschiedlich, dass eine vergleichende Beurteilung über mehrere Fachgebiete hinweg nicht mehr möglich ist. Es ist daher weiterhin sinnvoll, den Fokus auf den postoperativen Wundinfektionen beizubehalten.

An Prostata und Skrotum sind eigenständige, stationär zu behandelnde Infektionen sehr viel häufiger als postoperative Wundinfektionen. Bei den zehn Fällen mit akuter Prostatitis mit Keimnachweis bzw. Prostataabszess lag in keinem einzigen Fall eine postoperative Wundinfektion vor. Dies ist deshalb bedeutsam, da die Prostataoperation den häufigsten urologischen Eingriff darstellt. Insgesamt sollte daher nach Vorliegen der Daten aus der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (durchschnittliche Zahl urologischer Fälle in der Stichprobe Wundinfektionen pro Leistungserbringer, Anteil der ausgelösten Fälle der Stichprobe Wundinfektionen, die mit urologischen Tracer-OPs verbunden werden können) kritisch abgewogen werden, ob die Einbeziehung der Urologie in das QS-Verfahren sinnvoll bleibt. Die an der Machbarkeitsprüfung teilnehmenden Urologen würden eine Herausnahme der Urologie aus dem QS-Verfahren bedauern. Sie schlugen Ergänzungen für die Einschlusscodes in die Stichproben Tracer-OP und Wundinfektion vor.

Empfehlungen

Als Einschlusscode in die Stichprobe Wundinfektion wird: T83.8 (Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt) aufgenommen.

Als stationäre Tracer-OPs werden zusätzlich aufgenommen: 5.628.- (Implantation, Entfernung und Wechsel einer Hodenprothese), 5.630.- (Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici) und andere Operationen an der Niere: Revisionsoperation (5-559.3-).

4.2.6 Viszeralchirurgie

Tabelle 14: Ergebnisse der Fallprüfungen im Fachgebiet Viszeralchirurgie

Viszeralchirurgie							
Kode	Kodetitel	Patienten	Wundinfektion (% aller Pat.)	Wundinfektionstiefe			Mikrobiologie (% aller Pat.)
				A1 (% WI)	A2 (% WI)	A3 (% WI)	
K91.83	Insuffizienz von Anastomosen und Nähten am sonstigen Verdauungstrakt	16	13	0	0	13	14
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	30	30	14	9	7	23
5-545.0	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	6	3	0	0	3	5
5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Am offenen Abdomen	3	2	1	1	0	3
5-916.a4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Endorektal	5	5	0	1	4	4
Alle		60	53 (88,3 %)	15 (28,3 %)	11 (20,8 %)	27 (50,9 %)	49 (81,7 %)

Kommentare der Leistungserbringer

Die 2013 neu eingeführten Codes für Anastomoseninsuffizienzen sollten alle in die Einschlussliste für die Stichprobe Wundinfektionen aufgenommen werden, ebenso Revisionseingriffe an Anastomosen und Exzisionen ohne primären Wundverschluss. Die Tracer-OP-Liste sollte um weitere Eingriffe ergänzt werden.

Wie schon im Abschnitt Gefäßchirurgie beschrieben sollten Hernien-Eingriffe bei primärer Gangrän aus der Tracer-OP-Liste gestrichen werden, da hierbei von einer präoperativen Keimbesiedlung bzw. Infektion des OP-Gebiets auszugehen sei. Gleiches trifft für Eingriffe bei Volvulus und Darminfarkt bzw. fulminanter ischämischer Kolitis zu. Noch im Tracer-OP-Set vorhandene perianalen und perinealen Operationen sollten ebenso gestrichen werden.

Empfehlungen

Als Einschlusscodes in die Stichprobe Wundinfektion werden aufgenommen: K91.81 bis K91.83 (Anastomoseninsuffizienzen), 5-467.53 (Andere Rekonstruktion des Darmes: Revision einer Anastomose: Kolon) sowie Codes 5-894.6 bis 5-894.0g (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss je Kode in verschiedenen Körperregionen) und 5-895.06 bis 5-895.0g (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss je Kode in verschiedenen Körperregionen).

Typische, partielle Magenresektionen (5-434.-), Revisionen nach Magenresektion (5-447.-), die Anlage einer Bypass-Anastomose am Darm (5-459) sowie die Anlage eines doppelläufigen Enterostomas als selbständiger Eingriff (5-460.-) und die Revisionseingriffe am Enterostoma (5-464.-) werden der Liste der stationären Tracer-OPs hinzugefügt.

Als Ausschlusscodes in der Stichprobe Tracer-OP werden die ICDs als Hauptdiagnosen im Indexaufenthalt aufgenommen: K40.10, K40.11, K40.40, K40.41, K41.1, K41.2, K43.1, K43.4, K43.70, K43.78, K43.79, K44.1, K45.1, K46.1. (Viszeralhernien mit Gangrän) sowie R02 (Gangrän anderenorts nicht klassifiziert) und K55.0 (Akute Gefäßkrankheiten des Darmes) sowie K56.2 (Volvulus). Als weitere Ausschlusscodes werden in der Stichprobe Tracer-OP im Intervall 4 Wochen vor Indexaufenthalt (OP) bis Ende Follow-up die GOP 32012 (Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung) und GOP 32019 (Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie) gelistet.

Einzelne noch vorhandene perianalen und perinealen Operationen (5-485.4, 5-485.5, 5-485.x, 5-485.y) werden aus der Stichprobe Tracer-OP gestrichen.

5 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Ergebnisse nach Datenfeldern (Fragen)

Die Fragen der stationären und/oder der ambulanten Einrichtungsbefragung wurden mit den Teilnehmern Frage für Frage durchgegangen und die Antworten protokolliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse und Kommentare der Fragen einzeln dargestellt, diskutiert und ggf. Empfehlungen abgegeben, wie sie modifiziert werden sollten.

5.1 Stationäre Einrichtungsbefragung

Frage 1: Anzahl der durchgeführten Operationen

Wie viele operative Fälle gab es im betreffenden Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung?	-----
---	-------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 15: Stationäre Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1

Gesamt: 25 ⁸	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	16	9	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	22	1	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	20	4	1

Kommentare der Leistungserbringer

In der Machbarkeitsprüfung wurde die fallbezogene QS-Dokumentation stets nur mit Bezug auf eine Fachabteilung besprochen, sodass auch bei der Einrichtungsbefragung häufig gemutmaßt wurde, dass auch hier nur die Zahlen dieser einen Fachabteilung einzutragen seien. Die korrekten Zahlen wurden jedoch stets nachgereicht. Gleichzeitig wurde vorgeschlagen, die Frage „Wie viele operative Fälle gab es im betreffenden Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung“ durch „Wie viele stationäre, operative Fälle gab es im Jahr xxxx in Ihrem gesamten Krankenhaus“ zu ersetzen. Es sollte klargestellt werden, dass sich die Erhebung nicht auf das laufende, sondern das letzte abgeschlossene Jahr bezieht. Der Ausfüllhinweis sollte auf Überlieger eingehen.

Das eine Krankenhaus, das angab, dass die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht zu erheben seien, erläuterte, dass es zur Zählung der Fälle mit DRG eine Zusatzsoftware benötige. Auf Nachfrage konnte die gewünschte Kennzahl jedoch ermittelt werden; dies habe jedoch einigen Aufwand verursacht.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert in „Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem gesamten Krankenhaus“.

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass nur im Erfassungsjahr entlassene Patienten aufgezählt werden sollen.

⁸ Die Gesamtzahl 25 ergibt sich aus 23 besuchten Krankenhäusern, von denen zwei Häuser mit je zwei Standorten teilgenommen haben.

Frage 2: Anzahl der Patiententage Intensivstation

Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf der/ bzw. den Intensivstation(en) Ihrer Einrichtung vor?	_____ Patiententage
---	---------------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 16: Ergebnisse zu Frage 2

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	17	8	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	11	13	1

Kommentare der Leistungserbringer

Da „Einrichtung“ ggf. als „Abteilung (Klinik)“ missverstanden werden könnte, sollte auch hier von „gesamtem Krankenhaus“ oder „allen Intensivstationen“ gesprochen werden. Die Intensivstationen sollten auf operative und interdisziplinäre Intensivstationen eingegrenzt werden. Sie sind auch in der Erhebung der „Aktion Saubere Hände“ (HAND-KISS) so abgrenzbar. Einzelne Krankenhäuser fragen nach einer Definition des Begriffs „Intensivstation“. Es sollte geklärt werden, wie Intermediate Care Stationen einzustufen sind. Einzelne Krankenhäuser fragen danach, wie Überlieger einbezogen werden sollen.

Empfehlung

Da es 2012 zwar 2017 Krankenhäuser aber nur 1213 Krankenhäuser mit Betten zur intensivmedizinischen Versorgung gab,⁹ könnte theoretisch auch die Angabe „0“ erfolgen. Sinnvoller erscheint es daher, die Frage voranzustellen: „Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?“ mit den Schlüsseln „Ja“ und „Nein“. Wird „Ja“ angekreuzt, so folgt die alte Frage 2. Im Ausfüllhinweis wird definiert: Als Intensivstation zählen in Anlehnung an die Krankenhausstatistik des Bundes¹⁰ alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“ nach Krankenhausplan (Förderbescheid), hier eingeschränkt durch die Bedingung, dass eine eigene interne Kostenstelle geführt wird, die es erlaubt, Bestell/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren. Aufwachbereiche/-stationen sind jedoch keine Intensivstationen, ebenso wenig wie Intermediate Care Stationen. Da sich der Indikator ID-19 „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen“ auf operative und interdisziplinäre Intensivstationen bezieht, wird die Frage umformuliert: „Wie viele Patiententage lagen im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?“

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die hier erhobene Maßzahl als Bezugsgröße für den Indikator ID-19 „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen“ dient. Die Dokumentation lehnt sich an das Erhebungsprotokoll von HAND-KISS¹¹ <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/an>. Entsprechend sind hier die Intensivstationen anzugeben, die im HAND-KISS im Feld „Art der Station“ die Schlüssel „Chirurgie“, „andere operative Fächer“ oder „interdisziplinär“ erhalten. Intermediate Care Stationen werden – wie im HAND-KISS – nicht den Intensivstationen zugerechnet.

Im Ausfüllhinweis wird zusätzlich dargestellt: „Der Begriff der Patiententage lehnt sich an das HAND-KISS an. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG.“

⁹ Siehe http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=66688593&nummer=841&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=66712927.

¹⁰ Siehe http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8148::Planbetten.

¹¹ Siehe <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS>.

Frage 3: Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstation

Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf der bzw. den Intensivstation(en) Ihrer Einrichtung?	_____ Liter
---	-------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 17: Ergebnisse zu Frage 3

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	7	18	0

Kommentare der Leistungserbringer

70 % der Krankenhäuser der Machbarkeitsprüfung nahmen bereits freiwillig an der „Aktion Saubere Hände“ (HAND-KISS) teil (deutschlandweit ca. 50 %). Ein Klinikum, das am HAND-KISS teilnahm, konnte aber retrospektiv keine Verbrauchszahlen für die einzelnen Standorte, sondern nur für das ganze Klinikum angeben. Zwei Krankenhäuser, die nicht am HAND-KISS teilnehmen, messen den Händedesinfektionsmittelverbrauch im Rahmen eines internen Qualitätsprojekts. Alle 5 Krankenhäuser, die den Händedesinfektionsmittelverbrauch bislang noch nicht routinemäßig erheben, führten eine retrospektive Erhebung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung durch und teilten uns mit, dass dies auch in Zukunft möglich sei. Mehrere Krankenhäuser wiesen darauf hin, dass sie bislang nur mit einzelnen Stationen am HAND-KISS teilnehmen und der Einbezug aller Stationen (insbesondere aller Allgeminestationen) den Aufwand erhöhe. Ein großes Klinikum, das bereits am HAND-KISS teilnimmt, konnte retrospektiv keine Verbrauchsdaten mehr für alle Intensivstationen und alle Allgeminestationen nennen. Dass Bestell- bzw. Liefermenge von Händedesinfektionsmittel als Surrogat für den Verbrauch angesehen werden kann, findet allgemeine Akzeptanz. Einige Krankenhäuser müssten für den Regelbetrieb die internen Informationswege anpassen. Ein Klinikum, das ein Gold-Zertifikat der Aktion Saubere Hände besitzt, fragte, ob diese Qualifikation nicht zusätzlich bewertet werden könne. Derartige Zusatzprojekte fallen unter das Item „Zusätzliche Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer Infektionen“ der Frage 47.

Entsprechend QI-ID 19 wird die Frage umformuliert: „Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel (in Litern) im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses.“

Der Ausfüllhinweis erläutert, dass die Frage sich an die Erhebungssystematik des HAND-KISS anlehnt. Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Frage 4: Patiententage Allgemeinstationen

Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf den Allgemeinstationen Ihrer Einrichtung vor?	_____ Patiententage
--	---------------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 18: Ergebnisse zu Frage 4

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	20	4	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	24	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	9	15	1

Kommentare der Leitungserbringer

Da „Einrichtung“ ggf. als „Abteilung (Klinik)“ missverstanden werden könnte, sollte auch hier von „allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhaus“ gesprochen werden. Die Zuordnung von Intermediate Care Stationen sollte festgelegt werden. Das Erfassungsjahr sollte explizit genannt werden. Generelle Anmerkungen zur Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs siehe Frage 3.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert „Wie viele Patiententage lagen im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?“

Im Ausfüllhinweis wird erläutert: „Das Datenfeld dient als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen und lehnt sich an das HAND-KISS¹² an. Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG auf den eingeschlossenen Stationen.“

Frage 5: Verbrauch Händedesinfektionsmittel Allgemeinstationen

Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf den Allgemeinstationen Ihrer Einrichtung?	_____ Liter
---	-------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 19: Ergebnisse zu Frage 5

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	24	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	6	18	1

Kommentare der Leistungserbringer

Zur Erhebbarkeit des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im stationären Bereich siehe Kommentare zur Frage 3.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert in: „Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel (in Litern) im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?“

¹² Siehe <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS>.

Der Ausfüllhinweis erläutert, dass die Frage sich an die Erhebungssystematik des HAND-KISS anlehnt. Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Frage 6: Leitlinie perioperative Antibiotikaphylaxe

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 13
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 20: Ergebnisse zu Frage 6

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ¹³
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	24	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	22	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	20	2	3

Kommentare der Leistungserbringer

Es wird darauf verwiesen, dass zwischen den Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Liegt bereits vor“ keine unterschiedliche Bewertung besteht und sie daher zusammengezogen werden sollten. Einige Krankenhäuser betonen, dass es hier wichtig ist, interne Leitlinien nur dann zu akzeptieren, wenn sie alle Fachgebiete eines Krankenhauses abdecken. Leitlinien nur in einer Abteilung eines Krankenhauses seien nicht ausreichend. Dies sei im Ausfüllhinweis klar darzustellen. Unklarheit besteht hinsichtlich der scheinbaren Akzeptanz von Leitlinien, deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist oder die so spät abgeschlossen wurden, dass sie sich im Erfassungsjahr nicht auswirken konnten. Es wird vorgeschlagen, nur ganzjährig vorhandene interne Leitlinien zu berücksichtigen.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert: „Gab es im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?“ Die Schlüssel werden in „Ja“/„Nein“ geändert. Der erste Satz im Ausfüllhinweis wird gestrichen, stattdessen wird erläutert, dass die interne Leitlinie ganzjährig in Kraft sein muss. Interne Leitlinien, die sich noch in der Entwicklung befinden oder erst unterjährig in Kraft getreten sind, können nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird erläutert, dass die interne Leitlinie alle operativen Fachgebiete des Krankenhauses umfassen muss oder dass für alle operativen Abteilungen eigene interne Leitlinien vorliegen müssen. Interne Leitlinien nur in einzelnen operativen Abteilungen sind nicht ausreichend. Als Orientierung kann die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft¹⁴ dienen.

¹³ Bei Frage 6 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 7 bis 12 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 7 bis 12 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 6 bis 12 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Leitlinie vorliegt.

¹⁴ Siehe <http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html>.

Frage 7: Inhalte der Leitlinie

Welche Inhalte werden in der Leitlinie thematisiert?	
▪ Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 21: Ergebnisse zu Frage 7

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ¹⁵
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	17	1	7
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	19	0	6
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	0	7

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

„Interne Leitlinie“ statt „Leitlinie“.

Frage 8: Zugriff auf die Leitlinie

Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 22: Ergebnisse zu Frage 8

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ¹⁶
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	17	0	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	18	0	7
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	0	7

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen empfohlen.

¹⁵ Siehe Fußnote 13.

¹⁶ Siehe Fußnote 13.

Frage 9: Aktualisierung der Leitlinie

Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 23: Ergebnisse zu Frage 9

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	14	3	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	15	0	10
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	16	2	7

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar. Einige Leistungserbringer hatten jedoch ein Datum aus dem aktuellen Jahr, d.h. dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr angegeben.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr. Im Ausfüllhinweis wird aufgenommen: „Die Aktualisierung soll [...] die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen.“

Frage 10: Autorisierung der Leitlinie

Wurde die Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 24: Ergebnisse zu Frage 10

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ¹⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	14	3	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	18	0	7
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	17	1	7

Kommentare der Leistungserbringer

In einigen Krankenhäusern werden die internen Antibiotikaleitlinien durch die Arzneimittelkommission autorisiert.

Empfehlung

In der Frage wird eingefügt: „Interne Leitlinie“ statt „Leitlinie“. Zur Präzisierung wird in die Fragestellung aufgenommen: „die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission“. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und reicht als Autorisierung aus. Eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend.

¹⁷ Siehe Fußnote 13.

Frage 11: Überprüfung der Antibiotikaphylaxe

Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 25: Ergebnisse zu Frage 11

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	18	0	7
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	17	0	8
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	16	7

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen empfohlen.

Frage 12: Überprüfung der Checklistenanwendung

Wird die Anwendung dieser Checkliste in Ihrer Einrichtung stichprobenartig überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 26: Ergebnisse zu Frage 12

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	17	1	7
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	17	1	7
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	16	8

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Krankenhaus wünscht sich die Vorgabe einer zu überprüfenden Stichprobengröße. Wenn die Frage 11 mit „Nein“ beantwortet wurde, kann die Frage 12 entfallen.

Das Krankenhaus, das angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, führt keine Checklisten (Frage 11) und gibt daher an, die Frage 12 nicht beantworten zu können.

Empfehlung

Die Frage wird präzisiert: „Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrer Einrichtung stichprobenartig ausgewertet?“

Es wird eine Plausibilitätsregel eingeführt, dass die Frage 12 entfällt, wenn in Frage 11 „Nein“ angekreuzt wird. Die Bewertung entspricht dann auch automatisch einem „Nein“ in Frage 11.

Im Ausfüllhinweis wird weiterhin auf eine konkrete Vorgabe zur Stichprobengröße verzichtet. Stattdessen wird der Hinweis ergänzt: „Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan – Do – Check – Act).“

Frage 13: Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Haben Sie im betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 17
---	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 27: Ergebnisse zu Frage 13

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ¹⁸
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	22	2	1

Kommentare der Leistungserbringer

Das Erfassungsjahr sollte explizit genannt werden. Im Krankenhaus liegen oft nur abteilungsbezogene Antibiotikaleitlinien vor. Die beiden Schlüssel „Ja“ und „Liegt bereits vor“ führen zu keinen unterschiedlichen Bewertungen und sollten zusammengezogen werden. Einige Krankenhäuser fragen nach der Bewertung von internen Leitlinien, die sich noch in der Entwicklung befinden oder bereits entwickelt sind, aber noch nicht in Kraft gesetzt wurden. Anstatt von Antibiotika-Initialtherapie zu sprechen sollte der Überbegriff der Antibiotikatherapie verwendet werden. Details würden dann in der Leitlinie ausgeführt werden.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert: „Gab es im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?“ Die Schlüssel werden in „Ja“/„Nein“ geändert. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie ganzjährig in Kraft sein musste. Interne Leitlinien, die sich noch in der Entwicklung befinden oder erst unterjährig in Kraft getreten sind, können nicht berücksichtigt werden.

Im Ausfüllhinweis wird ein Verweis auf die Notwendigkeit interner Leitlinien eingefügt, die alle Fachgebiete des Krankenhauses abdecken. Die Frage ist damit nicht auf Antibiotikatherapien bei operierten Patienten eingengt, sondern bezieht sich auf die gesamte Antibiotikatherapie in der Einrichtung. Im Ausfüllhinweis wird zudem ergänzt: Als Orientierung kann die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft¹⁹ dienen.

¹⁸ Bei Frage 13 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 14 bis 16 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 14 bis 16 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 13 bis 16 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Leitlinie vorliegt.

¹⁹ Siehe <http://www.p-e-g.org/econtext/leitlinien>.

Frage 14: Zugriff auf die Leitlinie

Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 28: Ergebnisse zu Frage 14

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ²⁰
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	19	0	6
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	19	0	6
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	1	6

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen empfohlen.

Frage 15: Aktualisierung der Leitlinie

Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 29: Ergebnisse zu Frage 15

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ²¹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	19	0	6
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	19	0	6
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	1	6

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar. Einige Leistungserbringer hatten jedoch ein Datum aus dem aktuellen Jahr, d.h. dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr angegeben.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“. Im Ausfüllhinweis wird bezogen auf eine Neuentwicklung statt „Datum der Neuentwicklung“ präziser das „Datum des erstmaligen Inkrafttretens“ genannt. Im Ausfüllhinweis wird aufgenommen: „Die Neuentwicklung oder Aktualisierung soll [...] die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen.“

²⁰ Siehe Fußnote 18.

²¹ Siehe Fußnote 18.

Frage 16: Autorisierung der Leitlinie

Wurde die Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 30: Ergebnisse zu Frage 16

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	16	3	6
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	19	0	6
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	1	6

Kommentare der Leistungserbringer

In einigen Krankenhäusern werden die internen Antibiotikaleitlinien durch die Arzneimittelkommission autorisiert.

Empfehlung

Zur Präzisierung wird in die Fragestellung aufgenommen: „die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission“. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und reicht als Autorisierung aus. Eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend.

Frage 17: Präoperative Haarentfernung

Welche Methode der präoperativen Haarentfernung wird in Ihrer Einrichtung eingesetzt? <i>Mehrere Antworten möglich.</i>	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 31: Ergebnisse zu Frage 17

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	24	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	4	21	0

Kommentare der Leistungserbringer

Es wird darauf verwiesen, dass nicht bei allen Operationen Haarentfernungen indiziert sind.

Empfehlung

Die Frage wird präzisiert: „Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in Ihrem Krankenhaus bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Haarentfernung indiziert ist?“

Frage 18: Durchführung Sterilgutaufbereitung

Wird die Sterilgutaufbereitung in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise (alle ohne kritisch C) <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)
---	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 32: Ergebnisse zu Frage 18

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	19	6	0

Kommentare der Leistungserbringer

Es ist unklar, was in Krankenhäusern angekreuzt werden soll, die keine „kritisch C-Medizinprodukte“ verwenden („Teilweise, alle ohne kritisch C“ oder „Ja, alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte“). Manchmal wird nur ein Teil des Sterilguts in der eigenen Einrichtung aufbereitet, der andere Teil (z.B. „kritisch C“) wird extern aufbereitet. In diesen Fällen ist deutlicher darzustellen, über was in den Fragen 19 bis 28 berichtet werden soll.

Empfehlung

Vor die Fragen zur Sterilgutversorgung wird ein allgemeiner Ausfüllhinweis gesetzt. Bei teilweiser oder gänzlicher eigener Aufbereitung sind die Fragen 18 bis 28 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 18 bis 28 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden mehrere Dienstleister verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird die Frage präzisiert: „Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP-Saal eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ Der Indikatortitel wird erweitert: „Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien“.

Der Zusatz „alle ohne kritisch C“ wird in der Schlüsselbezeichnung gestrichen, ebenso der zugehörige Teil des Ausfüllhinweises. Der Frage 18 wird eine Frage vorgeschaltet: „Verwenden Sie bei Ihren Operationen Sterilgut der Klassen kritisch A/B/C?“, jeweils mit den Schlüsseln „Ja“/„Nein“. Wenn „Ja“ für „kritisch B oder C“ und in Frage 18 „Teilweise“, dann wird jeweils eine Zusatzfrage nach Frage 18 angehängt: „Führen Sie die Aufbereitung des kritisch B/C-Sterilguts selbst durch?“ mit den Schlüsseln „Eigene Aufbereitung“/„Externer Dienstleister“. Im Ausfüllhinweis wird auf die Definition von „kritisch B und C“ in den RKI-Dokumenten verwiesen. Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt.

Frage 19: Risikoeinstufung der Medizinprodukte

Erfolgt für die in Ihrer Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte eine Risikoeinstufung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 33: Ergebnisse zu Frage 19

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	23	0

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage sollte auf zu sterilisierende Medizinprodukte fokussiert werden. Es sollte auf die KRINKO-Empfehlung hingewiesen werden.

Empfehlung

Die Frage wird als erste Frage zum Indikator gestellt und präzisiert: „Ist für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?“ Im Ausfüllhinweis wird auf die hygienische Risikoklassifizierung verwiesen, wie sie in der KRINKO-Empfehlung²² niedergelegt ist.

Frage 20: Standardarbeitsanweisung bei Aufbereitung von Medizinprodukten

Wurde für alle in der Anlage 1 der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung eine Standardarbeitsanweisung entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 34: Ergebnisse zu Frage 20

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	23	0

Kommentare der Leistungserbringer

Im Fragetext sollte es „KRINKO-Empfehlung“ statt „Empfehlung“ heißen.

Empfehlung

„Empfehlung“ wird im Fragetext durch „KRINKO-Empfehlung“ ersetzt. Die allgemeinen Diskussionen in der Machbarkeitsprüfung zeigten, dass Fragen danach, ob etwas entwickelt wurde, oft auch auf Instrumente bezogen wurden, deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen war. In der Frage wird daher „entwickelt“ durch „erstellt“ ersetzt. Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein“. Der Link zur KRINKO-Empfehlung²³ wird in den Ausfüllhinweis aufgenommen.

²² Siehe http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?_blob=publicationFile.

²³ Siehe http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?_blob=publicationFile.

Frage 21: Beladungsmuster RDG/Sterilisator

Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) und des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 35: Ergebnisse zu Frage 21

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	24	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	24	1	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	23	1

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Krankenhaus gibt an, dass es nur Grobdefinitionen, aber keine exakten Vorgaben habe. Ein anderes Krankenhaus validiert Chaosbeladungen, um auch bei Worst-Case-Szenarien befriedigende Ergebnisse zu sichern.

Das Krankenhaus, das angab, die Frage 21 im Regelbetrieb nicht beantworten zu können, hat Beladungsmuster nur für Sterilisatoren definiert, aber nicht für RDGs. In der Konsequenz wusste es nicht, welche Antwort zu geben sei.

Empfehlung

Die Frage nach den Beladungsmustern für RDGs und für Sterilisatoren wird in zwei Fragen getrennt. Die Frage zum RDG wird in eine Abhängigkeit von Datenfeld 20 = Ja (Plausibilitätsregel) gestellt. Auch für die Frage nach dem Sterilisator gilt die Plausibilitätsregel „Wenn Datenfeld 20 = Ja“. Die Frage zum Sterilisator wird vor die Frage 25 gestellt.

Im Ausfüllhinweis wird dargestellt, dass die Dokumentation der Beladungsmuster in den Standardarbeitsanweisungen sowohl textlich als auch bildlich (z.B. Foto) erfolgen kann.

Frage 22: Zugriff auf die Standardarbeitsanweisung

Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 36: Ergebnisse zu Frage 22

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	25	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	25	0

Kommentare der Leistungserbringer

Keine Anmerkungen der Leistungserbringer.

Empfehlung

Die Frage wird in eine Abhängigkeit von Datenfeld 20 = Ja (Plausibilitätsregel) gestellt und unmittelbar nach Frage 20 vorgezogen. Im Ausfüllhinweis wird dargestellt, was als aufwandsarme Zugänglichkeit verstanden werden soll.

Frage 23: Letzte Wartung RDG

Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte(s) (RDG) erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 37: Ergebnisse zu Frage 23

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	19	6	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	22	0

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In den Krankenhäusern kommen oft mehrere Reinigungs- und Desinfektionsgeräte – z.T. auch außerhalb der Zentralsterilisation (z.B. Endoskopie) – zum Einsatz, sodass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll.

Mit Blick auf den jüngsten Hygieneskandal um ein Klinikum, das die Reinigungs- und Desinfektionsgeräte zwar technisch gewartet, aber nicht regelmäßig prozessbezogen validiert hat, empfehlen das AQUA-Institut und die Panelexperten zur Sterilgutversorgung (inkl. RKI), neben der Wartung auch die Validierung, d.h. die periodischen Leistungsprüfungen des RDG, abzufragen.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten im Krankenhaus bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Nach der Frage zur Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts folgt eine neu bewertete Frage nach den periodischen oder ereignisbezogenen Leistungsprüfungen, wie sie nach der KRINKO-Empfehlung²⁴ vorgeschrieben sind.

²⁴ Siehe http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile.

Frage 24: Letzte Wartung Siegelnahtgerät

Die letzte Wartung des Siegelnahtgeräts erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 38: Ergebnisse zu Frage 24

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	24	0

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In den Krankenhäusern werden oft mehrere Siegelnahtgeräte verwendet, sodass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Siegelnahtgeräten im Krankenhaus bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Frage 25: Letzte Wartung Sterilisator

Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 39: Ergebnisse zu Frage 25

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	23	0

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In den Krankenhäusern werden oft mehrere Sterilisatoren eingesetzt, so dass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Sterilisatoren im Krankenhaus bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Frage 26: Letzte Prozessvalidierung Sterilisation

Die letzte Prozessvalidierung der Sterilisation erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 40: Ergebnisse zu Frage 26

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	23	0

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In den Krankenhäusern werden oft mehrere Sterilisatoren eingesetzt, so dass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll.

Die Sterilgutexperten aus dem Panel schlugen vor, den Begriff der Prozessvalidierung, der zunehmend nur auf die Instandsetzungsvalidierung bezogen wird, präziser durch die „periodische Leistungsprüfung“ zu ersetzen,

die entsprechend der KRINKO-Empfehlung²⁵ regelmäßig nach der Erstvalidierung zu erfolgen hat, um die Prozesssicherheit zu gewährleisten.

Empfehlung

Die Frage wird neu formuliert: „Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx²⁶ (Erfassungsjahr))“. Im Ausfüllhinweis werden die Leistungsprüfungen von den Routineprüfungen abgegrenzt.

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Sterilisatoren im Krankenhaus bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Frage 27: Schulung der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung

Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 41: Ergebnisse zu Frage 27

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	24	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	25	0

Kommentare der Leistungserbringer

Keine Anmerkungen der Leistungserbringer.

Empfehlung

Keine Änderung nötig.

²⁵ Siehe http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile.

²⁶ Hier wird im Rahmen der jährlichen Spezifikationspflege das jeweils gültige Erfassungsjahr eingefügt.

Frage 28: Fehlermanagement Sterilgutbereich

Gibt es ein Fehlermanagement in der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem externen Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 42: Ergebnisse zu Frage 28

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	22	2

Kommentare der Leistungserbringer

Keine Anmerkungen der Leistungserbringer.

Empfehlung

Die Frage wird analog zum ambulanten Fragebogen präzisiert: „Gab es im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?“

Im Ausfüllhinweis wird erläutert: „Gefragt wird nach einem systematischen Fehlermanagement über den gesamten Bereich der Sterilgutaufbereitung, für das eine Standardarbeitsanweisung und eine fortlaufende schriftliche Fehlerdokumentation (Fehlerdatum, -art, -ursache, -behebung) vorliegen müssen.“

Frage 29: Arbeitsanweisung präoperative Antiseptik

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 34
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 43: Ergebnisse zu Frage 29

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ²⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	1	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	0	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	19	3	3

Kommentare der Leistungserbringer

Der Satz im Ausfüllhinweis „Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung.“ sollte im Fettdruck hervorgehoben werden. Es ist unklar, ob zwischen den Schlüsseln „Ja“ und „Liegt bereits vor“ ein Bewertungsunterschied besteht. Es sei nicht entscheidend, ob eine Arbeitsanweisung entwickelt wurde, sondern ob sie in Kraft ist. Hygienepläne enthalten oftmals nicht die OP-Art-spezifischen Details.

²⁷ Bei Frage 29 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 30 bis 33 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 30 bis 33 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 29 bis 33 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert in: „Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?“. Die Schlüssel werden in „Ja“ und „Nein“ geändert.

Da in Frage 31 danach gefragt wird, ob Mitarbeiter aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen können, ist klar, dass die Arbeitsanweisung verschriftlicht sein muss.

Der Satz im Ausfüllhinweis wird präzisiert zu „Entsprechende Hygienepläne mit OP-Art-spezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung“ und im Fettdruck hervorgehoben.

Im Ausfüllhinweis wird ein „oder“ zwischen dem ersten und dem zweiten Spiegelstrich eingefügt

Frage 30: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Aseptische Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 44: Ergebnisse zu Frage 30

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ²⁸
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	1	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	22	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	21	1	3

Kommentare der Leistungserbringer

Die Formulierung „Aseptische Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ sollte optimiert werden. „Eingriffsort“ sollte durch „Eingriffsregion“ ersetzt werden, da nicht jede einzelne OP-Art aufgeführt werden kann.

Empfehlung

„Eingriffsort“ wird durch „Eingriffsregion“ ersetzt. Der Formulierungsvorschlag eines Leistungserbringers wird übernommen: „Durchführung der präoperativen Antiseptik unter sterilen Bedingungen“.

²⁸ Siehe Fußnote 27.

Frage 31: Zugriff auf die Arbeitsanweisung

Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 45: Ergebnisse zu Frage 31

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ²⁹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	0	4
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	21	0	4
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	20	2	3

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen erforderlich.

Frage 32: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 46: Ergebnisse zu Frage 32

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁰
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	20	1	4
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	22	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	21	1	3

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer merken an, dass die präoperative Antiseptik kaum Veränderungen unterworfen ist und daher keine kurz- oder mittelfristigen Aktualisierungen nötig sind. Sie empfehlen, die Frage nach den Aktualisierungen wegfällen zu lassen.

Empfehlung

Es wird empfohlen, diese Frage zu streichen, zumal auch für die Standardarbeitsanweisung zur Sterilgutaufbereitung nicht nach einer regelmäßigen Aktualisierung gefragt wird. Sollten während des Regelbetriebs jedoch wesentliche, relevante Änderungen in den Gesetzen, Richtlinien oder Leitlinien und Standards auftreten, so kann eine solche Frage im Rahmen der Systempflege gezielt wieder eingefügt werden, um die Umsetzung solcher Änderungen zu unterstützen. Der Titel des Indikators wird entsprechend angepasst.

²⁹ Siehe Fußnote 27.

³⁰ Siehe Fußnote 27.

Frage 33: Autorisierung der Arbeitsanweisung

Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung/Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 47: Ergebnisse zu Frage 33

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	20	2	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	22	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	19	2	4

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Im Ausfüllhinweis wird erläutert: Der Ärztliche Direktor des Krankenhauses wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und reicht als Autorisierung aus. Eine Autorisierung nur durch einzelne Chefarzte ist nicht ausreichend.

Frage 34: Arbeitsanweisung Wundversorgung

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Wundversorgung entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 39
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 48: Ergebnisse zu Frage 34

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³¹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	2	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	0	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	15	8	2

Kommentare der Leistungserbringer

Häufig wird unter Wundversorgung nur der primäre Wundverschluss durch den Arzt ohne Einbezug von Verbandswechsels durch andere Mitarbeiter verstanden. Manchen Krankenhäusern ist unklar, ob sich die Frage nur auf chronische Wunden oder auch traumatische bzw. postoperative Wunden bezieht. Viele Krankenhäuser verfügen bereits über spezielle pflegerische Wundexperten. Die meisten der nachgefragten Einzelaspekte werden nicht von Hygieneplänen abgedeckt. Der Standard Wundversorgung ist nicht Teil des Hygieneplans, der Hygieneplan stellt daher kein Substitut dar. Die Leistungserbringer empfehlen, insgesamt vom strikten Anwei-

³¹ Bei Frage 34 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 35 bis 38 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 35 bis 38 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 34 bis 38 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

sungscharakter einer Arbeitsanweisung auf eine Leitlinien-/Standard-Empfehlung überzugeben. Der interne Standard könnte sich z.B. an der Leitlinie „Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel³² orientieren.

Empfehlung

Der Begriff der Arbeitsanweisung wird durch den Begriff des internen Standards ersetzt. Der Indikatortitel wird entsprechend angepasst. Im Zuge der Vereinheitlichung der Datenfeldstruktur wird die Frage umformuliert in „Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?“. Der Schlüssel „Liegt bereits vor“ kann dann ersatzlos gestrichen werden.

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass sich der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel sowohl auf chronische, als auch traumatische und postoperative Wunden erstrecken muss. Darüber hinaus soll sie aber auf die einrichtungsindividuellen Besonderheiten fokussieren. Der Satz „Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung.“ wird gestrichen.

Frage 35: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Vorgehen bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 49: Ergebnisse zu Frage 35

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³³
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	18	3	4
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	22	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	21	2	2

Kommentare der Leistungserbringer

Der letzte Spiegelstrich erscheint einigen Ärzten unklar.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 34). Der letzte Spiegelstrich wird umformuliert: „Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion“.

³² Siehe http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/RESSORTS/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Leitlinie_Wundmanagement/LLgesamtokument.pdf.

³³ Siehe Fußnote 31.

Frage 36: Zugriff auf die Arbeitsanweisung

Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 50: Ergebnisse zu Frage 36

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁴
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	0	4
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	21	0	4
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	20	1	4

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 34).

Frage 37: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 51: Ergebnisse zu Frage 37

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	19	1	5
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	20	0	5
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	17	4	4

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer kritisiert, dass das Adjektiv „leitlinienbezogen“ redundant, weil selbstverständlich sei, und dass dies auch für den hierauf Bezug nehmenden Satz im Ausfüllhinweis gilt.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 34). Zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs in allen Datenfeldern wird das Wort „leitlinienbezogene“ gestrichen. Ein diesbezüglicher Satz wird ebenfalls aus dem Ausfüllhinweis gestrichen.

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“.

Im Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

³⁴ Siehe Fußnote 31.

Frage 38: Autorisierung der Arbeitsanweisung

Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung/Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 52: Ergebnisse zu Frage 38

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁵
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	18	2	5
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	20	0	5
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	16	2	7

Kommentare der Leistungserbringer

Teilweise erfolgt die Autorisierung der entsprechenden Dokumente durch den Ärztlichen Direktor oder die Pflegedirektion.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 34).

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass der interne Standard durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Im Ausfüllhinweis wird darauf verwiesen, dass ein Direktorium bzw. die Ärztliche Direktion und die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung als Teil der Geschäftsführung angesehen werden und zur Autorisierung ausreichen.

Frage 39: Information Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zu der Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ mit nachfolgenden Mindestinhalten teilgenommen haben?	___ %
---	-------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 53: Ergebnisse zu Frage 39

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	17	8	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	16	8	1

Kommentare der Leistungserbringer

Es besteht Unsicherheit, ob hier nur externe Veranstaltungen gemeint sind und ob zertifizierte Literaturfortbildungen einbezogen sind. Viele Krankenhäuser haben noch kein zentrales Fortbildungscontrolling, manche bauen gerade ein solches auf (Software in Personalabteilung). Hieraus erklärt sich die Anzahl jener Einrichtungen, die angaben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können.

³⁵ Siehe Fußnote 31.

Empfehlung

Vor das Item der Prozentangabe wird ein Item vorangestellt: „Daten wurden nicht erhoben“. Bei Angabe dieses Items können keine Indexpunkte für diese Frage erzielt werden.

Im Ausfüllhinweis wird erklärt, dass es sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln kann. Eine zertifizierte Literaturfortbildung entspricht der Anforderung, wenn sie durch eine einrichtungsbezogene Information/Bewertung der einrichtungsinternen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (s.a. IfSG und Länderhygieneverordnungen) ergänzt wurde.

Die Klammer hinter „Antibiotikaprophylaxe“ im Ausfüllhinweis wird gestrichen.

Flächendesinfektion und Aufbereitung von Sterilgut werden im Ausfüllhinweis als zielgruppenbezogen aufgeführt.

Frage 40: Information Hygiene- und Infektionsprävention

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?		
	Anteil:	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte/Ärztinnen	___ %	
▪ examinierte Krankenpfleger/-innen und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen	___ %	
▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	___ %	<input type="checkbox"/>
▪ Medizinische Fachangestellte	___ %	<input type="checkbox"/>
▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung	___ %	<input type="checkbox"/>
▪ Reinigungskräfte	___ %	<input type="checkbox"/>
▪ Mitarbeiter der Küche	___ %	<input type="checkbox"/>

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 54: Ergebnisse zu Frage 40

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	16	8	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	20	5	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	15	10	0

Kommentare der Leistungserbringer

Flächendesinfektion und Aufbereitung von Sterilgut sind nur zielgruppenbezogen relevant, während die ersten drei im Ausfüllhinweis genannten Aspekte für alle gelten. Vielfach besteht in den Einrichtungen noch keine zentrale Erfassung der Teilnahme an den Hygiene-Informationsveranstaltungen, auch wenn eine Dokumentation mittels Unterschrift der Teilnehmer bereits in fast allen Länder-Hygieneverordnungen gefordert wird. Im Regelbetrieb ist dies jedoch prospektiv möglich. Einigen Leistungserbringern war nicht klar, ob die Abfrage auch externes Personal (z.B. Reinigungspersonal) einbezieht. Viele Krankenhäuser haben aktuell noch kein zentrales Fortbildungscontrolling, obwohl entsprechend der meisten Länderhygieneverordnungen Unterschriftenlisten zu führen sind, die die Teilnahme an jährlich mindestens einer Hygieneveranstaltung belegen. Die

Unterschriftenlisten werden i.d.R. noch dezentral abgelegt und nicht hinterfragt. Hieraus erklärt sich die Anzahl jener Einrichtungen, die angaben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können.

Empfehlung

Vor den Item-Block der Prozentangaben wird ein Item vorangestellt „Daten wurden nicht erhoben“. Bei Angabe dieses Items können keine Indexpunkte für diese Frage erzielt werden.

Flächendesinfektion und Aufbereitung von Sterilgut werden im Ausfüllhinweis als berufsgruppenbezogen aufgeführt.

Ebenso wird aufgeführt, dass sich die Erhebung auf alle regelmäßig in der Einrichtung tätigen Personen der betreffenden Berufsgruppen bezieht, auch wenn sie externen Dienstleistern zuzuordnen sind. Ggf. sind die nötigen Informationen beim externen Dienstleister zu beschaffen. Da in einem operativ tätigen Krankenhaus stets OP-Sterilgut verwandt wird, gereinigt wird und Essen ausgegeben wird, werden für diese Berufsgruppen die Angabemöglichkeiten „nicht vorhanden“ gestrichen. Gleiches gilt für die Berufsgruppe der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes.

Die Schulung kann sowohl intern als auch extern erfolgen, bedarf aber der Dokumentation durch Unterschrift der Teilnehmer.

Frage 41: Informationsblatt MRSA

Händigen Sie Ihren Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Bakterien und/oder deren Angehörigen ein Informationsblatt zum Hygieneverhalten aus?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 43 <input type="checkbox"/> Ja, unregelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 55: Ergebnisse zu Frage 41

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁶
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	24	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	24	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	4	20	1

Kommentare der Leistungserbringer

Info-Flyer z.B. aus einem MRSA-Netzwerk werden zurzeit nicht flächendeckend eingesetzt, wären aber aus Sicht der meisten Leistungserbringer sinnvoll; zudem wäre dies aufwandsarm umsetzbar.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert: „Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer [...] vor?“ Die Items lauten dann nur noch „Ja“/„Nein“. Damit wird sichergestellt, dass solches Informationsmaterial an Patienten mit MRSA bzw. deren Angehörige ausgehändigt werden kann. Dies wäre auch problemlos in der Datvalidierung überprüfbar. Auch Einrichtungen, die bislang keine MRSA-Patienten hatten, sollen auf solche Situationen vorbereitet sein. Im Ausfüllhinweis wird auf die Flyer der MRSA-Netzwerke³⁷ verwiesen.

³⁶ Bei Frage 41 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wäre die Frage 42 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgende Frage 42 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 41 und 42 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern ein solches Informationsblatt vorliegt.

³⁷ Siehe http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html.

Frage 42: Inhalte des Informationsblatts

Welche Inhalte werden in dem Informationsblatt thematisiert?	
▪ Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschieds von Besiedlung und Infektion mit MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Risiken der MRSA-Besiedlung/Infektion für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer Seife, antiseptischem Shampoo)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthalts und bei besonderen Gelegenheiten im ambulanten Bereich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Bakteriologische Kontrolluntersuchungen beim Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 56: Ergebnisse zu Frage 42

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁸
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	19	4	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	21	2

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte hatten angemerkt, dass sich die MRSA-Abstriche unter den gegenwärtigen KV-Bedingungen nicht lohnten und daher auch kaum durchgeführt werden. Der Zusatz „beim Hausarzt“ sollte gestrichen werden.

Empfehlung

Der Zusatz „beim Hausarzt“ wird gestrichen.

Frage 43: Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Erfolgt in Ihrer Einrichtung die Entlassung postoperativer Patienten auf Grundlage eines spezifischen Konzeptes zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 46
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 57: Ergebnisse zu Frage 43

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ³⁹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	24	0	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	5	2

³⁸ Siehe Fußnote 36.

³⁹ Bei Frage 43 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 44 und 45 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 44 und 45 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 43 bis 45 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern ein solches Konzept vorliegt.

Kommentare der Leistungserbringer

Die Besonderheiten der Entlassung operierter Patienten bilden oft ein Kapitel im Gesamtkonzept zum Entlassungsmanagement, es gibt aber kein eigenes, zusätzliches Konzept nur für operierte Patienten. Das Wort „spezifisch“ sollte daher in der Frage gestrichen werden und nur nach einem Konzept gefragt werden. Die spezifischen Inhalte werden in der Frage 45 adressiert.

Empfehlung

Mit Blick auf die gesetzliche Vorgabe zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen und zur Förderung der Umsetzung des bereits seit mehreren Jahren existierenden Expertenstandards wird der Begriff „Konzept“ durch „interner Standard“ ersetzt und der Indikatortitel entsprechend angepasst. Da für ambulante Einrichtungen weiterhin nur ein Konzept aber kein interner Standard abgefragt wird, wird der Indikator aufgetrennt werden in einen solchen für ambulant operierende Einrichtungen und einen für stationäre Einrichtungen. Die Indikatorentitel werden entsprechend formuliert. Die Frage wird umformuliert: Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement? Der interne Standard soll nicht nur autorisiert (Frage 45), sondern auch aufwandsarm zugänglich sein und regelmäßig aktualisiert werden. Hierzu werden zwei neue Fragen eingeführt: „Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?“ und „Die letzte Aktualisierung des internen Standards erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))“. Der alte Ausfüllhinweis kann dann entfallen. Im neuen Ausfüllhinweis wird ausgeführt, dass sich der interne Standard z.B. am Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege⁴⁰ orientieren kann. Der interne Standard soll sich auf alle Patienten beziehen und die Besonderheiten einer postoperativen Entlassung berücksichtigen.

Frage 44: Autorisierung des Konzepts

Wurde das entwickelte Konzept durch die Geschäftsführung/Hygiene-kommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 58: Ergebnisse zu Frage 44

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ⁴¹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	18	2	5
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	20	0	5
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	17	6

Kommentare der Leistungserbringer

In den Krankenhäusern erfolgt die Autorisierung meist durch die Pflegedirektion.

Empfehlung

„Konzept“ wird durch „internen Standard“ ersetzt (siehe Frage 43) und umformuliert: „Wurde der interne Standard durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion autorisiert?“ Die Frage wird hinter die Frage 45 nach den Inhalten des internen Standards gestellt.

Im Ausfüllhinweis wird erklärt, dass eine Pflegedienstleitung hier einer ggf. nicht vorhandenen Pflegedirektion gleichzusetzen ist.

⁴⁰ Siehe http://www.dnqp.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf.

⁴¹ Siehe Fußnote 39.

Frage 45: Inhalte des Konzepts

Welche Aspekte beinhaltet das Konzept zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	
▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Aufklärung des Patienten und ggf. dessen Angehörige über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE))	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 59: Ergebnisse zu Frage 45

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A. ⁴²
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	20	3	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	22	0	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	16	6

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer vermerkten, dass die CDC-Definitionen bei den niedergelassenen Kollegen insbesondere bei den Hausärzten kaum bekannt sind. Ein Leistungserbringer fragt, ob die Informationen schriftlich weitergegeben werden müssen oder ob eine mündliche Information ausreicht.

Empfehlung

Die Frage wird unmittelbar hinter die Eröffnungsfrage des Indikatorenblocks (Frage 43) gestellt.

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass im Konzept festgelegt werden muss, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.

Frage 46: Compliance-Überprüfungen

Wie viele Compliance-Überprüfungen haben Sie im betreffenden Erfassungsjahr hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete durchgeführt?	
▪ Händedesinfektion	---
▪ Wundversorgung	---
▪ Dauer der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 60: Ergebnisse zu Frage 46

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	2	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	18	7	0

⁴² Siehe Fußnote 39.

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage sollte einen Hinweis aufnehmen: „anlassbezogene Compliance mit Hygieneplänen, internen Leitlinien und Arbeitsanweisungen“. Sofern diese Dokumente nicht existierten, könne die Frage entfallen. Einige Krankenhäuser baten um Hinweise, wie die Compliance-Untersuchungen durchgeführt werden sollten.

Die beiden Einrichtungen, die angaben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können, erläuterten auf Nachfrage, dass sie hiermit meinten, dass Compliance-Überprüfungen in ihren Einrichtungen nicht oder nicht in allen drei Bereichen möglich sind. Damit könnten sie die Frage aber durchaus beantworten (Antwortmöglichkeit „0“).

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert: „Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und internen Leitlinien/Standards wurden im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete durchgeführt?“ Das Item „Wundversorgung“ wird in „Wundversorgung und Verbandswechsel“ umbenannt und

im Ausfüllhinweis wird dargestellt, dass als anlassbezogene Compliance-Prüfung jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden soll, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP-Saal. Der Begriff der Wundversorgung schließt sowohl die primäre Wundversorgung als auch spätere Verbandswechsel als Behandlungssituation ein.

Als Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertebogen der „Aktion Saubere Hände“ dienen.⁴³

Frage 47: Maßnahmen zur Förderung der Compliance

Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrer Einrichtung durch?	
▪ Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für die Qualitätsindikatoren der QS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Erfassung von Verbesserungsvorschlägen aus den Funktions- und Bereichsteams	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

⁴³ Siehe http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/formblaetter/Anleitung_zur_Beobachtung_05.2014.pdf und http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul1/Beobachtungsbogen_mit_Kurzanleitung_2014.pdf. Weitere Arbeitsmittel hierzu unter <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/bettenfuehrende-einrichtungen/arbeitsmaterialien>.

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 61: Ergebnisse zu Frage 47

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	21	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	25	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	19	6	0

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Krankenhaus hält diese Frage für nicht angemessen, da man sich bei Qualitätskriterien nur auf die Mindestanforderungen beziehen und keine weiteren Qualitätsstufen abfragen sollte. Darüber gibt es an, dass QS-Daten und Surveillance-Daten nicht in die Hygienekommission weitergeleitet werden, da sie dort nicht hingehörten.

Statt „Erfassung von Vorschlägen aus Funktions- und Bereichsteams“ solle besser nach „Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen“ gefragt werden. Der Verweis auf Netzwerke sollte durch Qualitätszirkel ergänzt werden. Ein Krankenhaus fragt, ob sich der Begriff der „QS-Ergebnisse“ nur auf die externe stationäre Qualitätssicherung bezieht oder auch andere Surveillance-Aktivitäten (KISS, IfSG, ...) einbezieht. Der Ausfüllhinweis erscheint verzichtbar. Analysen und die Ableitung von Maßnahmen auf Abteilungsebene werden häufig nicht zentral erfasst.

Empfehlung

Das erste Item wird umformuliert: „Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS“. Das vierte Item wird umformuliert: „Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen“. Das sechste Item wird umformuliert: „Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln.“ Der alte Ausfüllhinweis bleibt erhalten, da er nach einer zentralen Steuerung des Hygiene- und Infektionsmanagements fragt, wie durch das IfSG und die Länderhygieneverordnungen der Hygienekommission vorgegeben wird, die jährlich die einrichtungsinternen Ergebnisse zu nosokomialen Infektionen bewerten und hieraus angemessene Maßnahmen ableiten soll. Darüber hinaus wird im Ausfüllhinweis erläutert: „Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse der anderen einrichtungsbezogenen Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen.“

5.2 Ambulante Einrichtungsbefragung

Frage 1: Art der operierenden Einrichtung

Art der ambulant operierenden Einrichtung	Antwort/Angabe
Zu welcher Art der ambulant operierenden Einrichtung zählt Ihre Einrichtung?	<input type="checkbox"/> ambulante Arztpraxis ohne eigenen OP <input type="checkbox"/> ambulante Arztpraxis mit eigenem OP <input type="checkbox"/> ambulant operierendes Krankenhaus (§ 115b SGB V)

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 62: Ambulante Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	40	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	42	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	39	2	1

Kommentare der Leistungserbringer

Vertragsärzte operieren z.T. ambulant in einer Vielzahl operativer Einrichtungen nebeneinander: Eigenem OP-Saal, gemieteten OP-Sälen an mehreren Orten und als Honorararzt für ein Krankenhaus z.T. auch als Belegarzt oder (teilzeit)-angestellt in einer Krankenhausabteilung. Vielfach sind sie nur Teilhaber, aber nicht Alleinbesitzer eines OP-Saals. Manche Vertragsärzte verstehen unter „eigenem OP“ auch einen OP-Saal in Fremdbesitz, in dem nur sie operieren.

Zwei Krankenhäuser gaben an, dass sie die ambulanten Operationen im Bereich der Versorgung von Privatpatienten aus den ihnen zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten nicht exakt erheben könnten. Da Privatpatienten jedoch nicht in das QS-Verfahren eingehen, kommt dieser Einwand im Regelbetrieb nicht zum Tragen.

Empfehlung

Im Antwortfeld ist das Adjektiv „ambulant“ in „ambulante Arztpraxis“ redundant und kann gestrichen werden. Stattdessen wird „Arztpraxis/MVZ“ ergänzt.

Im Ausfüllhinweis sollte erläutert werden, dass sich der Begriff des „eigenen OP“ auf das Betreiben eines OP-Saals und damit die juristische Verantwortlichkeit bezieht. Hierzu zählt auch die Mitgliedschaft in einer Betriebsgemeinschaft. Ob diese lediglich eine Betriebsgesellschaft oder auch Eigentümerin des OP-Saals ist, ist hier bedeutungslos. Die vertragliche Nutzung eines funktionstüchtigen OP-Saals mit oder ohne weitere Dienstleistungen ist nicht als „eigener OP“ zu werten, auch wenn der Leistungserbringer u.U. der einzige Nutzer dieses OP-Saals ist.

Frage 2: Anzahl der durchgeführten Operationen

Anzahl durchgeführter Operationen	Antwort/Angabe
Wie viele operative Behandlungsfälle gab es im betreffenden Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung?	-----

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 63: Ergebnisse zu Frage 2

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	20	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	39	2	1
Würden Sie einen Ausfüllhinweis benötigen, um die Frage zu beantworten?	20	22	0

Kommentare der Leistungserbringer

Die Angabe dient als Bezugsgröße für den Indikator 53_A „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten Einrichtungen“. Es sollte in der Frage nochmals auf „ambulante operative Behandlungsfälle“ konkretisiert werden, da Krankenhäuser sonst alle operativen Fälle meinen könnten.

Die Leistungserbringer wünschen sich eine Präzisierung der erwünschten Angabe. Im Krankenhaus ist aus Abrechnungsdaten problemlos die Zahl der ambulanten OPs nach § 115b darstellbar; schwieriger wird es mit den operativen Fällen im BG-Verfahren, problematisch ist es häufig mit den operativen Privatpatienten und den ambulanten OPs der ermächtigten Ärzte. Das Erfassungsjahr sollte in der Frage genannt werden. Vertragsärzte sehen z.T. auch jene Patienten als operative Fälle an, für die sie nur die Nachbetreuung (Kap. 31 EBM) abrechnen, die sie aber nicht selbst operiert haben.

Vertragsärzte erbringen ambulante Operationen in einer Vielzahl von Abrechnungszusammenhängen: KV, privat, BG, Honorararzt, Belegarzt, sodass auch hier eine Präzisierung gewünscht wird. Mehrfach wird der Wunsch geäußert, hier nur die über die KV abgerechneten Operationen zu erfassen und diese direkt von der KV (Datenannahmestelle) eintragen zu lassen, um dem Praxisinhaber Aufwand zu ersparen. Zumindest sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen am Jahresende eine Mitteilung verschicken oder in die letzte Quartalsabrechnung integrieren, aus der die hier einzutragende Zahl hervorgeht. Einzelne Vertragsärzte möchten die Anzahl der von ihnen behandelten Privatpatienten nicht bekannt geben und fordern daher, diese in die Erhebung nicht einzu beziehen.

Mehrere Vertragsärzte und einige Krankenhäuser (BG-Kliniken) verweisen darauf, dass die hier erhobenen Zahlen nicht den exakten Leistungs- bzw. Erfahrungsstand widerspiegeln und daher nicht veröffentlicht werden dürften.

Empfehlung

Da bis zum 28.2. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres (Exportdatum) u.U. noch nicht alle ambulanten Abrechnungsdaten des gesamten Erfassungsjahres vorliegen, wird die Frage umformuliert zu: „Wie viele GKV-Patienten wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert? Für Gemeinschaftspraxen/MVZ/Krankenhäuser: In Ihrer gesamten Einrichtung.“

Da das gesamte QS-Verfahren aufgrund seines besonderen Bezugs zu Sozialdaten bei den Krankenkassen bis auf weiteres nur GKV-Patienten einbeziehen kann, erscheint eine Eingrenzung auf Abrechnungsfälle mit GOP nach Kapitel 31.2 des EBM (Vertragsärzte) bzw. Kap.31.2. in der Anwendung des AOP-Katalogs nach § 115b (Krankenhäuser) vorläufig sinnvoll. Behandlungsfälle werden als Quartalsfälle definiert.

Die letzten vier vollständig abgerechneten Quartale müssen sich nicht mit einem Kalenderjahr decken.

Da der Indikator 53_A auch Überprüfungen der prophylaktischen Antibiotikagabe einschließt, sind nur Fälle einzubeziehen, die auch in dieser Einrichtung operiert wurden. Der Ausfüllhinweis wird so formuliert, dass nicht mehr nach operierten Fällen allgemein, sondern nach Patienten gefragt wird, deren Operationen in der Einrichtung durchgeführt wurde. Die Eingrenzung auf Kap. 31.2 des EBM schließt reine postoperative Nachsorgefälle aus.

Frage 3: Anzahl Behandlungsfälle

Wie viele Behandlungsfälle lagen im betreffenden Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung vor?	_____ Behandlungsfälle
---	------------------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 64: Ergebnisse zu Frage 3

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	22	20	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	2	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	21	21	0

Kommentare der Leistungserbringer

Die Angabe dient als Bezugsgröße für den Indikator 21 „Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen“ und nimmt Bezug zum HAND-KISS des NRZ.

Auch hier wünschen sich die Leistungserbringer weitere Konkretisierungen. Es sollte genannt werden, dass sich die Frage explizit auf alle ambulanten Abrechnungsfälle (Behandlungsfall nach EBM) und nicht nur auf operative Fälle bezieht. Fälle nach §§ 115, 116, 117 SGB V seien einzubeziehen. Vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus bei stationären Patienten können nicht aufwandsarm erfasst werden und sollten ausgeschlossen bleiben. Das Erfassungsjahr sollte genannt werden.

Mehrere Vertragsärzte möchten keine Auskunft über die Zahl ihrer Privatpatienten geben; diese sollten ausgeschlossen werden. Mehrfach wird auch hier von Vertragsärzten der Wunsch geäußert nur die über die KV abgerechneten Behandlungsfälle zu erfassen und diese direkt von der KV (Datenannahmestelle) eintragen zu lassen, um dem Praxisinhaber Aufwand zu ersparen. Zumindest sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen am Jahresende eine Mitteilung verschicken oder in die letzte Quartalsabrechnung integrieren, aus der die hier einzutragende Zahl hervorgeht.

Nach Rücksprache konnte ein Krankenhaus, das die ambulanten Behandlungszahlen als nicht erhebbare einschätzte, diese doch nachreichen. Das andere Krankenhaus, das diese Information für nicht erhebbare hielt, dachte, dass auch vor- und nachstationäre Behandlungen hinzuzuzählen seien. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Empfehlung

Da der Händedesinfektionsmittelindikator auf Praxen und MVZ eingegrenzt wird, erhält auch dieses Datenfeld eine entsprechende Plausibilitätsregel.

Die Frage wird auf GKV-Quartalsfälle eingegrenzt.

Da bis zum 28.2. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres (Exportdatum) u.U. noch nicht alle ambulanten Abrechnungsdaten des gesamten Erfassungsjahres vorliegen, wird die Frage umformuliert zu: „Wie viele ambulante Abrechnungsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?“ Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Die letzten vier vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr identisch.“

Da das gesamte QS-Verfahren aufgrund seines besonderen Bezugs zu Sozialdaten bei den Krankenkassen bis auf Weiteres nur GKV-Patienten einbeziehen kann, erscheint eine Eingrenzung auf alle Abrechnungsfälle nach EBM für Vertragsärzte/MVZ vorläufig sinnvoll. Die Frage wird entsprechend angepasst. Der Begriff eines Behandlungsfalles bezieht sich damit eindeutig auf die Definition im EBM.

Der Ausfüllhinweis verweist explizit darauf, dass hier nicht nur die operativen Abrechnungsfälle, sondern alle ambulanten Abrechnungsfälle gemeint sind.

Frage 4: Verbrauch Händedesinfektionsmittel

Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern in Ihrer Einrichtung?	_____ Liter
---	-------------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 65: Ergebnisse zu Frage 4

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	29	13	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	23	18	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	12	29	1

Kommentare der Leistungserbringer

Fast alle Krankenhäuser (auch die, die am HAND-KISS für Krankenhäuser teilnehmen!) können den Verbrauch/Einkauf für Ambulanzen nicht abtrennen, da diese meist keine eigenen Kostenstellen haben und die Räumlichkeiten für stationäre und ambulante Patienten gemeinsam genutzt werden bzw. allgemeinen Räumlichkeiten (Besucher-/Eingangs-/Verwaltungsbereiche) entsprechen. Keine Praxis nahm am HAND-KISS-AMBU teil.

Der Ausfüllhinweis sollte darstellen, dass die Einkaufsmenge an Händedesinfektionsmittel eines Jahres (Lieferdatum) dem Verbrauch gleichgesetzt wird und deshalb nur die Einkaufsmenge einzutragen ist. Eine Inventur am Jahresende zur Feststellung der Rest-Lagermenge ist nicht erforderlich. Der Händedesinfektionsmittelverbrauch bezieht sich stets auf die hygienische Händedesinfektion in der ganzen Praxis/MVZ (also ohne chirurgische Händedesinfektion im OP-Saal) unabhängig von der Restriktion der Fallzahl auf GKV-Patienten (s.o.). Die Ausgliederung der chirurgischen Händedesinfektion erscheint anhand der Bestelldetails möglich, da vielfach ein anderes Produkt, zumindest aber eine andere Behältergröße im OP-Saal verwendet wird.

Das betreffende Erfassungsjahr sollte explizit genannt werden.

Empfehlung

Das AQUA-Institut empfiehlt daher, den Indikator 21 „Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen“ nicht in Krankenhäusern zu erheben. Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Krankenhäusern wird über die stationären Indikatoren QI-ID 19 „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen“ und QI-ID 20 „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen“ hinreichend bewertet. Der Indikator wird entsprechend umbenannt zu: „Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen und MVZ.“

Die Frage wird umformuliert zu: „Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel (in Litern) im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (ohne OPs)?“

Der Ausfüllhinweis wird die Gleichsetzung von Einkaufs- und Verbrauchsmenge erläutern.

Im Ausfüllhinweis wird vermerkt, dass bei eigenem OP-Saal der Desinfektionsmittelverbrauch im OP-Saal nicht einberechnet werden soll, sondern nur der Verbrauch für die hygienische Händedesinfektion. Die Frage lehnt

sich damit an die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im HAND-KISS-AMBU Verfahren an.⁴⁴ Auf der Website der „Aktion Saubere Hände“ finden sich weitere Erläuterungen und Arbeitsmaterialien zur Händedesinfektion in ambulanten Einrichtungen.⁴⁵ Ambulante Einrichtungen, die am HAND-KISS-AMBU Verfahren teilnehmen, sollen hier die dort ermittelte Verbrauchszahl eintragen.

Frage 5: Leitlinie perioperative Antibiotikaphylaxe

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 12
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 66: Ergebnisse zu Frage 5

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	36	5	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	40	0	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	33	7	2

Kommentare der Leistungserbringer

Viele Vertragsärzte können sich unter dem Begriff der internen Leitlinie nichts vorstellen. Mehrere Praxen oder Ambulanzen erbringen keine Operationen, die eine Indikation zur Antibiotikaphylaxe darstellen. In den Gesprächen wird im Allgemeinen aber anerkannt, dass auch dieser Umstand in den QM-Unterlagen festgehalten und jährlich überprüft werden sollte. Die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaphylaxe kann hier als Richtschnur dienen und mit einem praxisindividuellen Kommentar versehen werden. Viele Vertragsärzte wünschen sich jährlich durch die KV aktualisierte Empfehlungen zur Antibiotikaphylaxe im vertragsärztlichen Bereich, die sie dann übernehmen können. Einzelne Vertragsärzte, die in Einzelpraxis arbeiten, lehnen jegliche einrichtungsbezogene Antibiotikaleitlinien mit dem Verweis ab, dass sie für die Kommunikation „mit sich selbst“ (einziger Arzt) keine Dokumente bräuchten. Ein Vertragsarzt merkte jedoch an, dass solche Unterlagen für den Nachweis eines strukturierten Vorgehens bei Haftpflichtanfragen hilfreich seien.

Im Krankenhaus liegen oft nur abteilungsbezogene Antibiotikaleitlinien vor. Im Ausfüllhinweis sollte dargestellt werden, dass keine völligen Neuentwicklungen oder umfangreiche Dokumentationen gefordert werden, sondern der Bezug auf eine gültige wissenschaftliche Leitlinie mit einrichtungsindividuellen Kommentierungen/Adaptierungen.

Es wird hinterfragt, ob zwischen den Schlüsseln „Ja“ und „Liegt bereits vor“ ein Bewertungsunterschied bestehe.

Das betreffende Erfassungsjahr sollte explizit genannt werden.

Einige Krankenhäuser fragen, ob es einer gesonderten Leitlinie für den ambulanten Bereich bedarf oder ob eine Leitlinie ausreicht, die den stationären und den ambulanten Bereich einbezieht. Wiederholt wird gefragt, wie internen Leitlinien eingeordnet werden sollen, die sich noch in der Entwicklung befinden oder erst im Jahresverlauf in Kraft traten. Zudem stelle sich die Frage welches Entwicklungsstadium gemeint sei.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert: „Gab es im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?“ Die Schlüssel werden in „Ja“/„Nein“ geändert. Der erste Satz im Ausfüllhinweis wird gestrichen, stattdessen wird erläutert, dass die interne Leitlinie ganzjährig in Kraft sein

⁴⁴ <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS/f81c5a19/777/1061/>

⁴⁵ <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-einrichtungen/>

musste. Interne Leitlinien, die sich noch in der Entwicklung befinden oder erst unterjährig in Kraft getreten sind, können nicht berücksichtigt werden.

Im Ausfüllhinweis werden der Begriff einer internen Leitlinie (gültige Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften mit aktuellem Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen) und die Erfordernis einer schriftlichen Hinterlegung erläutert und ein Verweis auf die Notwendigkeit interner Leitlinien in MVZs und Krankenhäusern eingefügt, die alle operativen Fachgebiete der Einrichtung abdecken (analog zur stationären Einrichtungsbefragung). Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um eine einrichtungsinterne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“ Als Orientierung kann die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft dienen.⁴⁶

Frage 6: Inhalte der Leitlinie

Welche Inhalte werden in der Leitlinie thematisiert?	
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 67: Ergebnisse zu Frage 6

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁴⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	28	1	13
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	29	0	13
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	29	0	13

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen empfohlen.

⁴⁶ <http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html>

⁴⁷ Bei Frage 5 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 6 bis 11 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 6 bis 11 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 5 bis 11 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Leitlinie vorliegt.

Frage 7: Zugriff auf die Leitlinie

Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 68: Ergebnisse zu Frage 7

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁴⁸
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	25	5	12
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	28	0	14
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	28	0	14

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Da sich die Praxisinhaber nicht als ärztliche Mitarbeiter sehen, wird umformuliert zu: „Können alle Ärzte der Einrichtung jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?“

Frage 8: Aktualisierung der Leitlinie

Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 69: Ergebnisse zu Frage 8

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁴⁹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	27	2	13
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	28	0	14
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	25	3	14

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“ Im Ausfüllhinweis wird aufgenommen: „Die Aktualisierung soll [...] die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen.“

⁴⁸ Siehe Fußnote 47.

⁴⁹ Siehe Fußnote 47.

Frage 9: Autorisierung der Arbeitsanweisung

Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 70: Ergebnisse zu Frage 9

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵⁰
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	25	3	14
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	27	0	15
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	23	5	14

Kommentare der Leistungserbringer

Krankenhäuser können mit dem Begriff des Praxisinhabers nichts anfangen und beziehen ihn z.T. auf den Chefarzt.

Empfehlung

Zur Vereinheitlichung der Nomenklatur im Indikator wird „Arbeitsanweisung“ durch „interne Leitlinie“ ersetzt. Zur Präzisierung wird in die Fragestellung analog zur stationären Einrichtungsbefragung aufgenommen „den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (MVZ, Krankenhaus)“. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Der Ärztliche Direktor eines MVZ oder eines Krankenhauses wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und reicht als Autorisierung aus. Eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend.

Frage 10: Überprüfung der Antibiotikaphylaxe

Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 71: Ergebnisse zu Frage 10

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵¹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	25	4	13
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	27	1	14
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	26	13

Kommentare der Leistungserbringer

Die von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie empfohlene WHO Surgical Checklist ist bei den Vertragsärzten noch wenig bekannt. Sind Time-out-Checklisten vorhanden, so wird meist die Antibiotikaphylaxe nicht mit abgefragt. Hier wären weitere Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Gynäkologie, Urologie, Gefäßchirurgie) wünschenswert.

Empfehlungen

Keine Änderungen empfohlen.

⁵⁰ Siehe Fußnote 47.

⁵¹ Siehe Fußnote 47.

Frage 11: Überprüfung der Checklistenanwendung

Wird die Anwendung dieser Checkliste in Ihrer Einrichtung stichprobenartig überprüft?

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 72: Ergebnisse zu Frage 11

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵²
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	23	5	14
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	25	1	16
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	24	15

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage sollte auch die stichprobenartige Überprüfung der Angaben in der Checkliste einschließen. Einzelne Vertragsärzte wollen genau wissen, wie oft sie prüfen sollen. Mehrere Vertragsärzte in Einzelpraxis halten Selbst-Überprüfungen ihres eigenen Verhaltens nicht für sinnvoll. Wenn die Frage 10 mit „Nein“ beantwortet wurde, kann die Frage 11 entfallen.

Das Krankenhaus, das angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, führt keine Checklisten (Frage 10) und gibt daher an, die Frage 11 nicht beantworten zu können.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert zu: „Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrer Einrichtung stichprobenartig ausgewertet?“

Es wird eine Plausibilitätsregel eingeführt, dass die Frage 11 entfällt, wenn in Frage 10 „Nein“ angekreuzt wird. Die Bewertung entspricht dann auch automatisch einem „Nein“ in Frage 11.

Im Ausfüllhinweis wird weiterhin auf eine Zahlenvorgabe verzichtet. Stattdessen wird der Hinweis ergänzt um: „Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).“

Frage 12: Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 16
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 73: Ergebnisse zu Frage 12

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵³
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	31	6	5
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	34	1	7
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	31	6	5

⁵² Siehe Fußnote 47.

⁵³ Bei Frage 12 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 13 bis 15 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 13 bis 15 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 12 bis 15 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Leitlinie vorliegt.

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer möchten den Begriff der Antibiotika-Initialtherapie definiert haben oder wünschen sich lediglich „Antibiotikatherapie“. Einzelne Vertragsärzte in Einzelpraxis sehen keine Notwendigkeit für eine interne Antibiotikaleitlinie (einziger Arzt). Manche Leistungserbringer vermuten irrtümlich, dass die Frage auf perioperative Therapien eingeschränkt ist. Die fachgebietsübergreifende/-integrierende Anforderung in MVZ und Krankenhäusern wird nicht deutlich. Das Erfassungsjahr sollte explizit genannt werden. Im Krankenhaus liegen oft nur abteilungsbezogene Antibiotikaleitlinien vor. Die beiden Schlüssel „Ja“ und „Liegt bereits vor“ führen nicht zu unterschiedlichen Bewertungen und sollten zusammengezogen werden.

Das Krankenhaus, das angab, diese Information nicht im Regelbetrieb erfassen zu können, weist darauf hin, dass es in der Einrichtung keine getrennten Antibiotikaleitlinien für den ambulanten und stationären Bereich geben kann. Dass eine gemeinsame Leitlinie für den ambulanten und stationären Bereich hier zu einer Dokumentation mit „Ja“ führen kann, soll im Ausfüllhinweis vermerkt werden.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert: „Gab es im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?“ Die Schlüssel werden in „Ja“/„Nein“ geändert. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie ganzjährig in Kraft sein musste. Interne Leitlinien, die sich noch in der Entwicklung befinden oder erst unterjährig in Kraft getreten sind, können nicht berücksichtigt werden.

Im Ausfüllhinweis wird der Begriff einer internen Leitlinie erläutert (gültige Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften mit aktuellem Kommentar zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen) und ein Verweis auf die Notwendigkeit interner Leitlinien in MVZs und Krankenhäusern eingefügt, die alle Fachgebiete des Krankenhauses abdecken (analog zur stationären Einrichtungsbeurteilung). Die Frage ist damit nicht auf Antibiotikatherapien bei operierten Patienten eingengt, sondern bezieht sich auf die gesamte Antibiotikatherapie in der Einrichtung. Im Ausfüllhinweis wird zudem ergänzt: „Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um eine einrichtungsinterne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“ Als Orientierung kann die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft dienen.⁵⁴

Frage 13: Zugriff auf die Leitlinie

Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 74: Ergebnisse zu Frage 13

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵⁵
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	27	1	14
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	35	0	7
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	27	1	14

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Keine Änderungen empfohlen.

⁵⁴ <http://www.p-e-g.org/econtext/leitlinien>

⁵⁵ Siehe Fußnote 53.

Frage 14: Aktualisierung der Leitlinie

Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 75: Ergebnisse zu Frage 14

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	26	0	16 ⁵⁶
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	26	0	16
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	24	1	17

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“. Im Ausfüllhinweis wird bezogen auf eine Neuentwicklung statt „Datum der Neuentwicklung“ präziser das „Datum des erstmaligen Inkrafttretens“ genannt. Im Ausfüllhinweis wird aufgenommen: „Die Aktualisierung soll [...] die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (s.a. IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen.“

Frage 15: Autorisierung der Leitlinie

Wurde die Leitlinie durch den/die Praxisinhaber autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 76: Ergebnisse zu Frage 15

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁵⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	20	5	17
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	26	0	16
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	23	2	17

Kommentare der Leistungserbringer

Krankenhäuser können mit dem Begriff des Praxisinhabers nichts anfangen und beziehen ihn z.T. auf den Chefarzt.

Empfehlung

„Leitlinie“ wird durch „interne Leitlinie“ ersetzt. Zur Präzisierung wird in die Fragestellung analog zur stationären Einrichtungbefragung „den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (MVZ, Krankenhaus)“ aufgenommen. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die interne Leitlinie durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Der Ärztliche Direktor eines MVZ oder eines Krankenhauses wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und reicht als Autorisierung aus. Eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend.

⁵⁶ Siehe Fußnote 53.

⁵⁷ Siehe Fußnote 53.

Frage 16: Präoperative Haarentfernung

Welche Methode der präoperativen Haarentfernung wird in Ihrer Einrichtung eingesetzt? <i>Mehrere Antworten möglich</i>	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme
---	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 77: Ergebnisse zu Frage 16

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	38	2	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	6	35	1

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte geben an, keine Haarentfernungen durchzuführen, da diese nicht indiziert sei (Mammachirurgie, vaginale Operationen, ...) oder die Patienten die Haarentfernung selbst zu Hause am Tag vor der OP durchführen. Es sollte daher der Zusatz in die Frage eingefügt werden „[...] bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Haarentfernung indiziert ist“ und eine Antwortmöglichkeit geschaffen werden für den Fall, dass in der Einrichtung keine Haarentfernung durchgeführt wird. Es sollte nur auf die Methode der Haarentfernung in der Einrichtung, d.h. am OP-Tag eingegangen werden.

Empfehlung

Es wird eine Frage vorangestellt: „Werden in der Einrichtung bei ambulanten Operationen präoperative Haarentfernungen am OP-Tag durchgeführt?“ mit der Antwortmöglichkeit „Ja“/„Nein“. Wenn „Ja“, dann erfolgt die alte Frage 16 als „Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in ihrer Einrichtung bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Haarentfernung indiziert ist“.

Frage 17: Durchführung Sterilgutaufbereitung

Wird die Sterilgutaufbereitung in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise (alle ohne kritisch C) <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)
---	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 78: Ergebnisse zu Frage 17

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	36	4	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	42	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	35	7	0

Kommentare der Leistungserbringer

Einigen Vertragsärzten, die die Sterilgutaufbereitung extern vergeben haben, lagen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung keine Angaben ihres Sterilgutdienstleisters vor. Im verpflichtenden Regelbetrieb sind diese Daten

jedoch stets erhebbar; wahrscheinlich werden die Dienstleister diese Daten ihren Kunden routinemäßig mitteilen, sodass kein Aufwand für die Praxis/das Krankenhaus anfällt. Das Wissen um die Abläufe in der eigenen Aufbereitung von Medizinprodukten und die prinzipiellen Anforderungen durch Gesetze und Richtlinien ist bei den Vertragsärzten oft noch sehr eingeschränkt. Viele wünschen sich in diesem Feld mehr Unterstützung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Viele Vertragsärzte kennen ihre eigene Verantwortlichkeit im Rahmen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung nicht.

Es ist unklar, was in Einrichtungen angekreuzt werden soll, die keine „kritisch C-Medizinprodukte“ verwenden („Teilweise, alle ohne „kritisch C““ oder „Ja, alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte“). Vielfach wird nur ein Teil des Sterilguts in der eigenen Einrichtung aufbereitet, der andere Teil (z.B. „kritisch C“) wird extern aufbereitet. In diesen Fällen ist deutlicher darzustellen, über was in den Fragen 18-27 berichtet werden soll. Bei OP-Aktivitäten des Vertragsarztes in verschiedene Fremd-Einrichtungen (OP-Zentren) und keiner Sterilgutaufbereitung durch die Einrichtung des Operateurs ist unklar, aus welcher OP-Einrichtung berichtet werden soll. Die Klassifikation von Sterilgut (z.B. „kritisch C“) wie sie in der KRINKO-Empfehlung den Normen und Richtlinien zur Hygiene und Sterilgutaufbereitung aber auch dem Leitfaden des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV dargestellt wird, ist einigen Vertragsärzten nicht geläufig. Ein Vertragsarzt operierte nur in Fremd-OP-Sälen und bereitet auch keine OP-Instrumente selbst auf, wollte hier aber die Angaben für die selbst durchgeführte Aufbereitung der Praxisinstrumente eintragen. Dabei traten Probleme auf, da er in seiner Einrichtung über kein Reinigungs- und Desinfektionsgerät verfügte. Dies war jedoch akzeptabel, da er in der Sprechstunde und dem Eingriffsraum (kein OP-Saal!) nur unkritische oder semi-kritische oder „kritisch A-Instrumente“ verwendete, für die eine manuelle Reinigung in der KRINKO-Empfehlung anerkannt – wenn auch nicht bevorzugt – wird.

Empfehlung

Vor die Fragen zur Sterilgutversorgung wird ein allgemeiner Ausfüllhinweis eingefügt. Dieser stellt dar, dass die Fragen zur Sterilgutversorgung bei Arztpraxen mit eigenem OP-Saal für diesen OP-Saal ausgefüllt werden müssen, auch wenn zusätzlich ambulante Operationen in anderen OP-Sälen stattfinden. Bei Arztpraxen ohne eigenen OP-Saal mit Operationen in mehreren Einrichtungen sollen die Fragen zur Sterilgutversorgung für jenen Fremd-OP-Bereich ausgefüllt werden, in der der Arzt die meisten Operationen im Erfassungsjahr durchgeführt hat. Der Ausfüllhinweis weist nochmals darauf hin, dass in den Fragen 17-27 über die Sterilgutaufbereitung der Instrumente für die Operation inklusive Anästhesie berichtet werden soll und nicht über die Aufbereitung von Instrumenten für den Sprechstundenalltag (Scheren, Pinzetten, Spekula etc.). Der Ausfüllhinweis wird zudem beschreiben, dass bei teilweise oder gänzlich eigener Aufbereitung die Fragen 17-27 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten sind. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 17-27 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden für eine OP-Stätte mehrere Dienstleister vom Leistungserbringer verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird die Frage präzisiert: „Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP-Saal eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ Der Indikatortitel wird erweitert: „Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien“.

Der Zusatz „alle ohne kritisch C“ wird in der Schlüsselbezeichnung gestrichen, ebenso der zugehörige Teil des Ausfüllhinweises. Der Frage 17 wird eine Frage mit der Plausibilitätsregel „Wenn Frage 18 = Ja“ vorgeschaltet: „Verwenden Sie bei Ihren ambulanten Operationen Sterilgut der Klassen „kritisch A/B/C?““ mit jeweils den Schlüsseln „Ja“/„Nein“. Wenn „Ja“ für „kritisch B“ und/oder „kritisch C“, wird jeweils eine Zusatzfrage nach Frage 17 angehängt, wenn diese mit „teilweise“ beantwortet wurde: „Führen Sie die Aufbereitung des „kritisch B/C“-Sterilguts selbst durch?“ mit jeweils den Schlüsseln „eigene Aufbereitung/externer Dienstleister“. Im Ausfüllhinweis wird auf die Definition von „kritisch B“ und „C“ in den RKI-Dokumenten verwiesen. Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt.

Frage 18: Risikoeinstufung der Medizinprodukte

Erfolgt für die in Ihrer Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte eine Risikoeinstufung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 79: Ergebnisse zu Frage 18

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	37	5	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	37	2

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Praxisinhaber merkte an, dass dies eine absolute Selbstverständlichkeit sei, während ein anderer Vertragsarzt sich unter einer Risikoklassifikation für Sterilgut nichts vorstellen konnte, da doch alles Sterilgut gleich behandelt würde.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister ausgelagert und sah sich nicht in der Lage, diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Die Frage wird präzisiert: „Ist für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?“ Die Frage wird als erste Frage zum Indikator vorangestellt.

Im Ausfüllhinweis wird auf die hygienische Risikoklassifizierung verwiesen, wie sie in der KRINKO-Empfehlung⁵⁸, aber auch im Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV niedergelegt ist.

Frage 19: Standardarbeitsanweisung bei Aufbereitung von Medizinprodukten

Wurde für alle, in der Anlage 1 der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung eine Standardarbeitsanweisung entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 80: Ergebnisse zu Frage 19

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	39	2	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	38	1	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	5	36	1

Kommentare der Leistungserbringer

Die Frage bezieht sich auf eine KRINKO-Empfehlung.

⁵⁸ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Im Fragetext wird „Empfehlung“ durch „KRINKO-Empfehlung“ ersetzt. Die allgemeinen Diskussionen in der Machbarkeitsprüfung zeigten, dass Fragen danach, ob etwas entwickelt wurde, oft auch auf Instrumente bezogen wurden, deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen war. In der Frage wird daher „entwickelt“ durch „erstellt“ ersetzt. Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein.“ Zusätzlich wird ein Link zur KRINKO-Empfehlung eingefügt.⁵⁹

Frage 20: Beladungsmuster RDG/Sterilisator

Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) und des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 81: Ergebnisse zu Frage 20

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	40	0	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	39	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	37	3

Kommentare der Leistungserbringer

Die Beschreibung der Beladungsmuster erscheint mehreren Vertragsärzten zu umständlich. Drei Praxen gaben an, Sterilgut nur manuell zu reinigen (nach Vorbehandlung mit Ultraschall) und besaßen deshalb kein Reinigungs- und Desinfektionsgerät.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Die Frage nach den Beladungsmustern für Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG) und für Sterilisatoren wird in zwei Fragen getrennt. Die Frage zum RDG wird in eine Abhängigkeit von Datenfeld 19 = „Ja“ (Plausibilitätsregel) und der neuen Frage „Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts: Mit RDG?“ gestellt. Für die Frage nach dem Sterilisator gilt die Plausibilitätsregel „Wenn Datenfeld 19 = Ja“. Die Frage zum Sterilisator wird vor die Frage 24 gestellt.

Es wird eine Frage vorgeschaltet: „Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?“ mit den Items „Ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad“ und „Mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)“. Im letzteren Falle erscheinen die alten Fragen 20 und 22 (Die Frage 22 wird an diese Stelle vorgezogen). Wird bei Vorhandensein von „kritisch B“ oder gar „C Medizinprodukten“ ausschließlich manuell gereinigt (ersichtlich aus der kombinierten Information dieser Frage mit der Zusatzfrage zu Frage 17), so können keine Punkte in den Fragen 20 und 22 erreicht werden, da die KRINKO-Empfehlungen hierbei grundsätzlich eine maschinelle Reinigung und Desinfektion vorsehen.

⁵⁹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

Im Ausfüllhinweis wird dargestellt, dass die Definition der Beladungsmuster in den Standardarbeitsanweisungen sowohl textlich als auch bildlich (z.B. Foto) erfolgen kann.

Frage 21: Zugriff auf die Standardarbeitsanweisung

Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereichs jederzeit und aufwandsarm auf die interne Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 82: Ergebnisse zu Frage 21

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	40	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	40	1

Kommentare der Leistungserbringer

Keine Anmerkungen der Leistungserbringer.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Die Frage wird in eine Abhängigkeit von Datenfeld 19 = „Ja“ (Plausibilitätsregel) gestellt und unmittelbar nach Frage 19 vorgezogen. Im Ausfüllhinweis wird dargestellt, was als aufwandsarme Zugänglichkeit verstanden werden soll.

Frage 22: Letzte Wartung RDG

Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte(s) (RDG) erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 83: Ergebnisse zu Frage 22

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	35	6	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	1	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	4	37	1

Kommentare der Leistungserbringer

Zum Fehlen eines Reinigungs- und Desinfektionsgeräts siehe oben. Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In Krankenhäusern kommen oft mehrere Reinigungs- und Desinfektionsgeräte – z.T. auch außerhalb der Zentralsterilisation (z.B. Endoskopie) – zum Einsatz, sodass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll. Einige Vertragsärzte führen auch bei „kritisch B“ Medizinprodukten nur eine manuelle Reinigung und Desinfektion durch, obwohl nach den KRINKO-Empfehlungen ab „kritisch B“ grundsätzlich nur eine maschinelle Reinigung und Desinfektion erfolgen soll (s.o.).

In den Herstellerangaben werden z.T. keine Details zur Wartung aufgeführt und stattdessen auf die Validierbarkeit verwiesen. Es gibt Geräte, die sich automatisch in festen Zeitintervallen validieren und dieses Ergebnis dokumentieren. Vielen Vertragsärzten ist der zentrale Begriff der Validierung im Bezug auf Reinigungs- und Desinfektionsprozesse jedoch nicht geläufig. 4 bis 6 Wochen vor einer periodischen (jährlichen) Validierung ist eine Wartung erforderlich (Leitlinie von DGKH, DGSV und AKI für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und thermischer Desinfektionsprozesse für Medizinprodukte und zu Grundsätzen der Geräteauswahl).⁶⁰ Zudem ist nach einer außerordentlichen Wartung und ggf. Instandsetzung eine erneute Leistungsqualifikation (Validierung) aus besonderem Anlass erforderlich.⁶¹ Vertragsärzte diskutieren häufig darüber, was genau unter Wartung zu verstehen sei. Die allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung regelt §4 MPBetreibV. Auch die KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ nimmt im Abschnitt „Sicherung der Qualität“ auf die Wartung Bezug.⁶² In den Prüfprotokollen der Gesundheitsämter wird ebenfalls nach der regelmäßigen Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts gefragt.⁶³ In der Informationsschrift IB.003_V1 des Kompetenzzentrums Patientensicherheit der KV Westfalen-Lippe (KVWL) zu Anforderungen an maschinelle Reinigung und Desinfektion heißt es (S. 3) „Die Wartung erfolgt gemäß Herstellerangaben oder mindestens nach 12 Monaten.“⁶⁴ Auch die Informationsschrift der KV Bayern „Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ gibt Hinweise zur Prüfung, Pflege und Instandsetzung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten.⁶⁵

Eine Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Mit Blick auf den jüngsten Hygieneskandal um ein Klinikum, das die Reinigungs- und Desinfektionsgeräte zwar technisch gewartet, aber nicht regelmäßig prozessbezogen validiert hat, empfehlen das AQUA-Institut und die Panelexperten zur Sterilgutversorgung (inkl. RKI), neben der Wartung auch die Validierung, d.h. die periodischen Leistungsprüfungen des RDG, abzufragen.

Empfehlung

Die Frage erhält eine Plausibilitätsregel: Wenn die Frage „Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?“ = „Mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)“.

Die vorgeschaltete Frage zur Reinigung des Sterilguts ermöglicht auch die Eintragung einer manuellen Reinigung. Sollte aber gleichzeitig Sterilgut „kritisch B“ oder „kritisch C“ in der Einrichtung selbst gereinigt werden, so kann für die bewertete Frage nach der Wartung des RDG kein Punkt vergeben werden, da eine automatische Reinigung durch die KRINKO-Empfehlung vorgegeben wird. Bei manueller Reinigung nur von „kritisch A“ Medizinprodukten wird für die Frage nach der RDG-Wartung eine positive Bewertung vorgesehen. Diese erhält aber entsprechend der Empfehlung des RKI nur 90 % des Fragewertes, da die manuelle Reinigung kein validierbares Verfahren darstellt und deshalb mit einem kleinen Abschlag zu bewerten ist (siehe auch Empfehlung zu Frage 23 alt).

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

⁶⁰ http://www.dgsv-ev.de/conpresso/_data/1-Leitlinie_3_Auflage_2008.pdf

⁶¹ Siehe auch

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile und <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygienische-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf>.

⁶² http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

⁶³ Siehe z.B. http://www.stadt-kassel.de/imperia/md/content/cms04/gesundheitsamt/begehungsprotokoll_arztpraxen.pdf und

http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Checkliste_Eigenkontrolle_Arztpraxen.pdf sowie

https://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/gesundheitschutz/infektionshygiene/checkliste_praxis.shtml.

⁶⁴ <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Medizinprodukte/binarywriterservlet?imgUid=9e160c9f-eb0b-1b21-f886-7f2600eb1ae4&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>

⁶⁵ <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygienische-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf>

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Im Ausfüllhinweis wird erklärt, dass sich eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung aus §4 MPBetreibV ergibt. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsverfahrens auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“). Darüber hinaus soll auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen werden.⁶⁶

Nach der Frage zur Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts folgt eine neu bewertete Frage nach den periodischen oder ereignisbezogenen Leistungsprüfungen, wie sie nach der KRINKO-Empfehlung⁶⁷ vorgeschrieben sind.

Frage 23: Letzte Wartung Siegelnahtgerät

Die letzte Wartung des Siegelnahtgeräts erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 84: Ergebnisse zu Frage 23

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	33	6	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	37	1	4
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	7	32	3

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Vertragsarzt besaß zwar ein Siegelnahtgerät, ließ dieses aber (seit Jahren) nicht warten, da die Kosten unnötig seien und er den Herstellerangaben keine Wartungspflicht entnehmen konnte. Wenn das Gerät nicht mehr funktioniere, würde es ersetzt werden. Vier Vertragsärzte besaßen kein Siegelnahtgerät, da sie das Sterilgut nur in Klebebeuteln bzw. Metall-Containern verpacken aber keine Siegelnahtverpackungen anwenden. Der Grund hierfür seien höhere Kosten der Siegelnahtverpackungen. Mehrere Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem laufenden Jahr an und korrigierten dies im Gespräch auf ein Datum aus dem Erfassungsjahr. In den Zentralsterilisationen der Krankenhäuser kommen oft mehrere Siegelnahtgeräte zum Einsatz, sodass zu erläutern ist, welches Datum eingetragen werden soll.

Auch bei den Siegelnahtgeräten finden sich in den Herstellerangaben z.T. keine Anforderungen für die Wartung. Stattdessen wird auf die Validierbarkeit verwiesen. Es gibt Geräte, die sich automatisch in festen Zeitintervallen validieren und dieses Ergebnis dokumentieren. Eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung ergibt sich jedoch aus §4 MPBetreibV. Auch die KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ nimmt im Abschnitt „Sicherung der Qualität“ auf die Wartung Bezug.⁶⁸

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informati-

⁶⁶ http://www.dgsv-ev.de/conpresso/_data/1-Leitlinie_3_Auflage_2008.pdf

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile,
<http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygienische-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf>
 und <http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Medizinprodukte/binarywriterservlet?imgUid=9e160c9f-eb0b-1b21-f886-7f2600eb1ae4&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>

⁶⁷ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

⁶⁸ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

onen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Siegelnahtgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Im Ausfüllhinweis wird erklärt, dass sich eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung aus §4 MPBetreibV ergibt. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Siegelnahtgeräts auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“). Darüber hinaus wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen.⁶⁹

Der RKI-Vertreter im Panel bestätigte dem AQUA-Institut, dass Klebebeutel für die Sterilgutverpackung prinzipiell zugelassen sind, auch wenn das RKI sie aufgrund ihrer fehlenden Validierbarkeit nicht empfiehlt. Klebebeutelverpackungen werden daher nicht in der DIN EN ISO 11607-2 und auch nicht in der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ erwähnt. Das RKI empfahl, bei der Verwendung von Klebebeuteln eine etwas geringere Punktzahl (90 % der Punktzahl der Frage) zu vergeben als bei ordentlicher Wartung (mit nachfolgender Validierung) der Siegelnahtgeräte. Der Frage 23 wird daher eine Frage vorangestellt: „Wie wird das OP-Sterilgut verpackt?“ mit den Schlüsseln „Klebebeutel Ja/Nein“, „Siegelnahtverpackung Ja/Nein“ und „Containerverpackung Ja/Nein“ (Mehrfachnennungen möglich). Wird Siegelnahtverpackung „Ja“ angegeben, so erscheint die alte Frage 23.

Frage 24: Letzte Wartung Sterilisator

Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte:	mm.jjjj
--	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 85: Ergebnisse zu Frage 24

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	38	2	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	1	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	37	2

Kommentare der Leistungserbringer

Einzelne Leistungserbringer fragten, wie bei mehreren Geräten zu verfahren sei. Manche Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem aktuellen Jahr, nicht aus den Jahren bis zum Ende des Erfassungsjahres an.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister ausgelagert und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

⁶⁹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile und <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygienische-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf>

Empfehlung

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen ist.

Der Ausfüllhinweis erläutert, dass sich eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung aus §4 MPBetreibV ergibt. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“). Auch die KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ nimmt auf die Wartung und Instandsetzung Bezug.⁷⁰

Frage 25: Letzte Prozessvalidierung Sterilisation

Die letzte Prozessvalidierung der Sterilisation erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 86: Ergebnisse zu Frage 25

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	40	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	1	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	4	36	2

Kommentare der Leistungserbringer

Einzelne Krankenhäuser fragten, wie bei mehreren Geräten zu verfahren sei. Manche Leistungserbringer gaben ein Datum aus dem aktuellen Jahr, nicht aus den Jahren bis zum Ende des Erfassungsjahres an. Vielen Vertragsärzten ist der zentrale Begriff der Validierung des Sterilisationsprozesses inhaltlich nicht ganz klar (s.o.). Da Wartung und Validierung des Sterilisationsgeräts in Praxen aber stets extern erfolgen, finden sich die entsprechenden Nachweise in den Praxisdokumenten. Sie werden von den Praxisinhabern in der Regel nicht weiter hinterfragt.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister ausgelagert und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Die Sterilgutexperten aus dem Panel schlugen vor, den Begriff der Prozessvalidierung, der zunehmend nur auf die Instandsetzungsvalidierung bezogen wird, präziser durch die „periodische Leistungsprüfung“ zu ersetzen, die entsprechend der KRINKO-Empfehlung⁷¹ regelmäßig nach der Erstvalidierung zu erfolgen hat, um die Prozesssicherheit zu gewährleisten.

Empfehlung

Die Frage wird neu formuliert: „Die letzte periodische oder ereignisbezogenen Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten

⁷⁰ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

⁷¹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile

Prozessparameter erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx⁷² (Erfassungsjahr))“. Im Ausfüllhinweis werden die Leistungsprüfungen von den Routineprüfungen abgegrenzt.

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx“. Ein Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Prozessvalidierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Prozessvalidierungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung das Datum für das zuletzt gewartete/validierte Gerät einzutragen ist.

Frage 26: Schulung der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung

Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 87: Ergebnisse zu Frage 26

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	38	3	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	40	1	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	4	36	2

Kommentare der Leistungserbringer

Einzelnen Vertragsärzten, die die Sterilgutaufbereitung komplett an einen Dienstleister vergeben haben, sind zurzeit keinerlei Schulungsanforderungen bekannt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass im Regelbetrieb die Dienstleister dem Kunden einmal jährlich die Antworten zu diesen Fragen übermitteln werden, sodass diese aufwandsarm übertragen werden können.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbbar sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister ausgelagert und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Keine Änderung notwendig.

⁷² Hier wird im Rahmen der jährlichen Spezifikationspflege das jeweils gültige Erfassungsjahr eingefügt.

Frage 27: Fehlermanagement Sterilgutbereich

Gibt es ein Fehlermanagement im Sterilgutbereich in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem externen Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 88: Ergebnisse zu Frage 27

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	39	2	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	7	34	1

Kommentare der Leistungserbringer

Einzelne Vertragsärzte können sich unter einem Fehlermanagementsystem wenig vorstellen („Bei Fehlern wird der Wiederaufbereitungsbetrieb eingestellt und die Wartung gerufen.“). Sie betreiben auch sonst keine QM-Aktivitäten. Wiederholt ist die in der eigenen Einrichtung betriebene Sterilgutaufbereitung nicht in das Praxis-QM integriert. Schriftliche Konzepte oder Unterlagen fehlen mehrfach.

Die Praxis, die angab, dass die nachgefragte Information im Regelbetrieb nicht erhebbare sei, hatte die Sterilgutversorgung komplett an einen Dienstleister abgegeben und sah sich nicht in der Lage diese Informationen nachzufragen. Im verpflichtenden Regelbetrieb kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Informationen von den Dienstleistern regelhaft an ihre Kunden übermittelt werden.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert zu: „Gab es im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?“

Im Ausfüllhinweis wird erläutert: „Gefragt wird nach einem systematischen Fehlermanagement über den gesamten Bereich der Sterilgutaufbereitung, für das eine Standardarbeitsanweisung und eine fortlaufende schriftliche Fehlerdokumentation (Fehlerdatum, -art, -ursache, -behebung) vorliegen müssen.“

Frage 28: Arbeitsanweisung präoperative Antiseptik

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 33
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 89: Ergebnisse zu Frage 28

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁷³
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	38	3	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	34	5	3

⁷³ Bei Frage 28 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 29 bis 32 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 29 bis 32 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 29 bis 32 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

Kommentare der Leistungserbringer

Ein ambulanter Leistungserbringer schlägt vor, statt nach einer „Arbeitsanweisung“ stets nach einer „schriftlichen Arbeitsanweisung“ zu fragen. Operateure in Einzelpraxis halten Arbeitsanweisungen für nicht erforderlich, da sie der einzige Adressat ihrer eigenen Arbeitsanweisung wären. Solche Operateure geben z.T.an, zu wissen, dass entsprechenden Arbeitsanweisungen in den Krankenhäusern, in denen sie ambulant operieren, existieren, sie kennen vereinzelt jedoch nicht die Inhalte im Detail. Einzelpraxen sind jedoch grundsätzlich zur Erstellung von Hygieneplänen nach IfSG verpflichtet. Der Satz im Ausfüllhinweis „Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung“ sollte im Fettdruck hervorgehoben werden. Es ist unklar, ob zwischen den Schlüsseln „Ja“ und „Liegt bereits vor“ ein Bewertungsunterschied besteht. Entscheidend sei die Gültigkeit einer Arbeitsanweisung nicht deren Entwicklung. Hygienepläne enthalten oftmals nicht die OP-Art-spezifischen Details.

Empfehlung

Die Frage wird optimiert in: „Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?“. Die Schlüssel werden in „Ja“ und „Nein“ geändert.

Da in Frage 30 danach gefragt wird, ob Mitarbeiter aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen können, ist klar, dass die Arbeitsanweisung verschriftlicht sein muss.

Der Satz im Ausfüllhinweis wird präzisiert: „Entsprechende Hygienepläne mit OP-Art-spezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung“ und sind im Fettdruck hervorgehoben.

Im Ausfüllhinweis wird ein „oder“ zwischen dem ersten und dem zweiten Spiegelstrich eingefügt. Im Ausfüllhinweis wird zudem ergänzt: „Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“

Frage 29: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Aseptische Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 90: Ergebnisse zu Frage 29

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁷⁴
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	37	1	4
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	38	0	4
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	36	2	4

Kommentare der Leistungserbringer

Die Formulierung „Aseptische Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ sollte optimiert werden. „Eingriffsort“ sollte durch „Eingriffsregion“ ersetzt werden, da nicht jede einzelne OP-Art aufgeführt werden kann.

Empfehlung

„Eingriffsort“ wird durch „Eingriffsregion“ ersetzt. Der Formulierungsvorschlag eines Leistungserbringers wird übernommen: „Durchführung der präoperativen Antiseptik unter sterilen Bedingungen“.

⁷⁴ Siehe Fußnote 73.

Frage 30: Zugriff auf die Arbeitsanweisung

Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 91: Ergebnisse zu Frage 30

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	33	0	9 ⁷⁵
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	37	0	5
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	34	3	5

Kommentare der Leistungserbringer

Vertragsärzte weisen darauf hin, dass sie i.d.R. im OP-Saal nur Medizinische Fachangestellte haben, aber keine examinierten Pflegekräfte. Ein Vertragsarzt fragt, ob sich die Anforderung auch auf das gestellte Personal im OP-Zentrum bezieht.

Empfehlung

Es wird umformuliert zu: „Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“ Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass diese Anforderung bei Ärzten ohne eigenen OP-Saal auch das ggf. durch ein OP-Zentrum/Krankenhaus gestellte Assistenzpersonal einbezieht. Umgekehrt kann der ambulant operierende Arzt in eine existierende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik im OP-Bereich eines OP-Zentrums/Krankenhauses vertraglich einbezogen werden.

Frage 31: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 92: Ergebnisse zu Frage 31

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁷⁶
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	33	1	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	38	0	4
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	35	2	5

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer kritisiert, dass das Adjektiv „leitlinienbezogen“ redundant sei, weil dies selbstverständlich sei und, dass dies auch für den hierauf Bezug nehmenden Satz im Ausfüllhinweis gelte. Mehrere Leistungserbringer merken an, dass die präoperative Antiseptik kaum Veränderungen unterworfen ist und daher keine kurz- oder mittelfristigen Aktualisierungen nötig sind. Sie empfehlen, die Frage nach den Aktualisierungen wegfällen zu lassen.

⁷⁵ Siehe Fußnote 73.

⁷⁶ Siehe Fußnote 73.

Empfehlung

Es wird empfohlen diese Frage zu streichen, zumal auch für die Standardarbeitsanweisung zur Sterilgutaufbereitung nicht nach einer regelmäßigen Aktualisierung gefragt wird. Sollten während des Regelbetriebs jedoch wesentliche, relevante Änderungen in den Gesetzen, Richtlinien oder Leitlinien und Standards auftreten, so kann eine solche Frage im Rahmen der Systempflege gezielt wieder eingefügt werden, um die Umsetzung solcher Änderungen zu unterstützen. Der Titel des Indikators wird entsprechend angepasst: „Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes.“

Frage 32: Autorisierung der Arbeitsanweisung

Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 93: Ergebnisse zu Frage 32

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁷⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	29	8	5
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	37	0	5
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	33	4	5

Kommentare der Leistungserbringer

Krankenhäuser können mit dem Begriff des Praxisinhabers nichts anfangen und beziehen ihn z.T. auf den Chefarzt.

Empfehlung

Zur Präzisierung wird in die Fragestellung analog zur stationären Einrichtungsbefragung aufgenommen „den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (MVZ, Krankenhaus)“. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die Arbeitsanweisung durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte.

Frage 33: Arbeitsanweisung Wundversorgung

Wurde in Ihrer Einrichtung im betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Wundversorgung entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Liegt bereits vor <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 38
--	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 94: Ergebnisse zu Frage 33

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁷⁸
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	27	12	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	32	7	3

⁷⁷ Siehe Fußnote 73.

⁷⁸ Bei Frage 33 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 34 bis 37 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 34 bis 37 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 33 bis 37 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte sind der Ansicht, dass es keiner Arbeitsanweisung zur Wundversorgung bedarf, da eine solche nur bei chronischen Wunden erforderlich ist, die bei ihnen in der Praxis nicht vorkommen. Andere Vertragsärzte interpretieren den Begriff der Wundversorgung nur mit Blick auf traumatische Wunden, die in ihrer Praxis (Gynäkologie, Urologie) nicht vorkommen. Häufig wird unter Wundversorgung auch nur der primäre Wundverschluss durch den Arzt ohne Einbezug von Verbandswechseln durch andere Mitarbeiter verstanden. Manche Vertragsärzte in Einzelpraxis sehen grundsätzlich keine Notwendigkeit für eine solche Arbeitsanweisung, da sie sich selbst als einzigen Adressaten empfinden. Mit Blick auf Frage 14 wird jedoch klar, dass es auch um die Abgrenzung der ärztlichen von den delegierten Tätigkeiten geht, und die Praxis als Organisation Zuständigkeiten und Durchführung der Wundversorgung regeln muss. Die Leistungserbringer empfehlen insgesamt, vom strikten Anweisungscharakter einer Arbeitsanweisung auf eine Leitlinien/Standard-Empfehlung überzugehen. Es wurden Beispiele solcher Arbeitsanweisungen genannt, die in einem Ärztenetz entwickelt und angewandt wurden. Viele Krankenhäuser verfügen über spezielle pflegerische Wundexperten, die sich auch mit dem ambulanten Bereich befassen. Die meisten der im Datenfeld „Inhalte“ nachgefragten Informationen werden nicht von Hygieneplänen abgedeckt. Der Standard „Wundversorgung“ ist nicht Teil des Hygieneplans. Der interne Standard könnte sich z.B. an der Leitlinie „Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel orientieren.⁷⁹

Empfehlung

Der Begriff der „Arbeitsanweisung“ wird durch den Begriff des „internen Standards“ ersetzt. Der Indikatortitel wird entsprechend angepasst. Im Zuge der Vereinheitlichung der Datenfeldstruktur wird die Frage in „Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?“ geändert. Der Schlüssel „Liegt bereits vor“ kann dann ersatzlos gestrichen werden.

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass sich der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel sowohl auf chronische, als auch traumatische und postoperative Wunden erstrecken muss. Darüber hinaus soll sie aber auf die einrichtungsindividuellen Besonderheiten fokussieren. Der Satz „Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung“ wird gestrichen.

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um einen internen Standard handeln, der sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“

Frage 34: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Vorgehen bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

⁷⁹ http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Leitlinie_Wundmanagement/LLgesamttdokument.pdf

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 95: Ergebnisse zu Frage 34

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸⁰
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	32	2	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	35	0	7
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	32	2	8

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Vertragsarzt führt aus, dass man sich einen Verbandswechsel mit sterilen Einmalhandschuhen nicht leisten könne. Die Frage fordert jedoch, dass der Praxisinhaber in der Arbeitsanweisung niederlegt, wann diese Maßnahmen medizinisch indiziert sind. Der letzte Spiegelstrich erscheint einigen Ärzten unklar.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 33). Der letzte Spiegelstrich wird umformuliert zu: „Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion“.

Frage 35: Zugriff auf die Arbeitsanweisung

Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 96: Ergebnisse zu Frage 35

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸¹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	33	0	9
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?	34	0	8
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	33	1	8

Kommentare der Leistungserbringer

In Praxen gibt es meist nur Medizinische Fachangestellte und kein Pflegepersonal.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 33). Die Frage wird umformuliert zu: „Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte, ...) jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zugreifen?“

⁸⁰ Siehe Fußnote 78.

⁸¹ Siehe Fußnote 78.

Frage 36: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte:	mm.jjjj
---	---------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 97: Ergebnisse zu Frage 36

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸²
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	32	2	8
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	34	0	8
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	29	5	8

Kommentare der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer kritisiert, dass das Adjektiv „leitlinienbezogen“ redundant sei, weil dies selbstverständlich sei und, dass dies auch für den hierauf Bezug nehmenden Satz im Ausfüllhinweis gelte.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 33). Zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs in allen Datenfeldern wird das Wort „leitlinienbezogene“ gestrichen. Ein diesbezüglicher Satz wird ebenfalls aus dem Ausfüllhinweis gestrichen. Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird zur Präzisierung in die Fragestellung in Klammern eingefügt: „vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)“.

Im Ausfüllhinweis wird eingefügt: „Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.“

Frage37: Autorisierung der Arbeitsanweisung

Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 98: Ergebnisse zu Frage 37

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸³
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	28	5	9
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	32	0	10
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	27	5	10

Kommentare der Leistungserbringer

Krankenhäuser können mit dem Begriff des Praxisinhabers nichts anfangen und beziehen ihn z.T. auf den Chefarzt.

Empfehlung

„Arbeitsanweisung“ wird durch „interner Standard“ ersetzt (siehe Frage 33). Zur Präzisierung wird in die Fragestellung analog zur stationären Einrichtungbefragung aufgenommen „den/die Praxisinhaber bzw. Geschäfts-

⁸² Siehe Fußnote 78.

⁸³ Siehe Fußnote 78.

führung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (MVZ, Krankenhaus)“. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass der interne Standard durch eine der genannten Institutionen autorisiert werden sollte. Die Ärztliche Direktion oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden hier als Teil der Geschäftsführung angesehen und reichen zur Autorisierung aus.

Frage 38: Information Antibiotikaresistenzlage und -therapie

Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zu der Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?	--- %
---	-------

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 99: Ergebnisse zu Frage 38

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	30	10	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	33	6	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	29	11	2

Kommentare der Leistungserbringer

Die Praxisinhaber verstehen sich nicht als ärztliche „Mitarbeiter“. Es besteht Unsicherheit, ob hier nur externe Veranstaltungen gemeint sind und ob zertifizierte Literaturfortbildungen einbezogen sind. Ein Vertragsarzt fragt, ob der Chirurgenstammtisch auch dazu zählt. Dies ist im Unterschied zu Qualitätszirkeln, die eine Fortbildungszertifizierung haben, nicht der Fall. Das Wort „Informationsveranstaltung“ sollte durch „Fortbildungsveranstaltung“ ersetzt werden. Im Krankenhaus kann nicht zwischen stationär und ambulant tätigem Personal unterschieden werden. Viele Krankenhäuser haben noch kein zentrales Fortbildungscontrolling, manche bauen gerade ein solches auf (Software in Personalabteilung). Hieraus erklärt sich die Anzahl jener Einrichtungen, die angeben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert zu: „Wie hoch ist der Anteil, der in der Einrichtung tätigen Ärzte (Krankenhaus: nur „ärztliche Mitarbeiter“), die im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung [...] teilgenommen haben.“ Dem Item der Prozentangabe wird ein Item vorangestellt „Daten wurden nicht erhoben“. Bei Angabe dieses Items können keine Indexpunkte für diese Frage erzielt werden.

Der Begriff der Informationsveranstaltung wird beibehalten, da IfSG und Länderhygieneverordnungen in diesem Zusammenhang von Information sprechen und den Begriff Fortbildung nur auf das Hygienefachpersonal beziehen.

Im Ausfüllhinweis wird erklärt, dass es sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln kann. Eine zertifizierte Literaturfortbildung entspricht der Anforderung, wenn sie durch eine einrichtungsbezogene Information/Bewertung der einrichtungsinternen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (s.a. IfSG und Länderhygieneverordnungen) ergänzt wurde.

Die Klammer hinter „Antibiotikaphylaxe“ im Ausfüllhinweis wird gestrichen.

Da im Krankenhaus nicht zwischen Personal, das im stationären oder ambulanten Bereich tätig ist, unterschieden werden kann, gelten die Anteile an allen ärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses.

Frage 39: Information Hygiene- und Infektionsprävention

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?		
	Anteil:	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte/Ärztinnen	___%	
▪ examinierte Krankenpfleger/-innen	___%	<input type="checkbox"/>
▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	___%	<input type="checkbox"/>
▪ Medizinische Fachangestellte	___%	<input type="checkbox"/>
▪ Reinigungskräfte	___%	<input type="checkbox"/>

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 100: Ergebnisse zu Frage 39

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	30	11	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	35	7	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	31	11	0

Kommentare der Leistungserbringer

Krankenhäuser weisen darauf hin, dass Mitarbeiter der Sterilgutversorgung wie in der stationären Einrichtungsbefragung als eigenständige Gruppe geführt werden sollten. Flächendesinfektion und Aufbereitung von Sterilgut sind nur zielgruppenbezogen relevant, während die ersten drei, im Ausfüllhinweis genannten Aspekte für alle gelten. Vielfach besteht in den Einrichtungen noch keine zentrale Erfassung der Teilnahme an den Hygiene-Informationsveranstaltungen, auch wenn eine Dokumentation mittels Unterschrift der Teilnehmer bereits in fast allen Länder-Hygieneverordnungen gefordert wird. Im Regelbetrieb ist dies jedoch prospektiv möglich. Einigen Leistungserbringern war nicht klar, ob die Abfrage auch externes (z.B. Reinigungspersonal) Personal einbezieht. Im Krankenhaus kann nicht zwischen stationär und ambulant tätigem Personal unterschieden werden. Viele Krankenhäuser haben aktuell noch kein zentrales Fortbildungscontrolling, obwohl entsprechend der meisten Länderhygieneverordnungen Unterschriftenlisten zu führen sind, die die Teilnahme an jährlich mindestens einer Hygieneveranstaltung belegen. Die Unterschriftenlisten werden i.d.R. noch dezentral abgelegt und nicht hinterfragt. Hieraus erklärt sich die Anzahl jener Einrichtungen, die angaben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können.

Empfehlung

Dem Itemblock der Prozentangabe wird ein Item vorangestellt „Daten wurden nicht erhoben“. Bei Angabe dieses Items können keine Indexpunkte für diese Frage erzielt werden.

Die Sterilgutmitarbeiter werden als eigenständige Personalgruppe aufgeführt. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass Mitarbeiter, die in der Sterilgutaufbereitung (mit)arbeiten, nur in dieser Personalgruppe und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe aufgeführt werden sollen.

Flächendesinfektion und Aufbereitung von Sterilgut werden im Ausfüllhinweis als berufsgruppenbezogen aufgeführt.

Ebenso wird aufgeführt, dass sich die Erhebung auf alle regelmäßig in der Einrichtung tätigen Personen der betreffenden Berufsgruppen bezieht, auch wenn sie externen Dienstleistern zuzuordnen sind. Ggf. sind die

nötigen Informationen beim externen Dienstleister zu beschaffen. Da in einer operativen Einrichtung stets OP-Sterilgut verwendet wird und Reinigungspersonal tätig ist, wird für diese beiden Berufsgruppen jeweils die Angabemöglichkeit „nicht vorhanden“ gestrichen.

Die Informationsveranstaltung kann sowohl intern als auch extern erfolgen, bedarf aber der Dokumentation durch Unterschrift der Teilnehmer.

Da im Krankenhaus nicht zwischen Personal, das im stationären oder ambulanten Bereich tätig ist, unterschieden werden kann, gelten die Zahlen für das Gesamtpersonal (berufsgruppenbezogen).

Frage 40: Informationsblatt MRSA

Händigen sie Ihren Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Bakterien und/oder deren Angehörigen ein Informationsblatt zum Hygieneverhalten aus?	<input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 42 <input type="checkbox"/> Ja, unregelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig
---	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 101: Ergebnisse zu Frage 40

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸⁴
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	39	0	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	5	35	2

Kommentare der Leistungserbringer

Die meisten Vertragsärzte berichten, dass MRSA-Patienten nach ihrem Kenntnisstand noch nie in der Praxis vorkamen. Ein Screening wird allerdings nicht durchgeführt. Auch würden sich MRSA-Abstriche unter den gegenwärtigen KV-Bedingungen für Vertragsärzte nicht lohnen. Wiederum andere Vertragsärzte versorgen MRSA-Patienten nur per Hausbesuch aber nicht in der Praxis. Die Patienten würden, sofern ein MRSA-Trägerstatus bekannt sei, für ambulante Operationen an das Krankenhaus verwiesen, die den MRSA diagnostiziert hat. Info-Flyer z.B. aus einem MRSA-Netzwerk werden zurzeit nicht flächendeckend eingesetzt, wären aber aus Sicht der meisten Leistungserbringer sinnvoll und aufwandsarm umsetzbar. Ein Leistungserbringer verweist auf Besonderheiten der Empfehlungen für Lifestock-assoziierte LA-MRSA (Lifestock-assoziierte MRSA). Bauern, Tierärzte etc. würden praktisch immer in kürzester Zeit von einer Re-Kolonisation erfahren, sodass auch kein Sanierungsversuch von LA-MRSA-Trägern sinnvoll sei. Dies müsste im Flyer berücksichtigt werden.

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert zu: „Halten Sie in Ihrer Einrichtung ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer [...] vor?“ Die Items lauten dann nur noch „Ja“/„Nein“. Damit wird sichergestellt, dass solches Informationsmaterial an Patienten mit MRSA bzw. deren Angehörige ausgehändigt werden kann, falls sie sich in der Einrichtung vorstellen. Dies wäre auch problemlos in der Datvalidierung überprüfbar. Auch Einrichtungen, die bislang keine MRSA-Patienten hatten, sollen auf solche Situationen vorbereitet sein. Im Ausfüllhinweis wird auf die Flyer der MRSA-Netzwerke verwiesen.⁸⁵

⁸⁴ Bei Frage 40 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wäre die Frage 41 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgende Frage 41 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Frage 41 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern ein solches Merkblatt vorliegt.

⁸⁵ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

Frage 41: Inhalte des Informationsblatts

Welche Inhalte werden in dem Informationsblatt thematisiert?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschieds von Besiedlung und Infektion mit MRSA) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiken der MRSA-Besiedlung/Infektion für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer Seife, antiseptischem Shampoo) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthalts und bei besonderen Gelegenheiten im ambulanten Bereich 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bakteriologische Kontrolluntersuchungen beim Hausarzt 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 102: Ergebnisse zu Frage 41

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸⁶
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	31	1	10
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	32	0	10
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	30	10

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte weisen darauf hin, dass sich die MRSA-Abstriche unter den gegenwärtigen KV-Bedingungen nicht lohnten und daher auch nicht durchgeführt werden. Der Zusatz „beim Hausarzt“ sollte gestrichen werden.

Empfehlung

Der Zusatz „beim Hausarzt“ wird gestrichen.

Frage 42: Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Erfolgt in Ihrer Einrichtung die Entlassung postoperativer Patienten auf Grundlage eines spezifischen Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein, weiter mit Frage 45
---	--

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 103: Ergebnisse zu Frage 42

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸⁷
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	33	8	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	39	0	3
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	31	8	3

⁸⁶ Siehe Fußnote 84.

⁸⁷ Bei Frage 42 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 43 und 44 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 43 und 44 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 43 und 44 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbare anzusehen, sofern ein solches Konzept vorliegt.

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte sind der Ansicht, dass der Begriff Entlassungsmanagement nicht auf Patienten nach ambulanten Operationen anwendbar ist, da diese nicht „entlassen“ würden. Ein Vertragsarzt lehnt schriftliche Konzepte grundsätzlich ab, er arbeitet auch nicht mit Arbeitsanweisungen und führt keine QM-Dokumentationen. Die Besonderheiten der Entlassung operierter Patienten bilden oft ein Kapitel im Gesamt-Konzept zum Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, es gibt aber kein eigenes, zusätzliches Konzept nur für operierte Patienten. Das Wort „spezifisch“ sollte daher in der Frage gestrichen werden und nur nach einem Konzept gefragt werden. Die spezifischen Inhalte werden in Frage 44 adressiert.

Empfehlung

Analog zu den anderen Indikatoren und fokussiert auf ambulante Einrichtungen wird der Indikatortitel angepasst: „Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen“. Die Frage wird umformuliert zu: „Erfolgt in Ihrer Einrichtung die Entlassung der Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage eines schriftlichen Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?“. Der alte Ausfüllhinweis kann dann entfallen. Im neuen Ausfüllhinweis wird dargestellt, dass sich das einrichtungsspezifische Konzept z.B. am Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege orientieren kann.⁸⁸ Das Verteilen eines Info-Blatts an entlassene Patienten kann Teil eines solchen Konzepts sein, reicht allein hierfür aber nicht aus.

Im Ausfüllhinweis wird ergänzt: „Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um ein einrichtungsinternes Konzept handeln, das sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“ Darüber hinaus wird erläutert, dass sich der Begriff der Entlassung hier nur auf die Entlassung eines Patienten unmittelbar nach ambulanter Operation bezieht und auf Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen anzuwenden ist.

Frage 43: Autorisierung des Konzepts

Wurde das entwickelte Konzept durch den/die Praxisinhaber autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 104: Ergebnisse zu Frage 43

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A. ⁸⁹
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	26	4	12
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	30	0	12
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	26	13

Kommentare der Leistungserbringer

Der Begriff des Praxisinhabers sei irreführend für die Krankenhäuser. Dort erfolgt die Autorisierung durch die Geschäftsführung, meist in Form der Pflegedirektion.

Empfehlung

Die Frage nach der Autorisierung wird der Frage nach den spezifischen Inhalten (Frage44) nachgestellt. Die Frage wird umformuliert zu „Wurde das entwickelte Konzept durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Pflegedirektion (MVZ/Krankenhaus) autorisiert?“ Im Ausfüllhinweis wird darauf verwiesen, dass ein Direktorium bzw. die Ärztliche Direktion und die Pflegedirektion als Teil der Geschäftsführung angesehen werden und zur Autorisierung ausreichen.

⁸⁸ http://www.dnqp.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf

⁸⁹ Siehe Fußnote 87.

Frage 44: Inhalte des Konzepts

Welche Aspekte beinhaltet das Konzept zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	
▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Aufklärung des Patienten und ggf. dessen Angehörige über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE))	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 105: Ergebnisse zu Frage 44

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	29	3	10
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	32	0	10
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	28	11

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer vermerkten, dass die CDC-Definitionen bei den niedergelassenen Kollegen, insbesondere bei den Hausärzten, kaum bekannt seien. Ein Leistungserbringer fragt, ob die Informationen schriftlich weitergegeben werden müssen oder ob eine mündliche Information ausreicht.

Empfehlung

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass im Konzept festgelegt werden muss, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.

Frage 45: Compliance-Überprüfungen

Wie viele Compliance-Überprüfungen haben Sie im betreffenden Erfassungsjahr hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete durchgeführt?	
▪ Händedesinfektion	---
▪ Wundversorgung	---
▪ Dauer der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe	---

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 106: Ergebnisse zu Frage 45

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	27	13	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein?	40	2	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	27	15	0

Kommentare der Leistungserbringer

Einige Vertragsärzte können den Begriff der „Compliance“ angewendet auf das Personal nicht deuten. Hier sollte die Frage einen Hinweis auf „anlassbezogene Compliance mit Hygieneplänen, internen Leitlinien und Arbeitsanweisungen“ enthalten. Sofern diese Dokumente nicht existierten, könne die Frage entfallen. Krankenhäuser fra-

gen, ob sich die Compliance-Überprüfungen nur auf den stationären Bereich erstrecken können, oder ob hier die Überprüfung ambulanter Behandlungssituationen gemeint ist. Das Item der Dauer der perioperativen Antibiotikaprophylaxe kann entfallen, da es ambulant nur eine intravenöse „single shot“-Prophylaxe gibt.

Die beiden Einrichtungen, die angaben, die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erfassen zu können, erläuterten auf Nachfrage, dass sie hiermit meinten, dass Compliance-Überprüfungen in ihren Einrichtungen nicht oder nicht in allen drei Bereichen möglich sind. Damit könnten sie die Frage aber durchaus beantworten (Antwortmöglichkeit „Nein“).

Empfehlung

Die Frage wird umformuliert zu :„Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und internen Leitlinien/Standards wurden im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete im ambulanten Bereich durchgeführt?“ Das Item „Händedesinfektion“ wird in „Händedesinfektion bei operierten Patienten“, das Item „Wundversorgung“ wird in „Wundversorgung und/oder Verbandswechsel“ umbenannt. Das Item „Dauer der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe“ wird in der ambulanten Einrichtungsbefragung gestrichen.

Im Ausfüllhinweis wird dargestellt, dass als anlassbezogene Compliance-Prüfung jeweils die Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden soll, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP-Saal. Der Begriff der Wundversorgung schließt sowohl die primäre Wundversorgung als auch spätere Verbandswechsel als Behandlungssituation ein. Als Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertungsbogen der „Aktion Saubere Hände“ dienen.⁹⁰

Frage 46: Maßnahmen zur Förderung der Compliance

Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrer Einrichtung durch?	
▪ Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für die Qualitätsindikatoren der QS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Erfassung von Verbesserungsvorschlägen aus den Funktions- und Bereichsteams	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

⁹⁰ http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/formblaetter/Anleitung_zur_Beobachtung_05.2014.pdf und http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul1/Beobachtungsbogen_mit_Kurzanleitung_2014.pdf. Weitere Arbeitsmittel hierzu unter <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/bettenfuehrende-einrichtungen/arbeitsmaterialien/>.

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 107: Ergebnisse zu Frage 46

Gesamt: 42	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	34	8	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	38	4	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	32	10	0

Kommentare der Leistungserbringer

Mehrere Vertragsärzte halten postoperative Wundinfektionen in ihrer Praxis für so wenig relevant, dass sich nach ihrer Ansicht der Zusatzaufwand für all die hier aufgeführten Maßnahmen nicht lohne. „Erfassung von Vorschlägen aus Funktions- und Bereichsteams“ passe nicht auf ein Praxisteam. Hier sollte besser nur von „Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen“ gesprochen werden. Der Verweis auf Netzwerke sollte durch Qualitätszirkel ergänzt werden. Ein Krankenhaus fragt, ob sich der Begriff der „QS-Ergebnisse“ nur auf die externe stationäre Qualitätssicherung bezieht oder auch andere Surveillance-Aktivitäten (KISS, IfSG, etc.) einbezieht. Krankenhäuser trennen in der Regel nicht den ambulanten vom stationären Bereich, sondern formulieren übergreifende Ziele. Es sollte daher vermerkt werden, dass die Erhebung sich auf die gesamte Einrichtung bezieht. Der Ausfüllhinweis erscheint verzichtbar, ggf. sollte der Praxisinhaber durch die Geschäftsführung (MVZ) bzw. Hygienekommission (Krankenhaus) ergänzt werden.

Die fünf Krankenhäuser, die angaben, dass die nachgefragten Informationen im Regelbetrieb nicht erhebbar seien, beziehen sich auf das Faktum, dass es an Krankenhäusern auch im QM keine Trennung zwischen ambulanten und stationärem Bereich gäbe.

Empfehlung

Das erste Item wird umformuliert zu: „Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS“. Das vierte Item wird umformuliert zu: „Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen“. Das sechste Item wird umformuliert zu: „Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln.“ Der alte Ausfüllhinweis wird ergänzt um „Praxisinhaber oder die Geschäftsführung (Krankenhaus, MVZ)“. Darüber hinaus wird im Ausfüllhinweis erläutert: „Diese Frage soll der Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen.“

6 Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen der Einrichtungsbefragungen dargestellt. Die Darstellung erfolgt getrennt für stationäre und ambulante Einrichtungen.

6.1 Index 1 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Der Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären Einrichtungen setzt sich aus 12 Indikatoren zusammen. Die Berechnung erfolgte mit dem im Abschlussbericht dargestellten Algorithmus: Für den Index ist eine Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 100 Punkten erzielbar. Jedem Indikator dieses additiven Index wird der gleiche Anteil an der möglichen Gesamtpunktzahl ($100/12 = 8,333$ Punkte) zugeordnet. Innerhalb jedes Indikators wird jeder Frage die gleiche Punktzahl zugewiesen. Entsprechend der unterschiedlichen Anzahl der Fragen in den einzelnen Indikatoren sind die möglichen Punktzahlen in den Fragen verschiedener Indikatoren u.U. unterschiedlich. Entsprechend der Zahl der bewerteten Items wird schließlich die maximale Punktzahl jeder Frage auf die zugehörigen Items herunter gebrochen.

An der Erfassung der Daten zum Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nahmen 23 Krankenhäuser teil, wobei 2 Krankenhäuser über je 2 Standorte verfügten. Ein Krankenhaus nahm mit 2 Fachabteilungen teil, sodass sich die Krankenhauszahl von der Anzahl der an der Machbarkeitsprüfung teilnehmenden Fachabteilungen ($n = 24$) unterscheidet. Die Auswertung erfolgte für die Krankenhäuser auf Standortebene, sodass insgesamt 25 stationäre Leistungserbringer in die Auswertung des stationären Index und seiner Indikatoren eingingen.

Die Ergebnisse des Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ weisen einen Mittelwert von 55,953 Punkten und einem Median von 52,429 Punkten auf (siehe Tabelle 108). Damit liegen die Ergebnisse im Durchschnitt und Median deutlich über den Ergebnissen des Index ambulanter Einrichtungen (siehe Abschnitt 6.2). Auch im Index stationärer Einrichtungen zeigen sich in der Machbarkeitsprüfung keine Decken- oder Bodeneffekte. Die Streuung (siehe Abbildung 1) ist mit einem Minimum von 30,720 Punkten und einem Maximum von 95,850 Punkten kleiner als im Index ambulanter Einrichtungen. Aus Sicht des AQUA-Instituts unterstützen diese Ergebnisse die Umsetzbarkeit eines solchen Index in der Qualitätssicherung. Da es sich in der Machbarkeitsstudie um eine retrospektive Stuserhebung handelt, ist davon auszugehen, dass nach Veröffentlichung der Prüfitems im Regelbetrieb rasch weitere Qualitätsverbesserungen möglich sind. Die untere Grenze eines Referenzbereichs am 5. Perzentil läge für das hier untersuchte Kollektiv bei 32,924 Punkten. An dieser Grenze rechnerisch auffällige Einrichtungen weisen stets mehrere Verbesserungspotenziale im Hygiene- und Infektionsmanagement auf, die im Strukturierten Dialog anhand der Indikatorenwerte differenziert angesprochen werden können. Bei den beiden Krankenhäusern mit 2 Standorten ergaben sich keine Unterschiede im Prozessmanagement zwischen den Standorten und der Auswertung des Erfassungsbogens für die Gesamt-Einrichtung.

Indexpunkte

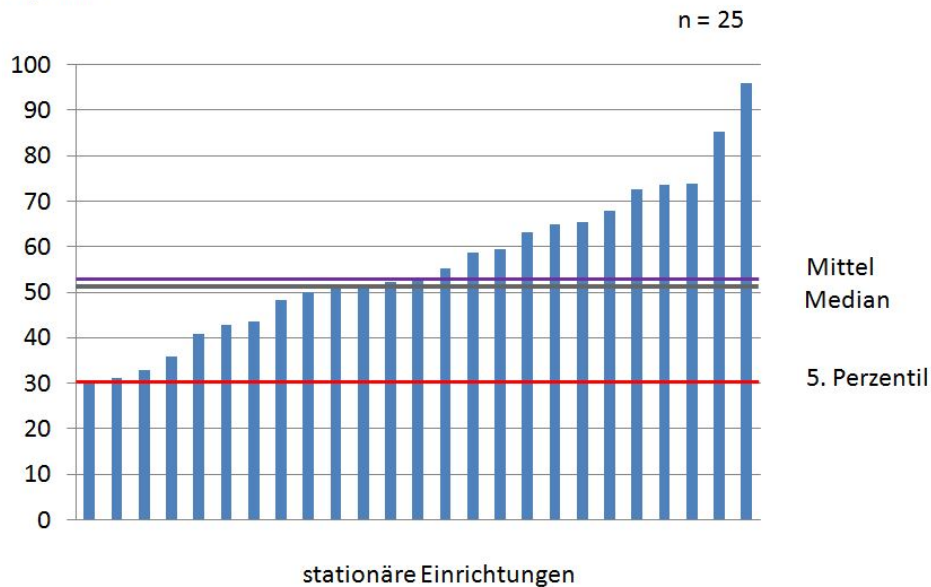


Abbildung 1: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen“

Tabelle 108: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum

	Index-Titel	n	Mittelwert	Median	Min	Max
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen	25	55,993	52,429	30,720	95,850
QI-ID	QI-Titel		Mittelwert	Median	Min	Max
18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	25	4,666	8,333	0,000	8,333
13_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in stationären Einrichtungen	25	4,524	7,143	0,000	8,333
16_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen	25	4,833	8,333	0,000	8,333
40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung	25	7,766	8,333	4,167	8,333
42_a	Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	25	6,489	8,333	0,000	8,333
43_a	Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur Wundversorgung	25	5,987	8,000	0,000	8,333
44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	25	1,382	0,000	0,000	7,500
45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	25	3,723	3,571	0,000	8,333
47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	25	4,900	7,500	0,000	8,333
50_a	Entlassungs- und Überleitungsmanagement	25	5,056	6,044	0,000	8,333
52_B	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen	25	1,556	0,000	0,000	8,333
54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	25	5,112	5,556	0,000	8,333

Unter Indikatoren des stationären Index findet sich der höchste Durchschnittswert im Indikator „Validierung der Sterilgutaufbereitung“. Mehr als die Hälfte (Median) aller untersuchten Krankenhäuser weisen in diesem Indikator den Maximalwert von 8,333 Punkten auf. Da auch der Minimalwert in diesem Indikator bei 4,167 liegt, zeigt sich in der Machbarkeitsprüfung insgesamt eine gute Qualität im Prozessmanagement der Sterilgutversorgung der Krankenhäuser. Die zweit- und dritthöchsten Durchschnittswerte weisen die Indikatoren „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ und „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur Wundversorgung“ auf. Die niedrigsten Durchschnittswerte finden sich in den Indikatoren „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“. Der letzte Indikator bezieht sich explizit auf die Fortbildungs- und Dokumentationsvorgaben in den Länderhygieneverordnungen und dem IfSG. Ein Minimalwert von 0 Punkten in diesem Indikator lässt sich darauf zurückführen, dass in einigen Krankenhäusern keine Überprüfung dieser Vorgaben durchgeführt wird und somit auch keinerlei Daten hierzu vorliegen. Mehrere Krankenhäuser teilten uns jedoch mit, dass sie im aktuellen Jahr ein zentrales Fortbildungscontrolling für diese vorgeschriebenen Fortbildungen eingeführt haben oder einführen werden.

Die höchsten Medianwerte zeigten die Indikatoren „Validierung der Sterilgutaufbereitung“, „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“, „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen“ und „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“. In diesen Indikatoren lag der Median bei der Höchstpunktzahl von 8,333, d.h. mindestens die Hälfte der Einrichtungen hatte ein sehr gutes Prozessmanagement in diesen Bereichen. Die niedrigsten Medianwerte fanden sich in den Indikatoren „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen“, „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“. In den ersten beiden Indikatoren betrug der Median 0 Punkte, d.h. mindestens die Hälfte der Leistungserbringer hatte in diesen Indikatoren keinen Punkt erreicht. Zurückzuführen ist dies auf das Nichtvorhandensein entsprechender krankenhausesweit gültiger Regelungen (erste Frage der Indikatoren), sodass nachfolgende Fragen zu inhaltlichen Details, Autorisierungen und Aktualisierungen nicht zutrafen. An der Verteilung auch dieser Indikatorergebnisse zeigt sich erneut die Bedeutung einer Indexbildung ist, da nur im Index, aber nicht in diesen Einzelindikatoren ein angemessener Referenzbereich (5. Perzentil) definierbar ist.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen finden sich im Anhang F.1.

6.2 Index 2 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Auch der Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement in ambulanten Einrichtungen setzt sich aus 12 Indikatoren zusammen, die grundsätzlich mit den Indikatoren im stationären Bereich vergleichbar sind. Die Berechnung erfolgte nach dem gleichen Algorithmus wie die Auswertung des Index für stationäre Einrichtungen (siehe Abschnitt 6.1).

An der Erfassung der Daten zum Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ nahmen 40 Einrichtungen teil. Einbezogen wurden 20 Krankenhäuser,⁹¹ wobei 2 Krankenhäuser über je 2 Standorte verfügten. 20 ambulante Einrichtungen kamen aus dem vertragsärztlichen Bereich. Hierbei handelte es sich um 18 Praxen und 2 MVZ. 5 der vertragsärztlichen Einrichtungen verfügten über einen eigenen Operationsaal. 15 vertragsärztliche Einrichtungen führten mehr als 300 ambulante Operationen durch, 5 Praxen blieben unter dieser Schwelle. Die Auswertung erfolgte für die Krankenhäuser auf Standortebene, sodass insgesamt 42 ambulante Leistungserbringer in die Auswertung einbezogen wurden.

Die Ergebnisse des Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ weisen einen Mittelwert von 45,052 Punkten und einem Median von 44,643 Punkten auf (Tabelle 109). Es besteht weder ein Decken- noch ein Bodeneffekt. Das große Spektrum der erreichten Indexpunkte zwischen 12,278 und 88,662 spiegelt die großen Unterschiede im hygiene- und infektionsbezogenen Prozessmanagement der Einrichtungen wieder. Bis auf 2 Einrichtungen lagen alle unterhalb eines Punktwertes von 70 (siehe Abbildung 2). Damit kann

⁹¹ Die Grundgesamtheit der 23 Krankenhäuser minus der 3 Krankenhäuser, die in der fallbezogenen Prüfung nur mit der Herzchirurgie teilnahmen

in der Mehrzahl der Einrichtungen von weiteren Verbesserungspotenzialen ausgegangen werden. Aus Sicht des AQUA-Instituts unterstützen diese Ergebnisse die Umsetzbarkeit eines solchen Index in der Qualitätssicherung. Da es sich in der Machbarkeitsstudie um eine retrospektive Statuserhebung handelt, ist davon auszugehen, dass nach Veröffentlichung der Prüfitems im Regelbetrieb rasch weitere Qualitätsverbesserungen möglich sind. Für das hier untersuchte Einrichtungskollektiv würde die Grenze eines Referenzbereichs am 5. Perzentil bei 20,694 Punkten liegen. Einrichtungen, die an dieser Grenze rechnerisch auffällig sind, weisen eine Fülle von Verbesserungspotenzialen im Hygiene- und Infektionsmanagement auf, die im Strukturierten Dialog anhand der Indikatorergebnisse spezifisch adressiert werden können. Bei den beiden Krankenhäusern mit 2 Standorten ergaben sich keine Unterschiede im Prozessmanagement zwischen den Standorten und der Auswertung des Erfassungsbogens für die Gesamt-Einrichtung.

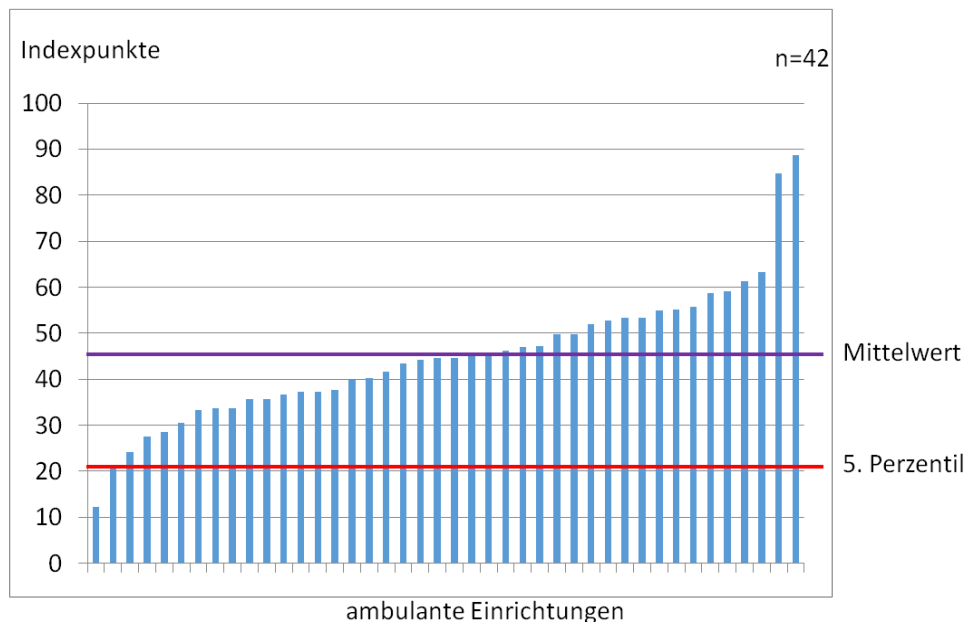


Abbildung 2: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“

Tabelle 109: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum

	Index-Titel	n	Mittelwert	Median	Min	Max
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	42	44,936	44,643	12,278	88,662
QI-ID	QI-Titel	n	Mittelwert	Median	Min	Max
18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	42	2,778	0,000	0,000	8,333
14_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in ambulanten Einrichtungen	42	3,033	0,000	0,000	8,333
17_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen	42	2,728	0,000	0,000	8,333
40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	42	6,409	7,500	0,833	7,500
42_a	Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	42	6,085	8,333	0,000	8,333

	Index-Titel	n	Mittelwert	Median	Min	Max
43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	42	4,508	6,667	0,000	8,333
44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	42	2,856	1,225	0,000	8,333
45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	42	4,050	3,333	0,000	8,333
47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	42	2,917	0,000	0,000	8,333
50_a	Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen	42	4,018	5,556	0,000	8,333
53_A	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten Einrichtungen	42	0,694	0,000	0,000	8,333
54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	42	4,861	5,556	0,000	8,333

Werden die einzelnen Indikatoren des Index betrachtet, so finden sich die höchsten Durchschnittswerte in den Indikatoren „Validierung der Sterilgutaufbereitung“, „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ und „Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene“. Die niedrigsten Durchschnittswerte weisen die Indikatoren „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten Einrichtungen“, „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen“ und „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“ auf.

Die höchsten Medianwerte zeigen die Indikatoren „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“, „Validierung der Sterilgutaufbereitung“ und „Entwicklung und Aktualisierung einer Arbeitsanweisung zur Wundversorgung“. Der Medianwert des Indikators zur präoperativen Antiseptik liegt beim Maximalwert von 8,333, d.h. mindestens die Hälfte der einbezogenen Leistungserbringer hatte ein sehr gutes Prozessmanagement in diesem Bereich. Die niedrigsten Medianwerte fanden sich in den Indikatoren „Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulanten Einrichtungen“, „Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion“, „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen“, „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen“ und „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“. In all diesen Indikatoren betrug der Median 0 Punkte, d.h. mindestens die Hälfte der Leistungserbringer hatte in diesen Indikatoren keinen Punkt erreicht. Zurückzuführen ist dies meist auf das Fehlen einrichtungsweit gültiger Regelungen (erste Frage der Indikatoren), sodass nachfolgende Fragen zu inhaltlichen Details, Autorisierungen und Aktualisierungen nicht zutrafen. An der Verteilung dieser Indikatorergebnisse zeigt sich, wie wichtig eine Indexbildung ist, da nur im Index, aber nicht in diesen Einzelindikatoren ein angemessener Referenzbereich (5. Perzentil) definierbar ist.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen finden sich im Anhang F.2.

6.3 Einzelindikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch

Tabelle 110: Ergebnisse der Händedesinfektionsmittelindikatoren

QI-ID	QI-Titel	Händedesinfektionsmittelverbrauch (ml/Patiententag)				
		n	Mittelwert	Median	Min	Max
19	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	23	104,0	101,9	41,1	221,2
20	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	23	30,2	28,0	15,4	41,0
21	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	12	5,9	4,5	0,7	13,3

6.3.1 Indikator-ID19 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Insgesamt nahmen 23 Krankenhäuser mit 25 Standorten an der Machbarkeitsprüfung teil (ein Krankenhaus mit 2 Fachabteilungen in der fallbezogenen QS-Dokumentation). Die Analyse der Indikatordaten erfolgte auf Standortebene. Da ein Klinikum den Händedesinfektionsmittelverbrauch retrospektiv zwar für die Gesamteinrichtung, nicht aber für die beiden Standorte einzeln angeben konnte, gingen 23 stationäre Leistungserbringer in die Auswertung ein (siehe Tabelle 110. und Abbildung 3). Der Indikator bezieht sich auf operative und interdisziplinäre Intensivstationen.

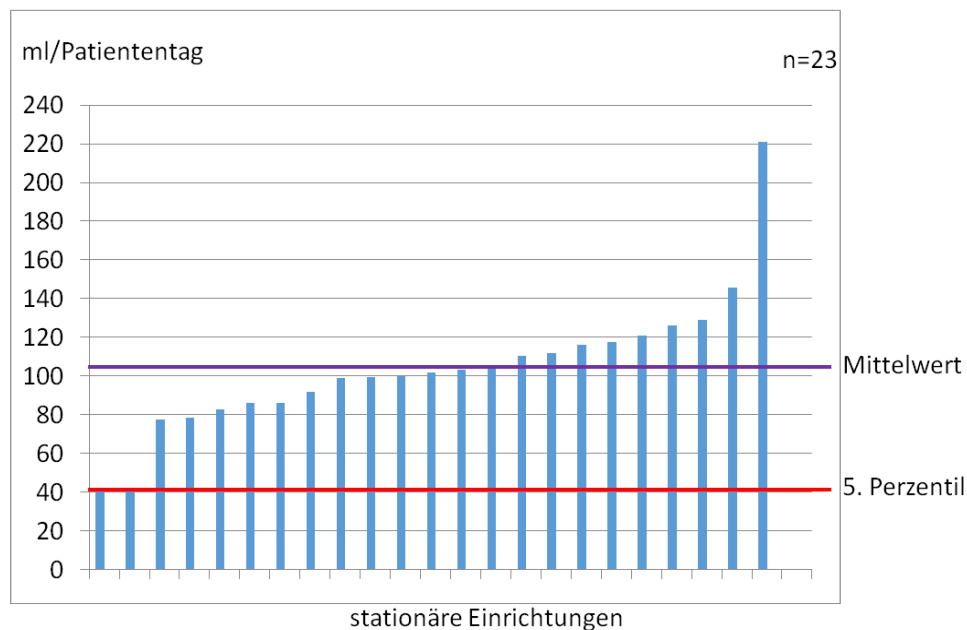


Abbildung 3: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Der Mittelwert von 104,0 ml/Patiententag (siehe Tabelle 110 und Abbildung 3) entspricht etwa dem Mittelwert der Referenzdaten des HAND-KISS⁹² für interdisziplinäre Intensivstationen (103 ml/Patiententag). Der Mittelwert rein operativer Intensivstationen liegt im HAND-KISS mit 120 ml/Patiententag höher. Damit weisen die Krankenhäuser, die an der Machbarkeitsprüfung teilnahmen, im Mittel 35 Händedesinfektionen (bei angenommenen 3ml/Händedesinfektion) pro Patiententag auf Intensivstation auf. Der Median liegt mit 101,9 ml/Patiententag in den Krankenhäusern, die an der Machbarkeitsprüfung teilnahmen, zwischen dem Median der interdisziplinären (93 ml/Patiententag) und der rein operativen Intensivstationen (116 ml/Patiententag) im HAND-KISS. Boden- oder Deckeneffekte zeigen sich in diesem Indikator nicht. Ein 5. Perzentil als Grenze eines Referenzbereichs läge bei 41,1 ml/Patiententag (entsprechend 14 Händedesinfektionen/Patiententag). Dieser

⁹² http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/hand/HAND_S_reference2013.pdf

Wert liegt unterhalb des 10. Perzentils (56 ml/Patiententag für interdisziplinäre Intensivstationen) der Verteilung der Werte im HAND-KISS. Ein 5. Perzentil wird in den Referenzdaten des HAND-KISS nicht angegeben.

Insgesamt zeigen die Auswertungen der Machbarkeitsprüfung, dass sich ein Einzelindikator gut für die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen eignet.

6.3.2 Indikator-ID 20 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Der Indikator bezieht sich auf alle Allgemeinstationen eines Krankenhauses und schließt Intermediate Care Stationen ein. Es gingen 23 stationäre Einrichtungen auf Standortebene in die Analyse ein.

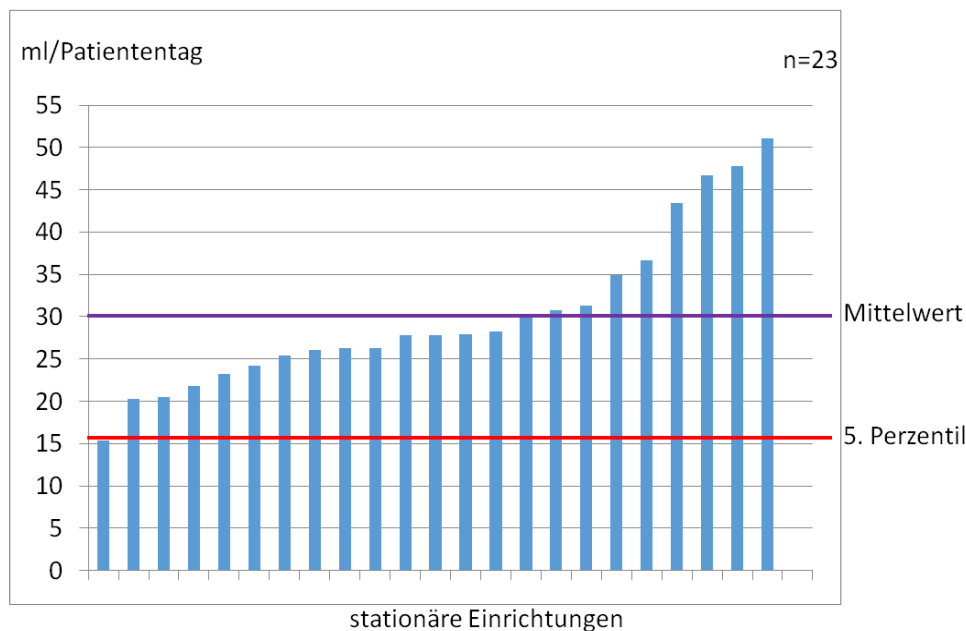


Abbildung 4: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Der durchschnittliche Händedesinfektionsmittelverbrauch beträgt 30,2 ml/Patiententag und entsprach damit 10 Händedesinfektionen/Patiententag (bei angenommenen 3 ml pro Händedesinfektion). Dieser Mittelwert liegt über dem Mittelwert der Referenzdaten des HAND-KISS⁹³ für internistische oder chirurgische Allgemeinstationen (jeweils 25 ml/Patiententag). Auch der Median fällt in der Machbarkeitsprüfung mit 28,0 ml/Patiententag höher aus als die Medianwerte für internistische (24 ml/Patiententag) oder chirurgische (23 ml/Patiententag) Allgemeinstationen im HAND-KISS. Boden- oder Deckeneffekte zeigen sich auch in diesem Indikator nicht. Ein Referenzbereich oberhalb des 5. Perzentils würde in diesem kleinen Kollektiv eine Grenze zur rechnerischen Auffälligkeit bei 15,4 ml/Patiententag ziehen, ein Wert, der 5 Händedesinfektionen pro Patiententag entspräche. Dieser Wert liegt auf dem 10. Perzentil der Referenzdaten des HAND-KISS für internistische oder chirurgische Allgemeinstationen.

Die Auswertungen der Machbarkeitsprüfung zeigen damit, dass sich ein Einzelindikator auch für die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen gut eignet.

6.3.1 Indikator-ID 21 – Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung nahmen an der Erhebung des ambulanten Händedesinfektionsmittelverbrauchs 23 Krankenhäuser mit 25 Standorten teil. Es konnten jedoch nur 2 Krankenhäuser mit insgesamt 2 Standorten den Händedesinfektionsmittelverbrauch für den gesamten ambulanten Bereich angeben. Nur diese Krankenhäuser gingen in die standortbezogene Indikatorauswertung ein. Von den insgesamt 20 vertragsärztlichen Einrichtungen konnten nur 10 Einrichtungen retrospektiv ihren Händedesinfektionsmittelverbrauch unter Ausschluss des Verbrauchs im OP angeben. In die Analyse gingen somit nur 12 Leistungserbringer ein. Die Streuung ist mit Werten zwischen 0,7 und 13,3 ml/Behandlungsfall erheblich.

⁹³ http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/hand/HAND_S_reference2013.pdf

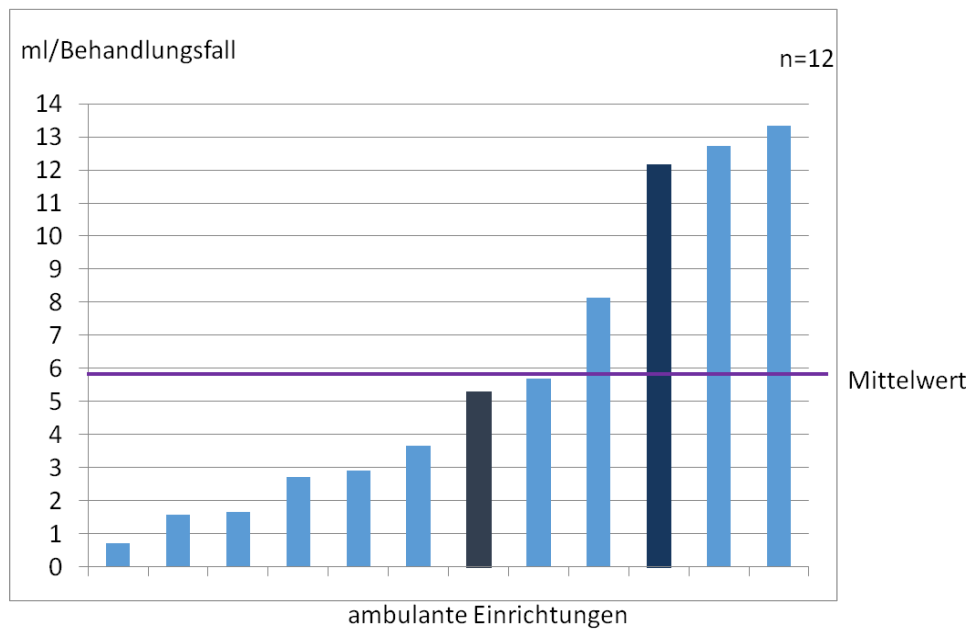


Abbildung 5: Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen

Die hellen Balken zeigen die vertragsärztlichen Einrichtungen, die dunklen Balken die Krankenhaus-Ambulanzen. Der Mittelwert dieser Erhebung liegt bei 5,9 ml/Behandlungsfall und entspricht damit durchschnittlich 2 Händedesinfektionen pro Behandlungsfall (bei angenommenen 3 ml pro Händedesinfektion). Der Mittelwert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs in diesem gemischten, kleinen Kollektiv liegt damit unter dem Mittelwert (10 ml/Behandlungsfall), den das HAND-KISS 2013 für operative Polikliniken veröffentlicht hat.⁹⁴ Allerdings stammt auch dieser Wert nur aus einer Erhebung an 6 Krankenhäusern. Zum Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen werden vom HAND-KISS noch keine Referenzdaten veröffentlicht, da sich diese Erhebung erst im Aufbau befindet (HAND-KISS-AMBU).

Während das Monitoring des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im stationären Bereich bereits als etabliert angesehen werden kann, ist dies im ambulanten Bereich nicht der Fall. Infolge der in der Regel stark dezentralen Räumlichkeiten der Ambulanzen und der meist mangelnden Abgrenzbarkeit ambulanter Untersuchungsräume von (stationären) Funktionsräumen stehen der Erhebung des ambulanten Händedesinfektionsmittelverbrauchs auch im Regelbetrieb für die allermeisten Krankenhäuser unüberwindbare Hindernisse entgegen. Das AQUA-Institut empfiehlt daher, Krankenhäuser aus diesem Indikator herauszunehmen. Der Status der Händedesinfektion in Krankenhäusern wird über die Indikatoren des stationären Verbrauchs adäquat abgebildet, sodass eine ausreichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser gewährleistet bliebe. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung konnten auch nur 10 von 20 vertragsärztlichen Einrichtungen retrospektiv Daten zum Händedesinfektionsmittelverbrauch liefern. Dies hing jedoch weniger mit Problemen der räumlichen Abgrenzungen (hier war nur der ggf. vorhandene eigene OP von den Praxisräumen zu trennen) als mit dem vergleichsweise hohen Aufwand der retrospektiven Erhebung zusammen. Die Abrechnung der Händedesinfektionsmittel erfolgt in den meisten Praxen nicht elektronisch, sodass die Rechnungen händisch aus den Altakten herausgesucht werden mussten. Hier ist jedoch davon auszugehen, dass im Falle eines verpflichtenden Regelbetriebs die Lieferanten, die stets über elektronische Buchführungen verfügen, ihren Kunden einmal jährlich eine akkumulierte Lieferliste zusenden können. Aber allein schon das prospektive Wissen um die Notwendigkeit, diese Daten gesondert zu erheben, würde den Aufwand im Regelbetrieb deutlich verringern.

Bereits die wenigen in dieser Machbarkeitsprüfung dokumentierten Daten zeigen die Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherung der Händedesinfektion im operativen, vertragsärztlichen Bereich. Die Hälfte der operativ tätigen Praxen/MVZ wies einen durchschnittlichen Verbrauch unter 3 ml auf, d.h. weniger als eine Händedesinfektion im gesamten Behandlungsfall. Angesichts der zentralen Bedeutung der Händedesinfektion für die Hygiene, scheinen hier wichtige Verbesserungspotenziale zu bestehen. Das AQUA-Institut empfiehlt daher, den Indikator QI-ID 21 in „Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulant operierenden Praxen und MVZ“ umzubenennen.

⁹⁴ http://www.nrzh-hygiene.de/fileadmin/nrzh/module/hand/HAND_F_reference2013.pdf

Angesichts der Umsetzungsprobleme und der insgesamt noch schmalen Datenlage sollte dieser Indikator jedoch in den ersten beiden Jahren noch keinen Referenzbereich erhalten und nicht im Strukturierten Dialog überprüft werden. Es wird aber empfohlen in diesen Jahren Rückmeldeberichte mit Benchmarkdaten zu versenden und ein Feedback bei einer Stichprobe der Leistungserbringer einzuholen, um die Umsetzung dieses wichtigen Indikators weiter fördern zu können.

7 Zielgruppenspezifisches Auswertungskonzept

Dieses Kapitel beschreibt das Auswertungskonzept und seine geplante Umsetzung im Regelbetrieb. Dabei ist insbesondere der Zeitpunkt der Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten (Einrichtungsbefragung, fallbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) von Bedeutung. Das AQUA-Institut hat im Abschlussbericht des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ Vorschläge für ein Auswertungskonzept gemacht, die im Verlauf der erweiterten Machbarkeitsprüfung modifiziert wurden. Weiterhin sollen im ambulanten und im stationären Bereich sowohl aus Qualitätsindikatoren gebildete Indizes als auch einzelne Qualitätsindikatoren (QI) berechnet und dargestellt werden. Hinzu kommen Kenngrößen sowie Informationen, die im Rahmen der Basisauswertung an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden sollen. Insgesamt umfasst die Auswertung 2 Indizes und 7 Indikatoren, von denen 3 zusätzlich in die einzelnen Fachgebiete unterteilt werden.

Die folgenden Abschnitte zeigen die Zusammensetzung und Auswertung der Indizes, der QI und der Kenngrößen in der aktualisierten Form nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung und beschreiben, welche Ergebnisse zu welchem Zeitpunkt in welcher Form an welche Leistungserbringer zurückgespiegelt werden sollen. Im Einzelnen geht es um folgende Fragen:

- Welche Berichte sind zu erstellen?
- Welche Indizes und QI werden für die Leistungserbringer ausgewertet?
- Zu welchem Zeitpunkt liegen die dafür benötigten Daten vor?
- Wie sollen die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer aufgebaut sein?

Als zusammenfassende Übersicht werden die relevanten Fristen und Termine in Abschnitt 7.9 in Abbildung 6 dargestellt.

7.1 Berichtsarten

Für die Berichte, die die Bundesauswertungsstelle zu erstellen hat, gelten zwei grundsätzliche Empfehlungen:

- Die Fristen sollen für die Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren und für die unterschiedlichen sektorenübergreifenden Verfahren so weit wie möglich einheitlich sein, um Aufwand und Unsicherheiten bei den Leistungserbringern zu vermeiden und den Krankenhäusern ggf. die öffentliche Berichterstattung zu ermöglichen. Dabei ist gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass in den Rückmeldeberichten nur die Informationen zurückgespiegelt werden, die für die einzelnen LE relevant sind.
- Um eine möglichst zeitnahe Berichterstellung zu erreichen gilt die Empfehlung zur Einheitlichkeit der Fristen auch für die Qualitätssicherungsergebnisberichte der Landesebene an die Bundesauswertungsstelle, und den Bundesqualitätsbericht der Bundesauswertungsstelle.

7.1.1 Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§18 Qesü-RL)

Die Leistungserbringer erhalten von der Bundesauswertungsstelle Rückmeldeberichte, die die Leistungserbringer über ihre Ergebnisse informieren und die gleichzeitig als Grundlage für die von der Landesebene durchzuführenden qualitätssichernden Maßnahmen dienen.

Der Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten enthalten und soll dem LE einen Vergleich seiner Ergebnisse mit denen seiner Vergleichsgruppe ermöglichen. Als Vergleichsgruppe dient dabei die Bundesebene. Der Bericht soll verständlich aufbereitet sein und den Vergleich über mehrere Jahre hinweg ermöglichen.

Im Sinne des o.g. Ziels der zeitlichen Einheitlichkeit schlägt das AQUA-Institut vor, die Rückmeldeberichte einmal jährlich zum 15. Juni bereitzustellen. Eine häufigere Auswertung und Ergebnisaufbereitung etwa in Form von Life table-Analysen ist derzeit noch Gegenstand der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und wird im Bericht zur empirischen Prüfung dargestellt. Angesichts der sehr unterschiedlichen Verfüg-

barkeitszeitpunkte von Daten der QS-Dokumentation aus den Krankenhäusern (Lieferung soll vierteljährlich möglich, aber nicht verbindlich sein) scheint die Aussagekraft unterjähriger Auswertungen, auch angesichts der nach jetzigem Stand unterjährig nicht zur Verfügung stehenden Vollzähligkeitsprüfungen, derzeit allerdings zweifelhaft.

Hinzu kommt, dass die Daten für die Einrichtungsbefragungen ohnehin pro komplettem Erfassungsjahr erhoben und übermittelt werden, sodass hier nur eine jährliche Auswertung jeweils zum 15. Juni des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich ist.

7.1.2 Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL)

Die LAG übermitteln der BAS jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -auswertbarer Form in einem themenspezifisch festzulegenden einheitlichen Berichtsformat. Der Bericht soll verschiedene Aspekte berücksichtigen, wie z.B. die qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, die Häufigkeit und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittlich verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs der Qualitätssicherungsmaßnahmen, Erfahrungsberichte der Fachkommissionen und Angaben zur Dokumentationsqualität. Der Zeitpunkt für die Abgabe dieses Berichts ist in der Qesü-RL nicht festgelegt. Analog zur derzeit im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen des Qesü-Verfahrens „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ vorgesehenen Regelung schlägt das AQUA-Institut auch für das vorliegende Verfahren die Übermittlung bis zum 15. März vor.

7.1.3 Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der bundesweit aggregierten Ergebnisse in Bezug auf das jeweilige Qualitätssicherungsverfahren. Neben den Auswertungen enthält sie in der sog. Basisauswertung grundlegende Angaben zum betreffenden Verfahren (z.B. Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnosen, Therapien, usw.). Die Bundesauswertung soll analog zur Regelung der esQS und des Qesü-Verfahrens PCI einmal jährlich zum 15. Juni erstellt werden.

7.1.4 Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL)

Die BAS hat für den G-BA jährlich einen zusammenfassenden Bericht über die Qualität der Versorgung in maschinenlesbarer und -auswertbarer Form zu erstellen. Dieser basiert auf der Bundesauswertung und allen erstellten Qualitätssicherungsergebnisberichten. Er umfasst Angaben zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Datenvalidität und zur Wirksamkeit des Verfahrens. Für die Abgabe dieses Berichts schlägt das AQUA-Institut jeweils den 15. August vor.

7.2 Bundeseinheitliche Rechenregeln

Rechenregeln sind im Kontext der sektorenübergreifenden QS die von der BAS zu erstellenden bundeseinheitlichen Vorschriften zur Berechnung der entwickelten QI. Sie definieren Zähler und Nenner sowie Referenzbereiche.

Relevant sind die Rechenregeln für Institutionen, die Auswertungen der QS-Daten nach den bundeseinheitlichen Kriterien vornehmen. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung der Rechenregeln ist durch den G-BA in den themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren festzulegen.

7.3 Risikoadjustierung

Für die Hygieneindizes und die Indikatoren zur Händedesinfektion ist eine Risikoadjustierung nicht angezeigt. Die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle für die Wundinfektionsraten soll auf Basis der Daten des ersten Erfassungsjahres erfolgen. Wie in Abschnitt 7.8.5 dargestellt, wird dringend empfohlen, die Sozialdaten bei den Krankenkassen aus dem Jahr einbeziehen zu können, das dem ersten Erfassungsjahr der fallbezogenen QS-Dokumentation vorausgeht, um Verzögerungen bei der Entwicklung der Risikoadjustierung zu vermeiden.

7.4 Sollstatistik und Konformitätserklärung

Mittels der Sollstatistik und der Konformitätserklärung wird die Vollständigkeit der von den LE übermittelten QS-Datensätze überprüft. Da die Tracer-OPs ausschließlich über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, müssen im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ nur stationäre LE die Sollstatistik der diagnostizierten Wundinfektionen sowie die dazugehörige Konformitätserklärung übermitteln. Die Sollstatistik ist bis zum 15. März des auf die Erfassung folgenden Jahres an die zuständige DAS zu übermitteln.

Darüber hinaus ist von den Krankenkassen die Anzahl der übermittelten Datensätze zu nennen und zu bestätigen. Auch hier ist zusätzlich eine Konformitätserklärung abzugeben. Beide Angaben sind bis zum 15. März des auf die Erfassung folgenden Jahres an die Datenannahmestelle der Krankenkassen zu übermitteln. Die Entwicklung eines Validierungskonzepts zu den Sollstatistiken der Krankenkassen muss noch erfolgen und hat zwei Fragen zu berücksichtigen:

- Haben alle Krankenkassen Daten geliefert?
- Wurden alle zu liefernden Daten geliefert?

Insbesondere die zweite Frage wird mangels eines geeigneten Referenzdatenpools, also der „Soll-Zahl“, schwierig zu beantworten sein, sodass sich die Überprüfung hier ggf. auf die Erklärung seitens der Krankenkassen und die grundsätzliche Analyse der Datenlieferungen auf eventuell vorhandene technische Umsetzungsfehler beschränken muss.

7.5 Aufbau der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer⁹⁵

Grundsätzlich sollen Rückmeldeberichte die Ergebnisse in Umfang und Aussagekraft einheitlich, d.h. unabhängig von der Sektorzugehörigkeit des einzelnen Leistungserbringers und somit vergleichbar darstellen.

Allerdings sind nicht alle Ergebnisse von jedem LE von Interesse. Die folgende Matrix veranschaulicht beispielhaft, dass zahlreiche Ergebnisfelder für ausschließlich ambulant tätige LE einfach leer blieben.

Dabei wird der Einfachheit halber davon ausgegangen, dass die Praxis/das MVZ nur in einer Fachrichtung (im Beispiel: Orthopädie/Unfallchirurgie) und nur ambulant tätig ist, während das Krankenhaus im Beispiel sowohl stationär als auch ambulant in allen beteiligten Fachrichtungen operierend tätig ist:

Tabelle 111: Beispiel für den Darstellungsbedarf der Auswertungen Krankenhaus und Praxis/MVZ

Leistungserbringer/Auswertungsbereiche	Krankenhaus	Praxis/MVZ
Einrichtungsbefragung stationär	X	–
Einrichtungsbefragung ambulant	X	X
Herzchirurgie stationär	X	–
Viszeralchirurgie stationär	X	–
Viszeralchirurgie ambulant	X	–
Gynäkologie stationär	X	–
Gynäkologie ambulant	X	–
Urologie stationär	X	–
Urologie ambulant	X	–
Orthopädie/Unfallchirurgie stationär	X	–

⁹⁵ Alle Darstellungen erfolgen vorbehaltlich weiterer detaillierter Ausarbeitungen etwa im Rahmen eines Auftrags des G-BA zur Optimierung der konkreten Darstellungsweise, Lesbarkeit und Verständlichkeit der Rückmeldeberichte.

Leistungserbringer/Auswertungsbereiche	Krankenhaus	Praxis/MVZ
Orthopädie/Unfallchirurgie ambulant	X	X
Gefäßchirurgie stationär	X	–
Gefäßchirurgie ambulant	X	–
Basisauswertung fallbezogene QS-Dokumentation	X	–

Deutlich wird, dass insbesondere die Aufteilung in einen Bericht für Krankenhäuser und einen separaten Bericht für Praxen/MVZ sinnvoll ist. Dabei soll betont werden, dass die Inhalte der berichteten Bereiche sich nicht unterscheiden sollen. So soll beispielsweise die Darstellung der Wundinfektionsraten eines Fachgebiets für das ambulant operierende Krankenhaus identisch mit der der Praxis/des MVZ sein. Allerdings soll für die Praxis/ das MVZ nur die relevante Fachrichtung Erwähnung finden. Nach Auffassung des AQUA-Instituts sind zielgruppenspezifisch erstellte Berichte übersichtlicher und somit besser verständlich.

Die Rückmeldeberichte werden, unabhängig von den einleitenden Überlegungen nach einheitlichen Vorgaben von der BAS erstellt. Zunächst ist eine Entscheidung über die Reihenfolge der verschiedenen Bestandteile des Verfahrens zu treffen. Die einzelnen Bestandteile sollen dann der Struktur der Tabelle 112 folgen und werden in folgender Reihenfolge aufbereitet:

- Ergebnisse zur Einrichtungsbefragung (s. Abschnitt 7.6)
- Ergebnisse zur Händedesinfektion (s. Abschnitt 7.7)
- Wundinfektionsraten (7.8)

Die drei einzelnen Bestandteile des Berichts enthalten die Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich mit denen der Vergleichsgruppe. Zudem sollen zeitliche Verläufe erkennbar sein, sodass jeweils die aktuellsten Ergebnisse und die Ergebnisse der beiden vorhergehenden Jahre dargestellt werden. Vergleichsgruppe ist jeweils der Bund. Die folgende Tabelle 112 gibt die Struktur wieder, der die einzelnen Teile des Berichts folgen sollen:

Tabelle 112: Struktur des Rückmeldeberichts

Kapitelbezeichnung	Inhalt
Inhaltsverzeichnis	Angabe der entsprechenden Kapitel mit Seitenzahlen
Einleitung	Rechtsgrundlagen, Erläuterungen zum Bericht, Ansprechpartner
Übersichtsdarstellung der Indizes und Qualitätsindikatoren	Tabellarische Übersicht aller für den LE relevanten Indizes bzw. QI, Beschreibung, Referenzbereich, Ergebnis des LE und Ergebnis auf Bundesebene
Indizes und Qualitätsindikatoren im Einzelnen	Für jeden Index und QI erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erklärungen zu Namen, Identifikationsnummer, Grundgesamtheit und Referenzbereich ▪ Tabellarische Angaben zum Ergebnis des Index/QI, der Grundgesamtheit und des Zählers jeweils für LE und Bund inkl. Angabe des Vertrauensbereichs ▪ Die Darstellung erfolgt jeweils für das aktuelle Jahr und die beiden vorangegangenen Jahre ▪ Grafische Darstellung des Ergebnisses des Index/QI für den LE und den Bund inkl. Angabe des Vertrauensbereichs ▪ Ggf. Stratifizierungen und ergänzende Kennzahlen zum Index/QI

Kapitelbezeichnung	Inhalt
Erläuterungen	Bspw. Ausführung zur Risikoadjustierung
Basisauswertung bei Wundinfektionsraten und für die fallbezogenen QS-Dokumentationen	Die Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und Prozentwerten jeweils für den betreffenden LE und den Bund

7.6 Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Auswertung der Einrichtungsbefragungen und die Darstellung ihrer Ergebnisse kann unabhängig von Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation und den Sozialdaten erfolgen. Dabei sollen zwei Indizes, bestehend aus jeweils 12 Indikatoren, berechnet werden. Die aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in Kapitel 5 beschrieben. Die dementsprechend geänderten Fragebögen finden sich in den Anhängen D.1 und E.1, die an die Änderungen angepassten Berechnungen in den Anhängen D.3 und E.3. Folgende QI bilden die beiden Indizes:

Tabelle 113: QI des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement stationärer Einrichtungen

Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement –stationäre Einrichtungen“	
Indikator-ID	Titel des QI
13_A_a	Entwicklung und Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen
16_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen
18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff
40_A	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
50_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement
52_B	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen
54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene

Tabelle 114: QI des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ambulanter Einrichtungen

Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement –ambulante Einrichtungen“	
Indikator-ID	Titel des QI
14_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen
17_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen
18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff
40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
50_a	Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen
53_A	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen
54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene

7.6.1 Standortbezogene Auswertung der Einrichtungsbefragungen

Ab dem Erfassungsjahr 2014 sollen die Auswertungen im Rahmen der externen stationären QS (esQS) im Rahmen der QSKH-RL standortbezogen ausgewertet werden. Diesem Muster sollen auch die Qesü-Verfahren folgen, wenn und soweit die Voraussetzungen dafür geschaffen sind. Hier sind insbesondere das Vorhandensein der Standortnummer in den Sozialdaten bei den Krankenkassen und ein geeignetes DAS-übergreifendes Pseudonymisierungsverfahren zu nennen.

Im vorliegenden Verfahren soll es aus Sicht des AQUA-Instituts jedoch keine standortbezogene Auswertung geben der Einrichtungsbefragungen: Während der MP wurden zwei Krankenhäuser mit je zwei Standorten berücksichtigt und die Daten ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass trotz der Aufteilung in verschiedene Standorte die für den Bereich Krankenhaushygiene zuständigen Stellen zentral organisiert waren. Das hat zum einen die Folge, dass sich die Antworten z.B. hinsichtlich des Vorliegens von Leitlinien und Arbeitsanweisungen ebenso wenig unterschieden wie die Antworten zur Sterilgutaufbereitung. Andererseits war es nicht möglich, bestimmte Angaben (beispielsweise zum Verbrauch von Händedesinfektionsmittel oder zur Weiterbildung) auf Standorte herunterzubrechen. Vor diesem Hintergrund und in der Annahme, dass Hygiene ein zentraler Verantwortungsbereich der den Standorten übergeordneten zentralen Einheit ist empfiehlt das AQUA-Institut, die Einrichtungsbefragungen nicht standortbezogen auszuwerten.

7.6.2 Verfügbarkeit der Daten für die Indizes

Die Einrichtungsbefragung soll jährlich erfolgen. Unabhängig davon, ob die Auslösung des Dokumentationsbogens schon während oder erst nach Abschluss des Erfassungsjahres erfolgt kann die Dokumentation auf jeden Fall zu Beginn des Folgejahres angefertigt werden, da die erforderlichen Angaben den Leistungserbringern spätestens zu diesem Zeitpunkt vollständig zur Verfügung stehen.

7.6.3 Datenlieferfrist

Die Daten für die jährliche Einrichtungsbefragung sollen bis spätestens 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres von den Leistungserbringern an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden.

7.6.4 Auswertung und Berichterstellung

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen des vorhergehenden Erfassungsjahres sollen bis zum 15. Juni des Folgejahres ausgewertet und die Ergebnisse im Rahmen des Rückmeldeberichts an die LE übermittelt werden.

7.6.5 Darstellung in den Rückmeldeberichten

Für Krankenhäuser soll sowohl der stationäre als auch (in der Regel) der ambulante Index dargestellt werden, für Praxen und MVZ dagegen nur der ambulante. Dabei werden jeweils sowohl der Index als auch die den Index bildenden QI zunächst tabellarisch und anschließend im Detail aufgeführt (s. Tabelle 112). Das Ergebnis des einzelnen LE wird dabei dem des Bundes gegenübergestellt. Daran schließt sich eine Darstellung der einzelnen Fragen, der dort gegebenen Antworten und der jeweils durch die Antworten erreichten Punktwerte des LE an, die dem Durchschnitt der erreichten Punktwerte aller LE gegenübergestellt werden. Die Berichte sollen zudem sowohl die Ergebnisse des aktuellen als auch der beiden vorangegangenen Jahre abbilden.

7.7 Indikatoren zur Händedesinfektion

Die Daten zur Auswertung der Indikatoren zur Händedesinfektion werden im Rahmen der Einrichtungsbefragungen erhoben. Somit kann auch ihre Auswertung unabhängig von der fallbezogenen QS-Dokumentation und den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen. Die folgenden 3 Indikatoren zur Händedesinfektion werden dargestellt:

Tabelle 115: Indikatoren zur Händedesinfektion

Indikator-ID	Titel des QI
19	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
20	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen
21	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ

2 der Indikatoren beziehen sich auf den stationären Bereich, einer auf ambulant operierende Einrichtungen. Aufgrund der Erkenntnisse der Machbarkeitsprüfung soll der QI-ID 21 „Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen“ jedoch auf ambulant operierende Arztpraxen bzw. MVZ beschränkt werden und nicht mehr die ambulant operierenden Krankenhäuser umfassen.

7.7.1 Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren zur Händedesinfektion

Die Daten werden im Rahmen der Einrichtungsbefragung erhoben. Sie stehen den LE ebenfalls zum Beginn des Folgejahres zur Verfügung, sodass sie spätestens zu diesem Zeitpunkt durch die LE dokumentiert werden können.

7.7.2 Datenlieferfrist

Die Daten für die Indikatoren zur Händedesinfektion sollen bis spätestens 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres von den Leistungserbringern an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden.

7.7.3 Auswertung und Berichterstellung

Die Ergebnisse der Indikatoren zur Händedesinfektion sollen bis zum 15. Juni des Folgejahres ausgewertet und im Rahmen der Rückmeldeberichte an die LE übermittelt werden.

7.7.4 Darstellung in den Rückmeldeberichten

Die relevanten QI werden zunächst tabellarisch und anschließend im Detail aufgeführt (s. Tabelle 112). Das Ergebnis des einzelnen LE wird dabei dem des Bundes gegenübergestellt. Daran schließt sich eine Darstellung der angegebenen Werte in Form einer Basisauswertung an. Die Berichte sollen zudem die Ergebnisse sowohl des aktuellen als auch der beiden vorangegangenen Jahre abbilden.

7.8 Auswertung der Wundinfektionsraten

Folgende Wundinfektionsraten und Kennzahlen werden im stationären Bereich berechnet und dargestellt:

Tabelle 116: Wundinfektionsraten und Kennzahlen für stationär durchgeführte Operationen

Indikator-ID/ Nr. der Kennzahl	Titel des QI/der Kennzahl
01_a	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen
1	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Gefäßchirurgie
3	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Herzchirurgie
4	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Unfallchirurgie/Orthopädie
5	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Urologie
6	Nosokomiale postoperative WI nach stationärer OP Viszeralchirurgie
7	Mikrobiologische Untersuchung bei Patienten der Stichprobe „Wundinfektion“
8	Mikrobiologische Untersuchung bei Patienten mit nosokomialer, postoperativer Wundinfektion
02_a	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen
9	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Frauenheilkunde und Geburtshilfe
10	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Gefäßchirurgie
11	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Herzchirurgie
12	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Unfallchirurgie/Orthopädie
13	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Urologie
14	Indikator begrenzt auf fachgebietsbezogene Tracer-OP Viszeralchirurgie
15	Mikrobiologische Untersuchung bei Patienten mit tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen
16	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefer, nosokomialer postoperativer Wundinfektion nach stationärer OP
03	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)
17	Wundinfektionen mit MRSA – alle OP
18	Wundinfektionen mit MRSA – stationäre OP
21	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE)

Folgende Wundinfektionsraten und Kennzahlen werden im ambulanten Bereich berechnet und dargestellt:

Tabelle 117: Wundinfektionsraten und Kennzahlen für ambulant durchgeführte Operationen

Indikator-ID/ Nr. der Kennzahl	Titel des QI/der Kennzahl
03	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)
17	Wundinfektionen mit MRSA – alle OPs
19	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit MRSA – ambulante OPs am KH
20	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit MRSA – ambulante OPs in der Praxis
21	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE)
05_A	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen
22	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP Frauenheilkunde und Geburtshilfe
23	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP Gefäßchirurgie
24	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP Unfallchirurgie/Orthopädie
25	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP Urologie
26	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP Viszeralchirurgie
27	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP – gesamt
28	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP – ambulante Operationen am KH
29	Nosokomiale postoperative WI nach ambulanter OP – ambulante Operationen in der Praxis
30	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefer nosokomialer postoperativer WI nach ambulanten OP

Grundsätzlich sollen die Ergebnisse der QS möglichst frühzeitig und dabei gleichzeitig so umfassend und aussagekräftig wie möglich berichtet werden. Der maßgebliche Zeitpunkt für den Ergebnisbericht ist der, zu dem ggf. vorhandene Follow-up-Zeiträume abgeschlossen sind bzw. die zur Auswertung benötigten Daten der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung stehen.

Im Falle der Wundinfektionsraten besteht die Besonderheit darin, dass das Follow-up-Ereignis – die postoperativ aufgetretene, stationär behandelte Wundinfektion – zuerst für die QS dokumentiert wird und unter Umständen erst zu einem späteren Zeitpunkt die (vermeintlich) für die Infektion verantwortliche Operation aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelt werden kann. Der zeitlich limitierende Faktor sind hier also primär die Sozialdaten, deren Lieferzeitpunkt häufig nach dem der (Follow-up-)QS-Dokumentation liegen wird, da Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einer zeitlichen Verzögerung geliefert werden können.⁹⁶

Die Auswertung der Wundinfektionsraten kann erst nach der patientenbezogenen Zusammenführung der zusammengehörigen Tracer-OPs aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen auf der einen und der fallbezogenen QS-Dokumentation auf der anderen Seite erfolgen. Diese Verknüpfung erfolgt mittels des aus der Versicherungsnummer eines Patienten erzeugten Patientenpseudonyms. Daraus werden die Wundinfektionsraten pro Leistungserbringer berechnet.

⁹⁶ Zu den Fristen s. Projektabschlussbericht des AQUA-Instituts „Allgemeine Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen“, S. 18; https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/PTCA/2014-03-31_Sozialdaten-KK-Projektabschlussbericht.pdf

7.8.1 Verfügbarkeit der QS-Dokumentationen

Die fallbezogenen QS-Dokumentationen werden ausschließlich im stationären Bereich erhoben. Somit stehen diese Daten der BAS spätestens zu Beginn des Folgejahres zur Verfügung.

7.8.2 Lieferfrist für die Daten zur QS-Dokumentation

Analog zum Qesü-Verfahren PCI sollen die Daten von den Krankenhäusern quartalsweise geliefert werden. Insofern keine Verbindlichkeit besteht, diese Lieferungen und die dazugehörige Sollzahl tatsächlich zuverlässig quartalsweise zu liefern, ist der späteste Lieferzeitpunkt für alle Daten der 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

7.8.3 Verfügbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Aus den Daten der QS-Dokumentationen werden die Zähler der Berechnung gebildet. Auf der Seite des Nenners werden zwei unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume kombiniert: Es fließen pro Leistungserbringer sowohl Operationen ohne Implantate als auch solche mit Implantaten in den Nenner der Wundinfektionsraten ein. Der Betrachtungszeitraum für Implantatoperationen beträgt maximal ein Jahr, der für Operationen ohne Implantat maximal 30 Tage vor dem Datum der Feststellung der Wundinfektion. Von der jeweiligen Lieferverzögerung der Sozialdaten hängt also unmittelbar ab, wann die vollständige Berechnung der Indikatoren zur Wundinfektion für ein Erfassungsjahr durchgeführt werden kann.

7.8.4 Lieferfristen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Analog zum Qesü-Verfahren PCI sollen die Daten von den Krankenkassen quartalsweise geliefert werden. Dabei ergibt sich aufgrund der unterschiedlich langen Beobachtungszeit (30 Tage/1 Jahr) und der unterschiedlichen Verzögerung der Sozialdatenlieferung (3 Monate stationär/9 Monate ambulant) die Situation, dass für ein Erfassungsjahr sieben Lieferzeitpunkte relevant sein können, nämlich vom zweiten Quartal des Erfassungsjahres bis zum vierten Quartal des Folgejahres.

7.8.5 Frühester Zeitpunkt zur Darstellung der Wundinfektionsraten

Aus dem in Abschnitt 7.8.3 Gesagten ergibt sich, dass die Verzögerung bei der Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Frage berücksichtigt werden muss, wann über die Wundinfektionsraten eines Erfassungsjahres berichtet werden kann. Folgendes Beispiel sollen die Verzögerungen veranschaulichen:

Tabelle 118: Verzögerungszeiten bis zum vollständigen Vorliegen der Sozialdaten bei der BAS

Art der Operation	Feststellung der Wundinfektion	Verzögerung bis zum Vorliegen der Sozialdaten bei den Krankenkassen	Spätester Zeitpunkt, an dem der Datensatz zur Operation aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegt
Stationär ohne Implantat	31.12.2017	3 Monate	2. Quartal 2018
Stationär mit Implantat	31.12.2017	3 Monate	2. Quartal 2018
Ambulant ohne Implantat	31.12.2017	9 Monate	4. Quartal 2018
Ambulant mit Implantat	31.12.2017	9 Monate	4. Quartal 2018

Aus der (fiktiven) Aufstellung geht hervor, dass die Sozialdaten eines Erfassungsjahres erst im vierten Quartal des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres vollständig vorliegen. Die Auswertung der Wundinfektionsraten für das Erfassungsjahr 2017 könnte somit erst im Jahr 2019 erfolgen, sodass über die Ergebnisse (in diesem Beispiel) erst am 15. Juni 2019 berichtet werden können.

Gleichzeitig wird aus dem Beispiel eine weitere Notwendigkeit erkennbar: nämlich, dass die Sozialdaten des Jahres 2016⁹⁷ bereits für die Auswertung des Erfassungsjahres 2017 zur Verfügung stehen müssen. Dies hat zwei Gründe:

- Das erste Erfassungsjahr nach der Einführung des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ (Beispiel: 2017) kann nur dann (vollständig) ausgewertet werden, wenn die Sozialdaten des vorhergehenden Jahres (im Beispiel: 2016) ebenfalls zur Verfügung stehen. Konkret: Sollte die erste Wundinfektion im Rahmen des neuen Verfahrens am 1. Januar 2017 diagnostiziert werden, so ist dieser Datensatz mit den Sozialdaten einer Operation zusammenzuführen, die ggf. bis zu 12 Monate vorher (bei Operation mit Implantat) durchgeführt worden ist.
- Die Sozialdaten des Jahres 2016 werden auch für die Entwicklung des verfahrensspezifischen Risikoadjustierungsmodells werden. Nur wenn die Sozialdaten des Jahres 2016 schon Anfang 2018 zur Verfügung stehen wäre es möglich, im zweiten Jahr nach Beginn des Verfahrens (2018) ein solches Modell zu entwickeln, um es dann im dritten Jahr (2019) anzuwenden.

Die dringende Empfehlung des AQUA-Instituts ist daher, für das Verfahren die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen aus dem Jahr zu ermöglichen, das dem ersten Erfassungsjahr vorangeht. Dabei ist es wünschenswert, dass diese Daten – soweit vorliegend – schon im ersten Erfassungsjahr übermittelt werden.

7.8.6 Darstellung in den Rückmeldeberichten

Die Ergebnisse der Wundinfektionsraten sollen (analog zu Tabelle 112) zunächst als Übersicht und darauf folgend als detaillierte Tabellen aufgeführt und dargestellt werden. Dabei werden auch hier die Ergebnisse des einzelnen LE denen des Bundes gegenübergestellt. Zusätzlich erfolgt über die Abbildung der genannten Kennzahlen eine Aufgliederung in die einzelnen Fachgebiete die QI 01_a, 02_a und 05_a betreffend (s. Tabelle 116 und Tabelle 117).

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer sollen zudem (soweit relevant für den einzelnen LE) in 2 Tabellen, untergliedert nach Fachgebieten, alle Fälle mit Wundinfektion aus den Indikatoren „Wundinfektionen in stationären Einrichtungen“ und „Wundinfektion in ambulanten Einrichtungen“ auflisten. Es sollten angegeben werden: Alter, Geschlecht, OPS der Tracer-OP, OPS-Datum der Tracer-OP, Datum der Diagnose der Wundinfektion, Diagnose der Wundinfektion in Einrichtung der Tracer-OP oder anderer Einrichtung, auslösende Codes in der Stichprobe „Wundinfektion“, Wundinfektionstiefe, mikrobiologische Untersuchung, Wundinfektion mit MRSA. Mithilfe dieser Informationen können die Fälle in den Einrichtungen identifiziert und analysiert werden. Zusätzlich wird es damit den Krankenhäusern unter Hinzunahme der internen OP-Statistiken (Nenner) ermöglicht, Wundinfektionsraten für einzelne OP-Gruppen zu bestimmen.

7.9 Grafische Darstellung von Lieferfristen und Berichtszeiträumen

Im Folgenden sollen die textlich beschriebenen Ausführungen zu Datenlieferungen und Auswertungszeitpunkten grafisch veranschaulicht werden. Wiederum wird beispielhaft davon ausgegangen, dass die fallbezogene QS-Dokumentation der Wundinfektionen erstmals am 1. Januar 2017 beginnt.

⁹⁷ Alle Jahresangaben dienen der Veranschaulichung und dem besseren Verständnis und sind nicht als konkrete Empfehlung des AQUA-Instituts zu verstehen.

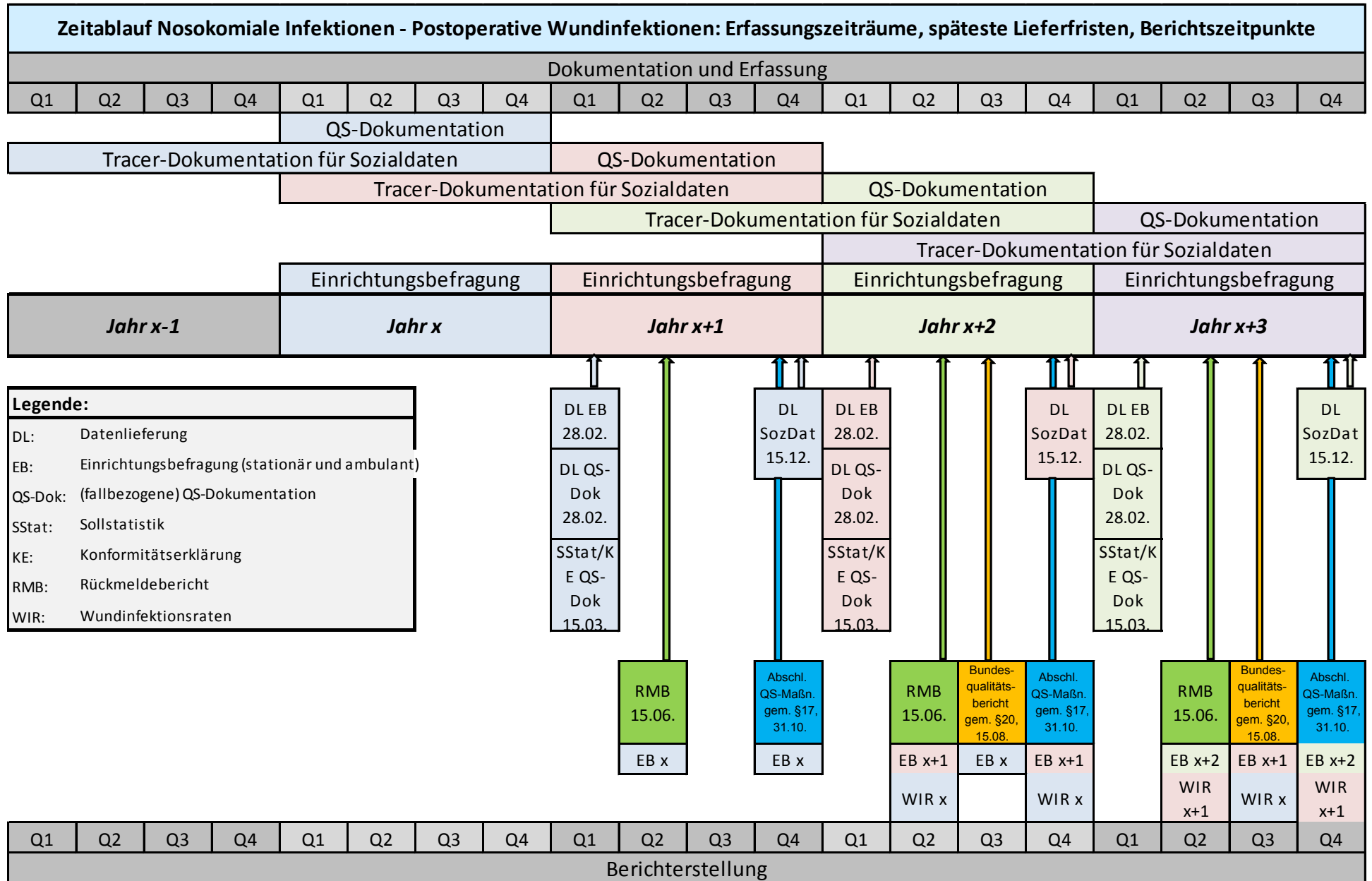


Abbildung 6: Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte

8 Auswertung der Zusatzfragen

Neben den zu den Dokumentationsfeldern gestellten Fragen nach Verständlichkeit und Verfügbarkeit stellte das AQUA-Institut noch Zusatzfragen (s. Anhänge 02 und 05). Bei der Vorbereitung der Machbarkeitsprüfung wurde überlegt, welche Fragen sinnvoll gestellt werden könnten. Im Verlauf und nach Ende der Machbarkeitsprüfung hat sich herausgestellt, dass nicht alle Fragen, die gestellt wurden, für die Auswertung sinnbringend sind. Als ein Beispiel sei hier die Frage nach den in den Praxen/MVZ vorhandenen Softwaresystemen genannt. Die Antworten auf diese Frage waren zu heterogen und zu unbestimmt, als dass sich daraus Erkenntnisse über noch zu leistende informationstechnische Vorkehrungen für den niedergelassenen Bereich ziehen ließen. Ein weiteres Beispiel ist die Frage nach den an der Erhebung der Informationen beteiligten Personen. Intention der Frage war, weitere Informationen zum Aufwand der Befragung im Regelbetrieb zu erhalten. Hier zeigten sich zwei Schwierigkeiten: Die Antworten waren auch hier sehr heterogen und zu unbestimmt, um daraus valide Schlussfolgerungen dazu ziehen zu können, welche Berufsgruppen zu welchem Anteil in die Informationserhebung involviert sind. Zudem führte der Kontext der Machbarkeitsprüfung dazu, dass sich zum Teil Mitarbeiter aus Berufsgruppen um die Beantwortung der Fragen kümmerten, die dafür nach eigener Aussage im Regelbetrieb nicht zuständig wären. Gleichzeitig entstand der Eindruck, dass die Teilnehmer teilweise noch keine Aussagen dazu treffen können, wer im Regelbetrieb für die jeweiligen Befragungen zuständig sein würde, weil es die für einen Regelbetrieb erforderlichen Prozesse noch nicht gibt.

Andere Fragen erwiesen sich hingegen als nützlich und ihre Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten beschrieben. So wurden unter anderem die Verfügbarkeit der lebenslangen Versichertennummer, der Dokumentationsaufwand und die Akzeptanz des Verfahrens abgefragt. Insgesamt dient die Auswertung dieser Fragen der Klärung, ob Implementierungsbarrieren, die sich aus Aufwand, Akzeptanz und Datenverfügbarkeit ergeben, in der Machbarkeitsprüfung ersichtlich wurden.

8.1 Dokumentationsaufwand

Die Frage nach dem Dokumentationsaufwand ist, neben der nach der Akzeptanz eines Verfahrens, für die Etablierung eines neuen QS-Verfahrens besonders relevant. Aus diesem Grund hat das AQUA-Institut die Teilnehmer gebeten, den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation abzuschätzen und diesen in einem zweiten Schritt qualitativ zu bewerten. Diese Fragen wurden separat für die fallbezogene und für die einrichtungsbezogenen Befragungen gestellt.

8.1.1 Aufwand für die fallbezogene Dokumentation

Die Frage wurde zweiteilig gestellt: Zum einen wurde nach dem eventuell vorhandenen zusätzlichen Aufwand für die Primärdokumentation gefragt (hier ging es um Angaben, die aufgrund des Verfahrens zusätzlich z.B. in der Patientenakte dokumentiert werden müssen). Zum anderen wurde nach dem Aufwand für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens gefragt.

Die folgende Matrix zeigt die vorkommenden Antwortkombinationen aus Primär- und QS-Dokumentation und setzt sie ins Verhältnis zur Bewertung des Aufwands durch die Teilnehmer (n=23)⁹⁸:

⁹⁸ Ein Teilnehmer machte keinerlei Angaben und wurde daher bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Tabelle 119: Fallbezogene Dokumentation – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands

Primär-/QS-Dokumentation ⁹⁹ (Minuten)	Bewertung des Aufwands				Summe	Prozent
	sehr hoch	hoch	mittel	gering		
1-5/1-5	0	0	5	2	7	30,43 %
1-5/6-10	1	0	0	0	1	4,35 %
6-10/1-5	1	1	5	0	7	30,43 %
6-10/6-10	0	3	2	0	5	21,74 %
11-20/6-10	0	0	1	0	1	4,35 %
1-5/k.A.	0	1	0	0	1	4,35 %
>20/k.A.	1	0	0	0	1	4,35 %
Summe	3	5	13	2	23	
Prozent	13,04 %	21,74 %	56,52 %	8,7 %		

Von Interesse an dieser Auswertung sind weniger die angegebenen Minutenzahlen, als vielmehr die (subjektive) Bewertung des Aufwands. Es zeigt sich, dass 65,22 % der teilnehmenden Fachabteilungen den Aufwand als „mittel“ oder „gering“ einstufen. Aus Sicht des AQUA-Instituts ist hier zu berücksichtigen, dass Teilnehmer – so die Rückmeldung in Gesprächen – die ungewohnte Aufgabe im Rahmen der MP mit in ihre Bewertung einfließen ließen. In einem Regelbetrieb ist davon auszugehen, dass Prozesse angepasst werden und Informationen leichter verfügbar sind. Zudem ist auch ein individueller Lernprozess der Beteiligten zu erwarten, sodass im Regelbetrieb mit einer weiteren Reduzierung des zu rechnen ist.

8.1.2 Aufwand für die einrichtungsbezogene Dokumentation

Die Teilnehmer wurden danach gefragt, wie lange sie für die Beschaffung der notwendigen Informationen benötigten und wie lange das eigentliche Ausfüllen des Fragebogens in Anspruch nahm. Es wurden insgesamt 43 Fragebögen für die Auswertung berücksichtigt: Sie kamen aus 20 Praxen/MVZ und 23 Krankenhäusern. Von jedem Krankenhaus wurde nur eine Befragung berücksichtigt, da die Zusatzfragen zur Einrichtungsbefragung den Krankenhäusern nur einmal gestellt wurden, obwohl sie an beiden Befragungen teilnahmen. Ein Krankenhaus nahm mit zwei Fachrichtungen teil, aber auch hier wurden die Zusatzfragen nur einmal gestellt. Zudem wurden die Antworten der beiden Krankenhäuser, die mit je zwei Standorten an der MP teilnahmen, nur einmal berücksichtigt, weil die Angaben von einer zentralen Organisationseinheit und nicht von den einzelnen Standorten gemacht wurden. Ein Fragebogen wurde aus der Berechnung ausgeklammert, weil der Teilnehmer keinerlei Angaben zu diesen Fragen machte. Ein anderer Teilnehmer hingegen wurde berücksichtigt, obwohl er zu den Zeitaufwänden keine Angaben machte, aber eine Bewertung zum Aufwand abgab.

Der angegebenen Zeitaufwand im Einzelnen (n=42):

Tabelle 120: Zeitaufwand für die Einrichtungsbefragung

Dauer	Informationsbeschaffung	Prozent	Ausfüllen der Befragung	Prozent
≤ 0,5 Tage	16	38,1 %	29	69,05 %
≤ 1 Tag	10	23,81 %	9	21,43 %
≤ 2 Tage	5	11,9 %	2	4,76 %
≤ 5 Tage	3	7,14 %	1	2,38 %
> 5 Tage	7	16,67 %	0	0 %
k.A.	1	2,38 %	1	2,38 %
Summe	42	100 %	42	100 %

⁹⁹ Nicht aufgeführte, aber mögliche Kombinationen kamen nicht vor.

Auch hier ist die interessanteste Frage die nach der Beurteilung des Zeitaufwands (n=42):

Tabelle 121: Bewertung des Zeitaufwands für die Einrichtungsbefragung

Der Zeitaufwand war ...	Anzahl	Prozent
sehr hoch	4	9,52 %
hoch	11	26,19 %
mittel	25	59,52 %
gering	2	4,76 %
Summe	42	99,99 %

Es zeigt sich, dass 64,28 % den Aufwand als „gering“ oder „mittel“ bezeichneten. Hier spielt noch stärker die besondere Situation der Machbarkeitsprüfung eine Rolle: Die Teilnehmer waren meist nicht in der Lage, eine valide Einschätzung darüber abzugeben, wie sich der Zeitaufwand im Regelbetrieb darstellen würde. Allerdings war es häufig der Fall, dass zunächst einmal eruiert werden musste, wer die notwendigen Informationen liefern kann. Zudem standen sie häufig nicht in der gewünschten Form zur Verfügung, sodass sie nicht unmittelbar verwendet werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist noch stärker als bei der fallbezogenen Dokumentation davon auszugehen, dass ein erheblich geringerer Zeitaufwand für einen eventuellen Regelbetrieb anzusetzen ist, sobald die erforderlichen Strukturen aufgebaut sind und die Informationen routinemäßig zur Verfügung gestellt werden können. Bei der Aufwandsbetrachtung sollte also bedacht werden, dass die prospektive Erhebung weniger Aufwand auslösen wird als die jetzige, retrospektive Erhebung. Damit aber die vorbereitenden Erhebungsprozesse in den Einrichtungen rechtzeitig angepasst werden können, müssen die Fragenkataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erhebungsjahres kommuniziert werden. Gleiches gilt für die Information der Sterilgut-Dienstleister und der Händedesinfektionsmittelhersteller/-händler, da sie eine ganze Reihe von Informationen an ihre Kunden (die Leistungserbringer) aufbereitet weiterleiten sollten.

8.2 Bewertung der Relevanz des Verfahrens

Die Frage nach der Relevanz des Verfahrens wurde sowohl in den Zusatzfragen zur fallbezogenen Dokumentation als auch in denen zur einrichtungbezogenen Dokumentation gestellt. Dem lag der Gedanke zugrunde, dass die jeweiligen Hauptakteure (Ärzte der Fachabteilungen einerseits, im weitesten Sinne Hygieneverantwortliche andererseits) in dieser Frage zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen könnten. Dementsprechend erfolgte auch die Auswertung getrennt.

8.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation

Die folgende Tabelle zeigt zunächst die Einschätzung zur Relevanz der Beteiligten an der fallbezogenen QS-Dokumentation.

Tabelle 122: Relevanz – Beteiligte an der fallbezogenen QS-Dokumentation

Relevanz	Anzahl	Prozent
sehr hoch	2	8,33 %
hoch	15	62,5 %
gering	4	16,67 %
sehr gering	2	8,33 %
keine Angabe	1	4,17 %
Summe	24	100 %

Es zeigt sich, dass dem Verfahren überwiegend eine sehr hohe bis hohe Relevanz (70,83 %) zugesprochen wird.

8.2.2 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Die folgende Tabelle zeigt die Einschätzung zur Relevanz der Beteiligten an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. Auch hier wurde pro teilnehmendem Krankenhaus nur eine Befragung berücksichtigt und das eine Krankenhaus mit zwei teilnehmenden Fachabteilungen nur einmal gezählt:

Tabelle 123: Relevanz – Beteiligte an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Relevanz	Anzahl	Prozent
sehr hoch	8	18,6 %
hoch	25	58,14 %
gering	7	16,28 %
sehr gering	0	0 %
keine Angabe	3	6,98 %
Summe	43	100 %

Es zeigt sich, dass dem Verfahren überwiegend eine sehr hohe bis hohe Relevanz (76,74 %) zugesprochen wird.

8.3 Bewertung der Praktikabilität des Verfahrens

Die Frage nach der Praktikabilität des Verfahrens wurde sowohl in den Zusatzfragen zur fallbezogenen Dokumentation als auch in denen zur einrichtungsbezogenen Dokumentation gestellt. Dem lag der Gedanke zugrunde, dass die jeweiligen Hauptakteure (Ärzte der Fachabteilungen einerseits, im weitesten Sinne Hygieneverantwortliche andererseits) in dieser Frage zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen könnten. Dementsprechend erfolgt auch die Auswertung getrennt.

8.3.1 Fallbezogene QS-Dokumentation

Die folgende Tabelle gibt die Einschätzung der Beteiligten an der fallbezogenen QS-Dokumentation hinsichtlich der Praktikabilität des Verfahrens wieder:

Tabelle 124: Praktikabilität: Beteiligte an der fallbezogenen QS-Dokumentation

Das Verfahren ist praktikabel ...	Anzahl	Prozent
Ja	20	83,33 %
Nein	2	8,33 %
keine Angabe	2	8,33 %
Summe	24	99,99 %

Weit überwiegend wird das Verfahren bereits in der vorgestellten Form als praktikabel bezeichnet. Die vorgenommenen Modifizierungen beruhen auf den Anregungen und der Kritik der Teilnehmer auch in diesem übergeordneten Punkt und werden die Praktikabilität weiter erhöhen.

8.3.2 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Die folgende Tabelle gibt die Einschätzung der Beteiligten an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation hinsichtlich der Praktikabilität des Verfahrens wieder:

Tabelle 125: Praktikabilität – Beteiligte an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Das Verfahren ist praktikabel ...	Anzahl	Prozent
Ja	29	67,44 %
Nein	6	13,95 %
keine Angabe	8	18,6 %
Summe	43	99,99 %

Überwiegend wird das Verfahren bereits in der vorgestellten Form als praktikabel bezeichnet. Die vorgenommenen Modifizierungen beruhen auf den Anregungen und der Kritik der Teilnehmer auch in diesem übergeordneten Punkt und werden die Praktikabilität weiter erhöhen.

8.4 Bewertung der Indexbildung

Die beiden einrichtungsbezogenen Befragungen werden als Indizes für den stationären respektive den ambulanten Bereich zusammengefasst, wobei die Einzelindikatoren gleichwertig in den Index eingehen. Im Rahmen der Einführungspräsentation bei jedem Besuch wurde den Teilnehmern die Indexbildung erklärt. Die folgende Tabelle gibt wieder, ob die Teilnehmer die Indexbildung für sinnvoll hielten:

Tabelle 126: Beurteilung der Indexbildung

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	32	74,42 %
Nein	7	16,28 %
Keine Angabe	4	9,3 %
Summe	43	100 %

Das Ergebnis zeigt, dass die Indexbildung überwiegend als sinnvoll erachtet wurde. Dem Wunsch nach mehr Transparenz hinsichtlich der Einzelergebnisse wird Rechnung getragen, indem sowohl die den jeweiligen Index bildenden QI als auch die einzelnen Fragen mit den entsprechenden Punktergebnissen in den Rückmeldeberichten erkennbar sein werden.

8.5 Verfügbarkeit der lebenslangen Versichertennummer

Im Zusammenhang mit der fallbezogenen Befragung stellte das AQUA-Institut auch die Frage nach der Verfügbarkeit der lebenslangen Versichertennummer. Die Nummer wurde nicht dokumentiert, sondern es wurde lediglich die Frage beantwortet, ob sie für den jeweiligen Patienten vorlag.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Nummer überwiegend vorlag: Für 257 von 287 Patienten war die Versichertennummer verfügbar. Für 7 Patienten wurde keine Angabe gemacht. Bei 24 Patienten war die lebenslange Versichertennummer nicht verfügbar; von diesen 24 Patienten waren 12 aus einem einzigen Krankenhaus, das die Angabe nicht machen konnte, weil sie in der Vorbereitung nicht berücksichtigt worden war. Im Ergebnis zeigt sich, dass die lebenslange Versichertennummer mittlerweile nicht nur ganz überwiegend genutzt wird, sondern vor allem auch für die Dokumentation zur Verfügung steht.

8.6 Zusammenfassung: Erkennen von Implementierungsbarrieren

Die Frage nach Implementierungsbarrieren stellt sich vor allem hinsichtlich der Akzeptanz eines Verfahrens, die wiederum unmittelbar mit dem zu erbringenden (Zeit-)Aufwand verknüpft ist. Zudem stellt sich im Zusammenhang mit der fallbezogenen QS-Dokumentation die Frage, inwieweit die benötigten Informationen überhaupt (automatisiert) zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das AQUA-Institut aus der Aufwandseinschätzung (s. Abschnitt 8.1) durch die Teilnehmer keine Hinweise darauf erkennt, dass den LE ein Aufwand auferlegt würde, der unverhältnismäßig zur Bedeutung des Verfahrens ist. Diese Ansicht wird gestützt zum einen durch die Bedeutung, die die Teilnehmer dem Thema „Postoperative Wundinfektionen“ selbst beimessen. Dazu kommt, dass die Teilnehmer bereits den ihnen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung vorgelegten Entwicklungsstand des Verfahrens überwiegend für praktikabel hielten. Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Modifizierungen sind geeignet, die Praktikabilität (und damit die Akzeptanz) des Verfahrens auf Grundlage der von den Teilnehmern gemachten Vorschläge noch einmal wesentlich zu erhöhen.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit der Daten für die QS-Dokumentation gab es keine Hinweise, dass die für die fallbezogene Dokumentation notwendigen Daten nicht verfügbar wären. Die Angaben für die einrichtungsbezogene Befragung erfordern zweifellos die Anpassung von Strukturen bei vielen LE. Schlussendlich aber – und das ist an den Antworten auf die Frage nach der Erhebbarkeit im Regelbetrieb deutlich zu erkennen – ist das Fazit der MP, dass auch diese Informationen mit vertretbarem Aufwand erhebbar sind.

Aus Sicht des AQUA-Instituts sind somit keine Implementierungsbarrieren erkennbar.

9 Zusammenfassung der Empfehlungen

Das AQUA-Institut hat im Verlauf der Machbarkeitsprüfung für das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ keine Implementierungshindernisse festgestellt, die nicht durch die vorgeschlagenen Modifikationen ausgeräumt werden können. Insbesondere sind keine Qualitätsinformationen ersichtlich, die im Regelbetrieb nicht erhoben werden könnten. Andere Hindernisse des Verfahrens wurden mithilfe der Anregungen der Teilnehmer durch spezifische Modifikationen ausgeräumt. Zudem erscheinen der Aufwand vertretbar und die Akzeptanz für das Verfahren insgesamt gegeben.

Das folgende Kapitel fasst die Empfehlungen der erweiterten Machbarkeitsprüfung zusammen. Dazu werden die im Vergleich zum Entwicklungsbericht vorgeschlagenen Änderungen in aller Kürze aufgeführt, ggf. werden auch die den Empfehlungen zugrunde liegenden Erkenntnisse angeführt.

9.1 Teilnehmerrekrutierung

Insgesamt hat eine ausreichende Anzahl von Leistungserbringern sowohl aus dem niedergelassenen als auch aus dem stationären Bereich teilgenommen und die Fachrichtungen waren weitestgehend dem vorgegebenen Schlüssel entsprechend vertreten. Es hat sich bei der Rekrutierung der Teilnehmer gezeigt, dass grundsätzlich ein hohes Interesse an der Teilnahme bestand, was nicht zuletzt auf das sensible Thema der nosokomialen Infektionen zurückzuführen ist. Dennoch haben sich im Verlauf Schwierigkeiten bei der Rekrutierung ergeben. Deren Ursachen (Personal-, Zeitmangel, Termenschwierigkeiten, intern ungeklärte Kompetenzen etc.) sind vonseiten des G-BA oder des AQUA-Instituts nicht beeinflussbar. In drei Fällen gab es die Rückfrage, ob für die Teilnahme eine Aufwandsentschädigung vorgesehen sei. Keiner der Leistungserbringer hat nach Verneinung der Frage an der Machbarkeitsprüfung teilgenommen. Dieser Faktor war angesichts der übrigen zur Verfügung stehenden Teilnehmer hier nicht von entscheidender Bedeutung. Dennoch ist es aus Sicht des AQUA-Instituts zur Unterstützung der Rekrutierungsbemühungen bei zukünftigen Machbarkeitsprüfungen überlegenswert, zumindest eine (ggf. nicht vollständig kostendeckende) Aufwandspauschale für die Teilnehmer vorzusehen. Auf diese Weise könnte in zukünftigen Verfahren, deren Inhalt zunächst auf weniger Interesse stößt, die Basis für die Auswahlentscheidung verbreitert werden.

9.2 Fallbezogene QS-Dokumentation

In die Fallprüfungen wurden 287 Patienten aus den 6 Fachgebieten Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Herzchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Urologie und Viszeralchirurgie einbezogen. Die Begründungen und die zugrunde liegenden Zahlen bzw. Anmerkungen der Leistungserbringer sind Kapitel 4 zu entnehmen. Die vollständigen Listen der Ein- und Ausschlüsse für Wundinfektionen und Tracer finden sich in den Anhängen G.1 bis H.3.

Datenfeld 13 „Wundinfektion“

Dem Datenfeld werden 2 (automatisch befüllbare) Datenfelder vorangestellt, eines für die, diesen Fall und die Stichprobe „Wundinfektion“ auslösenden, ICD-Kodes und eines für die auslösenden OPS-Kodes, jeweils inkl. Kodetitel (vorbehaltlich der technischen Umsetzbarkeit).

Das Datenfeld wird um ein abhängiges „Datum der Diagnose der Wundinfektion“ (bei vorliegender Wundinfektion) ergänzt. Der Ausfüllhinweis für dieses Datenfeld beschreibt, dass ein Datum aus dem aktuellen stationären Aufenthalt einzutragen ist (Aufnahme- bis Entlassungsdatum).

Die Formulierung „nach CDC“ wird aus dem Titel des Datenfelds gestrichen, der Ausfüllhinweis wird verkürzt, die oben angesprochenen Hinweise werden aufgenommen und unter Umständen durch Fettdruck hervorgehoben.

Da Eingriffe mit Fixateur externe in die Tracer-OP-Liste aufgenommen werden, wird im Ausfüllhinweis entsprechend den CDC-Definitionen ergänzt, dass Mikroabszesse an den Pin-Einstichstellen allein nicht als postoperative Wundinfektion anzusehen sind.

Datenfeld 14 „Wundinfektionstiefe“

Der Ausfüllhinweis wird gekürzt und inhaltlich angepasst. Bei mehreren Infektfokei ist nur die Wundinfektionstiefe der tiefsten Wundinfektion anzugeben.

Datenfeld 15 „Wurde eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt?“

Die Frage wird präzisiert: „Wurde eine postoperative mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?“, der Ausfüllhinweis wird angepasst.

9.2.1 Gefäßchirurgie

Als Ausschlusskodes in der Stichprobe „Tracer-OP“ werden als Haupt- oder Nebendiagnose im Indexaufenthalt aufgenommen: I70.24 (Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän).

9.2.2 Gynäkologie

Als Einschlusskodes in die Stichprobe „Wundinfektionen“ werden aufgenommen: T83.6 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt) sowie der 2013 neu in den ICD eingeführte Kode T85.73 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat).

9.2.3 Herzchirurgie

In die Liste der stationären Tracer-OPs werden andere Revaskularisationen des Herzens (OPS-Kodes 5-363.-) aufgenommen.

9.2.4 Orthopädie/Unfallchirurgie

Als Einschlusskodes in die Stichprobe „stationäre Tracer-OPs“ sollten auch alle OPs der Endoprothetik an der Schulter und der oberen Extremität eingeschlossen werden (OPS-Kodes 5-824.-, 5-825.-) sowie an der unteren Extremität zusätzlich zu den bereits eingeschlossenen Hüft- und Knie-TEP-OPs (OPS-Kodes 5-826, 5-827.-) sowie die anderen gelenkplastischen Eingriffe (OPS-Kodes 5-629.-). Darüber hinaus werden auch die Eingriffe mit Fixateur externe innerhalb der bisher eingeschlossenen OP-Gruppen aufgenommen.

Als Ausschlusskodes in die Stichproben „Wundinfektionen“ und „Tracer-OP“ werden aufgenommen: OPS-Kodes 5-860.- (Replantation obere Extremität), 5-861.- (Replantation untere Extremität), 5-862.- (Amputation und Exartikulation obere Extremität), 5-863.- (Amputation und Exartikulation Hand), 5-864.- (Amputation und Exartikulation untere Extremität), 5-865.- (Amputation und Exartikulation Fuß), 5-866.- (Revision eines Amputationsgebietes).

Als Ausschlusscode bei Polytrauma dienen in den Stichproben „Wundinfektionen“ und „Tracer-OP“ nicht nur die DRGs, sondern auch die Zusatzcodes OPS 5-981 (Versorgung bei Mehrfachverletzung) und 5-982.- (Versorgung bei Polytrauma).

Die Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe/Ringfixateur (OPS-Kodes 5-5-787.9-, 5-5-787.m-) sowie Inzisionen an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernungen (OPS-Kodes 5-850.8-, 5-850.9-) und die Amputation, Exartikulation Hand (OPS-Kodes 5-863.-) werden aus der Stichprobe „ambulante Tracer-OPs“ gestrichen (sie waren nie Teil der stationären Tracer-OPs). Letztere OP-Gruppe wird in die Ausschlussliste beider Stichproben aufgenommen.

9.2.5 Urologie

Als Einschlusscode in die Stichprobe „Wundinfektionen“ wird ICD-Kode T83.8 (Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt) aufgenommen.

Als stationäre Tracer-OPs werden zusätzlich aufgenommen: OPS-Kodes 5.628.- (Implantation, Entfernung und Wechsel einer Hodenprothese), 5.630.- (Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici) und andere Operationen an der Niere: Revisionsoperation (5-559.3-).

9.2.6 Viszeralchirurgie

Als Einschlusscodes in die Stichprobe „Wundinfektionen“ werden aufgenommen: ICD-Kodes K91.81 bis K91.83 (Anastomosensuffizienzen), OPS-Kodes 5-467.53 (Andere Rekonstruktion des Darmes: Revision einer Anastomose: Kolon) sowie 5-894.6 bis 5-894.0g (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss je Kode in verschiedenen Körperregionen) und 5-895.06 bis 5-895.0g (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss je Kode in verschiedenen Körperregionen).

Typische, partielle Magenresektionen (OPS-Kode 5-434.-), Revisionen nach Magenresektion (OPS-Kode 5-447.-), die Anlage einer Bypass-Anastomose am Darm (OPS-Kode 5-459) sowie die Anlage eines doppelläufigen Enterostomas als selbständiger Eingriff (OPS-Kode 5-460.-) und die Revisionseingriffe am Enterostoma (OPS-Kode 5-464.-) werden der Liste der stationären Tracer-OPs hinzugefügt.

Als Ausschlusscodes in der Stichprobe „Tracer-OP“ werden die folgenden ICDs als Hauptdiagnosen im Indexaufenthalt aufgenommen: K40.10, K40.11, K40.40, K40.41, K41.1, K41.2, K43.1, K43.4, K43.70, K43.78, K43.79, K44.1, K45.1, K46.1. (Viszeralhernien mit Gangrän) sowie R02 (Gangrän anderenorts nicht klassifiziert) und K55.0 (Akute Gefäßkrankheiten des Darmes) sowie K56.2 (Volvulus). Als weitere Ausschlusscodes werden in der Stichprobe „Tracer-OP“ im Intervall 4 Wochen vor Indexaufenthalt (OP) bis Ende des Follow-up die GOP 32012 (Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung) und GOP 32019 (Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie) gelistet.

Einzelne noch vorhandene perianale und perineale Operationen (OPS-Kodes 5-485.4, 5-485.5, 5-485.x, 5-485.y) werden aus der Strichprobe Tracer-OP gestrichen.

9.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen angegeben, Details sind Kapitel 5 zu entnehmen.

9.3.1 Indikatorebene

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch im ambulanten Bereich wird nicht mehr für Krankenhäuser erhoben.

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wird nur für Krankenhäuser mit operativen oder interdisziplinären Intensivstationen erhoben.

Das Entlassungsmanagement wird in zwei Indikatoren für den ambulanten und stationären Sektor getrennt.

Mehrere Indikatortitel werden optimiert (Änderungen/Ergänzungen hervorgehoben):

- QI 21: Händedesinfektionsmittelverbrauch **in Praxen und MVZ**
- QI 40_A_a: Validierung der Sterilgutaufbereitung **von OP-Instrumenten und OP-Materialien**
- QI 42_a: Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
- QI 43_a: Entwicklung und Aktualisierung eines **internen Standards** zur Wundversorgung und **Verbandwechsel**
- QI 50_a_a: **Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen**
- QI 50_a_b: **Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen**
- 53_A: Durchführung von Compliance-Überprüfungen **in ambulant operierenden Einrichtungen**

9.3.2 Datenfeldebene

In den QS-Dokumentationsbögen wurden auf Datenfeldebene insbesondere Ausfüllhinweise hinzugefügt bzw. optimiert. Dazu kommen sprachliche Optimierungen sowie klare Definitionen der Bezugswahlen (Fallzahlen), die im Detail den einzelnen Kapiteln zu entnehmen sind.

- Die Anzahl der Fragen wurde von 46 auf 53 (ambulant) bzw. von 47 auf 54 (stationär) erhöht.
- Die Anzahl der bewerteten Fragen hat sich um eine (ambulant) bzw. um zwei (stationär) Fragen erhöht.
- Arbeitsanweisungen/interne Leitlinien/interne Standards müssen ganzjährig vorhanden sein.
- Die Frage nach der Haarentfernung stellt sich nur, wenn indiziert und wenn vom LE durchgeführt.
- Die Fragen zum Sterilgut werden stärker durchstrukturiert unter Berücksichtigung von kritisch A/B/C, manueller Aufbereitung sowie Klebebeuteln zur Verpackung des Sterilguts.
- Im Bereich Sterilgutversorgung erfolgt eine Abwertung nicht validierbarer Verfahren (manuelle Reinigung, Klebebeutel) von 100 % auf 90 %.
- Die Frage nach der Definition der Beladungsmuster für RDG und Sterilisator wird getrennt (2 statt 1 bewerteten Frage).
- Zusätzlich wird eine Frage zur Leistungsbeurteilung/Validierung der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte gestellt.
- Die regelmäßige Aktualisierung bei der präoperativen Antiseptik wird nicht mehr erfragt (bewertete Frage wird gestrichen).
- „Interner Standard“ statt „Arbeitsanweisung“ bei Wundmanagement und Verbandwechsel
- Entlassungsmanagement:
 - Es wird nach einem „Konzept“ in ambulanten Einrichtungen gefragt, aber nicht mehr nach der Zugriffsmöglichkeit (bewertete Frage gestrichen).
 - In stationären Einrichtungen wird ein „Interner Standard“ abgefragt. Dort wird auch nach der Aktualisierung dieses internen Standards gefragt (neue, bewertete Frage).
- Die Frage: „Händigen Sie ein Informationsblatt an MRSA-Patienten aus?“ wird geändert in: „Halten Sie in Ihrer Einrichtung ein Informationsblatt zu MRSA vor?“

9.4 Auswertungskonzept

In Abschnitt 7.1 wird dargestellt, welche Berichte zu erstellen sind. Die Zeitpunkte zu denen dies geschehen soll sind aus Abbildung 6 ersichtlich. Darüber hinaus stehen die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer gem. §18 Qesü-RL im Fokus. Die Berichte sollen verständlich aufbereitet sein und den Leistungserbringern den Vergleich zwischen ihren Ergebnissen und den Gesamtergebnissen des Bundes ermöglichen. Zudem soll sie anhand der Berichte die Entwicklung des aktuellen und der beiden vorhergehenden Berichtsjahre nachvollziehbar sein.

9.4.1 Zeitpunkt der Auswertung

Der früheste Zeitpunkt der Auswertung richtet sich nach der Verfügbarkeit der Daten für die Auswertungsstelle. Die Zähler der Wundinfektionsraten stehen relativ zeitnah zur Verfügung, spätestens am Anfang des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Nenner hingegen setzen sich aus Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammen und können, je nach Art der OP, bis zu einem Jahr vor der Wundinfektion liegen. Entscheidender ist jedoch, dass die Daten von OPs aus dem ambulanten Bereich erst mit einer Verzögerung von bis zu neun Monaten bei den Krankenkassen vorliegen, sodass die Daten erst im 4. Quartal nach Ende des Erfassungsjahres vollständig vorliegen und die Wundinfektionsraten erst im 2. Jahr nach Erfassung der Wundinfektionen berichtet werden können. Das AQUA-Institut empfiehlt dennoch, die kompletten Zeiträume bis zur Auswertung und Berichterstellung abzuwarten und nicht Zähler und Nenner unterschiedlicher Betrachtungszeiträume zu mischen.

9.4.2 Frühzeitige Nutzungsmöglichkeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Das AQUA-Institut empfiehlt bei der Einführung des Verfahrens die Möglichkeit zu schaffen, dass Sozialdaten aus dem Jahr vor dem ersten Erfassungsjahr der Wundinfektionen bereits genutzt werden dürfen. Geschieht dies nicht, kann das erste Erfassungsjahr nicht vollständig ausgewertet werden. Zudem würde sich dadurch auch die Entwicklung und Anwendung des Risikoadjustierungsmodells verzögern.

9.4.3 Zielgruppenspezifische Rückmeldeberichte

Die Rückmeldeberichte sollen möglichst zielgruppenspezifisch aufgebaut sein. Daher empfiehlt das AQUA-Institut, dass für jeden Leistungserbringer nur die für ihn relevanten Ergebnisse zurückgespiegelt werden. Um dies umsetzen zu können, ist es erforderlich, getrennte Berichte für Krankenhäuser und Praxen bereitzustellen. Auf die Art wird erreicht, dass Krankenhäuser nur einen Bericht erhalten, der z.B. die Ergebnisse sowohl ihrer stationären als auch ihrer ambulanten Einrichtungsbefragung enthält. Gleichzeitig würde der niedergelassene Arzt einen Bericht erhalten, in dem nur die Ergebnisse der für ihn relevanten ambulanten Einrichtungsbefragung abgebildet sind.

9.4.4 Standortbezug der Einrichtungsbefragung

Das AQUA-Institut empfiehlt, bei der Auswertung der Einrichtungsbefragungen der Krankenhäuser auf die standortbezogene Auswertung zu verzichten. Die Machbarkeitsprüfung hat gezeigt, dass die für die Befragungsinhalte relevanten Geschäftsbereiche in der Regel zentralisiert sind, es also in diesem Bereich ein einheitliches Prozessmanagement gibt und abgefragte Werte teilweise nicht auf die Standortebene heruntergebrochen werden können. Dies entspricht auch der inhaltlichen Prämisse des Verfahrens, die für den so bedeutsamen Bereich der Einrichtungshygiene das Krankenhaus insgesamt in der Verantwortung sieht, und nicht einzelne Standorte.

9.4.5 Informationen zu Wundinfektionsfällen

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer sollen in 2 Tabellen untergliedert nach Fachgebieten alle Patientenfälle mit Wundinfektion aus den Indikatoren „Wundinfektionen in stationären Einrichtungen“ und „Wundinfektion in ambulanten Einrichtungen“ auflisten. Es sollten angegeben werden: Alter, Geschlecht, OPS der Tracer-OP, OPS-Datum der Tracer-OP, Datum der Diagnose der Wundinfektion, Diagnose der Wundinfektion in Einrichtung der Tracer-OP oder anderer Einrichtung, auslösende Codes in der Stichprobe „Wundinfektion“, Wundinfektionstiefe, mikrobiologische Untersuchung, Wundinfektion mit MRSA. Mithilfe dieser Informationen können die Fälle in den Einrichtungen identifiziert und analysiert werden. Zusätzlich wird es damit den Krankenhäusern unter Hinzunahme der internen OP-Statistiken (Nenner) ermöglicht, Wundinfektionsraten für einzelne OP-Gruppen zu bestimmen.

9.5 Weitere Empfehlungen

Unabhängig von den Empfehlungen zu den Dokumentationsbögen und der Auswertung haben sich weitere Erkenntnisse im Verlauf der Machbarkeitsprüfung ergeben.

9.5.1 Datenvalidierung

Die umfassenden Kriterien zur Datenvalidierung werden auf Grundlage der ersten Daten festgelegt werden müssen. Hinsichtlich des neuen Instruments der Einrichtungsbefragung empfiehlt das AQUA-Institut zum jetzigen Zeitpunkt die Durchführung einer jährlichen Stichprobe von 5 % der Befragungen. Dabei kann die Validierung mittels zugesendeter Kopien der Belege bzw. Dokumente geschehen, sodass Vor-Ort-Prüfungen nicht notwendig erscheinen.

9.5.2 Surveillance-Anforderungen nach IfSG

Vielfach stellen die Krankenhäuser die Frage, ob mit der Teilnahme am verpflichtenden QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ die Surveillance-Anforderungen des IfSG für postoperative Wundinfektionen vollständig abgedeckt seien. Dies sollte vom G-BA durch Rücksprache mit dem Robert Koch-Institut vor Beginn des QS-Verfahrens sichergestellt werden.

Das AQUA-Institut bittet den G-BA daher, zu gegebener Zeit Gespräche mit dem Robert Koch-Institut und dem Bundesministerium für Gesundheit aufzunehmen, um sicherzustellen, dass mit der Teilnahme am verpflichtenden QS-Verfahren nach § 137a SGB V die entsprechenden Surveillance Anforderungen nach dem IfSG abgedeckt sind.

9.5.3 Auslösung der Dokumentationspflicht

Das AQUA-Institut empfiehlt die Auslösung der Dokumentationspflicht innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer sowohl für die fallbezogene als auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Die erforderlichen Bestandteile (fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) können und sollen nach jetzigem Stand sämtlich in die Basisspezifikation integriert werden, sodass sich keine abweichenden technischen Vorgaben und Umsetzungsoptionen für die Beteiligten ergeben.

Alternative Auslösungs- und Erfassungswege sind aus Sicht des AQUA-Instituts denkbar, solange sie konform mit den Datenflüssen der Qesü-RL und der Basisspezifikation sind, was beispielsweise die Aspekte automatische Verarbeitung, Datenprüfung und Fehlerkorrektur betrifft.

9.5.4 Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse

Die retrospektive Erhebung vieler für die Einrichtungsbefragung notwendiger Informationen war erheblich aufwändiger, als es von einer prospektive Erhebung im Regelbetrieb zu erwarten ist. Damit aber die vorbereitenden Erhebungsprozesse in den Einrichtungen rechtzeitig angepasst werden können, sollten die Fragenkataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erhebungsjahres kommuniziert werden. Gleiches gilt für die Information der Sterilgut-Dienstleister und der Händedesinfektionsmittelhersteller/-händler, da sie eine ganze Reihe von Informationen an ihre Kunden (die Leistungserbringer) aufbereitet weiterleiten sollten.

9.6 Offene Fragen

Im Verlauf der Machbarkeitsprüfung sind weitere Fragen aufgetaucht, die nach Meinung des AQUA-Instituts adressiert werden müssen.

9.6.1 Feststellung der Dokumentationspflicht

Die Dokumentationspflicht in diesem Verfahren ist zweigeteilt. Einerseits besteht sie für die Krankenhäuser in der fallbezogenen QS-Dokumentation. Andererseits besteht sie in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wiederum für die Krankenhäuser (ggf. auch Belegärzte), aber auch für eine nicht unerhebliche Anzahl operierender Praxen/MVZ der beteiligten Fachrichtungen. Es ist aus Sicht des AQUA-Instituts notwendig, sich die beiden folgenden Fragen frühzeitig zu stellen:

- Wie kann der G-BA die Dokumentationspflicht insbesondere gegenüber den neuen Beteiligten kommunizieren?
- Wie kann sichergestellt werden, dass der Dokumentationspflicht dann auch tatsächlich nachgekommen wird, welche Daten also als Referenz für die Wundinfektionskodierungen, aber vor allem auch für die Tracer-OP genutzt werden könnten?

9.6.2 Behandlung von Belegärzten und Ermächtigten Ärzten

Angesichts der aktuellen Diskussionen um insbesondere diese beiden Gruppen von Leistungserbringern bzw. Abrechnungsformen ist (rechtzeitig) zu klären, wie im vorliegenden Verfahren mit ihnen und ggf. weiteren Gruppen umgegangen werden soll. Falls im Rahmen des Verfahrens PCI eine grundsätzlich gültige Entscheidung für alle Qesü-Verfahren getroffen wird, ist unbedingt zu überlegen, welche Konsequenzen dies ggf. auf das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ hätte und welche Maßnahmen zu ergreifen wären. Diese relativ neue und sehr spezifische Fragestellung war nicht Bestandteil der Machbarkeitsprüfung.

9.6.3 Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die grundsätzliche Maßgabe geht dahin, Auswertungen auf Standortebene durchzuführen. Grundsätzlich ist bei Verfahren mit Sozialdaten dafür Sorge zu tragen, dass die Information „Standort“ nicht nur in der QS-Doku-

mentation, sondern vor allem auch in den Sozialdaten eindeutig erkennbar ist und an die BAS übermittelt wird, da nur dann diese Auswertungsebene bedient werden kann.

9.6.4 Softwaretechnische Klärungen

Neben den eventuellen Folgen, die nach Beantwortung der Frage in Abschnitt 9.6.2 noch zu klären sind, gibt es eine weitere Frage, die mit Softwareanbietern geklärt werden muss: Dem Datenfeld „Wundinfektion“ sollen 2 Datenfelder vorangestellt werden, eines für die diesen Fall und die Stichprobe „Wundinfektion“ auslösenden ICD-Kodes und eines für die auslösenden OPS-Kodes. Diese Datenfelder sollten automatisch von der Software befüllt werden und den Kode und den Kodetitel umfassen. Da die technische Umsetzung solcher Felder (Schnittstellen) noch mit den Softwareunternehmen geklärt werden muss, werden diese Felder zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht in die angehängten Dokumente dieses Berichts übernommen.