

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018 gemäß den themenspezifischen Bestimmungen zu Verfahren 1 (QS PCI) und Verfahren 2 (QS WI) § 8 Absatz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Vom 19. September 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. September 2019 auf Grundlage von Teil 2 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) § 8 Absatz 2 und Teil 2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) § 8 Absatz 2 der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V über Maßnahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung - DeQS-RL) die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018 zu Verfahren 1 (**Anlage 1**) und Verfahren 2 (**Anlage 2**) beschlossen.

Die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018 sind von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.igtig.org zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der
Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
nach Qesü-RL

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Ko- ronarangiographie

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Stand: 15.06.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach Qesü-RL. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15.06.2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie | 4 |
| 56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund | 6 |
| 56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI..... | 7 |
| Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt..... | 8 |
| 56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt | 9 |
| 56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt..... | 11 |
| Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt | 12 |
| 56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² | 13 |
| 56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ² | 14 |
| 56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ² | 15 |
| 56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt..... | 16 |
| Gruppe: Kontrastmittelmenge | 17 |
| 56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml | 18 |
| 56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml | 19 |
| 56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml | 20 |
| Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI | 21 |
| 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt | 22 |
| 56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI..... | 23 |
| Anhang I: Vorberechnungen | 24 |
| Anhang II: Funktionen | 25 |

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56000 |
| Bezeichnung | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle elektiven Koronarangiographien (isolierte Koronarangiographien) mit führender Indikation: „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ und Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:KORO |
| Zähler (Formel) | ISCHAEMIEZEI %in% c(1,2) |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 1 & INDIKKORO %in% c(1,2,7) & !(KORONARSYNDR %==% 1) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |

| |
|--|
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen |
|--|

| |
|----------------------------|
| Eingeschränkt vergleichbar |
|----------------------------|

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 56001 |
| Bezeichnung | Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK) Nenner Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:KORO |
| Zähler (Formel) | DIAGNOSE %==% 0 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 1 & INDIKKORO %==% 1 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56002 |
| Bezeichnung | Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Eingriffe mit gemessener Nierenfunktion Nenner Alle elektiven oder dringlichen isolierten Koronarangiographien oder PCI |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | NIERENFUNKMESS %==% 1 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %in% c(1,2) & DRINGLICHPROZ %in% c(1,2) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 56003 |
| Bezeichnung | "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit gültigen Angaben zum "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkt sowie mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PCI |
| Zähler (Formel) | <code>fn_DoorToBalloon %<=% 60</code> |
| Nenner (Formel) | <code>fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9) & DOORBALLOONBEK %==% 1</code> |
| Verwendete Funktionen | <code>fn_DoorToBalloon</code> <code>fn_IstErstePCI</code> <code>fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt</code> <code>fn_IstMinOPDATUM_PCI</code> <code>fn_MinLFDNR_PCI</code> <code>fn_OPDATUM_PCI</code> <code>fn_PlausiBalloonDatum</code> <code>fn_PlausiDoorDatum</code> |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |

| | |
|--|----------------------------|
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56004 |
| Bezeichnung | "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PCI |
| Zähler (Formel) | DOORBALLOONBEK %==% 0 |
| Nenner (Formel) | fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9) |
| Verwendete Funktionen | fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt

56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 56005 |
| Bezeichnung | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ² Nenner Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ² |
| Erläuterung der Rechenregel | Der Schwellenwert 2.800 cGy x cm ² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Koronarangiographien. |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | FLDOSISPRODUKT %>% 2800 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 1 & FLDOSISPRODUKT %>% 0 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 56006 |
| Bezeichnung | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ² |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ² Nenner Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ² |
| Erläuterung der Rechenregel | Der Schwellenwert 4.800 cGy x cm ² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für isolierte PCI. |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | FLDOSISPRODUKT %>% 4800 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 2 & FLDOSISPRODUKT %>% 0 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56007 |
| Bezeichnung | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ² |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ² Nenner Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm ² |
| Erläuterung der Rechenregel | Der Schwellenwert 5.500 cGy x cm ² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | FLDOSISPRODUKT %>% 5500 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %=% 3 & FLDOSISPRODUKT %>% 0 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56008 |
| Bezeichnung | Dosis-Flächen-Produkt unbekannt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (90. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Prozeduren mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt Nenner Alle Prozeduren |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | FLDOSISPRODUKTBEKANNT %==% 0 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Gruppe: Kontrastmittelmenge

56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56009 |
| Bezeichnung | Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml Nenner Alle isolierten Koronarangiographien |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | KMMENGE %>% 150 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 1 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56010 |
| Bezeichnung | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml Nenner Alle isolierten PCI |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | KMMENGE %>% 200 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 2 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 56011 |
| Bezeichnung | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml Nenner Alle Einzeitig-PCI |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Zähler (Formel) | KMMENGE %>% 250 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %==% 3 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56014 |
| Bezeichnung | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | Zähler Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI Nenner Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PCI |
| Zähler (Formel) | INTERVENTSTEMI %==% 3 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & INDIKPTCA %in% c(4,5) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 56016 |
| Bezeichnung | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x % (5. Perzentil) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Keine weitere Risikoadjustierung |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels: - Indikation ST-Hebungsinfarkt und Nicht-ST-Hebungsinfarkt: TIMI-III-Fluss - alle anderen Indikationen: nach Einschätzung des Untersuchers (im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PCI |
| Zähler (Formel) | (INDIKPTCA %in% c(3,4,5) & INTERVENTSTEMI %==% 3) (INDIKPTCA %in% c(1,2,6,7,9) & INTERVENTIONSZIEL %==% 1) |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %in% c(2,3) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

Anhang I: Vorberechnungen

| Vorberechnung | Dimension | Beschreibung | Wert |
|-----------------|-----------|--|------|
| Auswertungsjahr | Gesamt | Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr. | 2018 |

Anhang II: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|---------------------------------|---------|---|--|
| fn_DoorToBalloon | integer | PCI - Door-to-Balloon-Zeit in Minuten | <pre>BALLOONDATZEIT <- as.POSIXct(paste(BALLOONDATUM, format(BALLOONZEIT, "%H:%M:%S")), format= "%Y-%m-%d %H:%M:%S", tz = "Europe/Berlin") DOORDATZEIT <- as.POSIXct(paste(DOORDATUM, format(DOORZEIT, "%H:%M:%S")), format= "%Y-%m-%d %H:%M:%S", tz = "Europe/Berlin") ifelse (!is.na(BALLOONDATZEIT) & !is.na(DOORDATZEIT), as.numeric(difftime(BALLOONDATZEIT, DOORDATZEIT, units = "mins")), NA_real_)</pre> |
| fn_IstErstePCI | boolean | Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens handelt, die als erstes durchgeführt wurde. | <pre>ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI, FALSE)</pre> |
| fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt | boolean | Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt | <pre>fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %in% c(4,5) & STEMIHD %==% 1</pre> |
| fn_IstMinOPDATUM_PCI | boolean | Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens mit dem ältesten Datum handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen. | <pre>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)</pre> |
| fn_MinLFDNR_PCI | integer | Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens. | <pre>replace_na ((minimum(LFDNRPCI) %group_by% TDS_B), -1)</pre> |
| fn_OPDATUM_PCI | date | Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt. | <pre>as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))</pre> |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|-----------------------|---------|--|---|
| fn_PlausiBalloonDatum | boolean | Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1 | substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_) |
| fn_PlausiDoorDatum | boolean | Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1 | substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_) |



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement in der
ambulanten Versorgung
Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement in der
stationären Versorgung

Stand: 14.06.2019



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der
Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
nach Qesü-RL

Vermeidung nosokomialer Infektionen - Postoperative Wundinfektionen (einrich- tungsbezogen ambulant)

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Stand: 14.06.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach Qesü-RL. Vermeidung nosokomialer Infektionen - Postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant). Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

19.06.2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung..... | 4 |
| 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung | 5 |
| 1001: Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ..... | 15 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) | 18 |
| Anhang II: Listen | 19 |
| Anhang III: Vorberechnungen | 20 |
| Anhang IV: Funktionen | 21 |
| Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren | 26 |

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen eines chirurgischen Eingriffs. Sie stellen heute eine der häufigsten nosokomialen Infektionsarten dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz.

Ziel des sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachabteilungsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können. Zu diesem Zweck werden zum einen Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zum anderen Daten, die das Hygiene- und Infektionsmanagement der Einrichtungen widerspiegeln erfasst.

Das Qualitätssicherungsverfahren beruht auf Indikatoren, welche die Qualität der Vermeidung von nosokomialen postoperativen Infektionen abbilden und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachbereichen entwickelt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei ambulanten und stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Rechenregeln für die Indikatoren, die die stationäre und ambulante Versorgung abbilden, in separaten Dokumenten dargestellt. Weiterhin werden pro Sektor auch die Rechenregeln für die Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement sowie für die Indikatoren für nosokomiale postoperative Wundinfektionen in getrennten Dokumenten aufgeführt.

1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|--------------------|-------------------|
| 12:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe? | M | 0 = nein 1 = ja | LLPROPH |
| 13:B | Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHINDIK |
| 14:B | Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHVERW |
| 15:B | Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHDAUER |
| 16:B | Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHZUGRIFF |
| 17:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | LLPROPHAKTDATUM |
| 18:B | Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHAUTOR |
| 19:B | Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHCHECKLISTE |
| 20:B | Werden die Anwendung der Checkliste | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHCHECKPRUEF |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|------------------|
| | und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | | |
| 21:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie? | M | 0 = nein 1 = ja | LLINITH |
| 22:B | Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | LLINITHZUGRIFF |
| 23:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | LLINITHAKTDATUM |
| 24:B | Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)? | K | 0 = nein 1 = ja | LLINITHAUTOR |
| 25:B | Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist? | M | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFERNUNGJN |
| 26:B | Nutzen Sie dazu einen Klingenrasierer? | K | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFRASIER |
| 27:B | Nutzen Sie dazu eine Schere? | K | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFSCHERE |
| 28:B | Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)? | K | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFCLIPPER |
| 29:B | Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme? | K | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFCREME |
| 31:B | Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen ein- | K | 0 = nein 1 = ja | PRODUKTRISIKO |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--|---------------------|
| | gesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt? | | | |
| 33:B | Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTKLASSEB |
| 34:B | Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTKLASSE C |
| 38:B | Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOP |
| 39:B | Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPZUGRIFF |
| 40:B | Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts? | K | 1 = ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad 2 = mit einem automatisierten Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) | STERILGUTREINIGUNG |
| 41:B | Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPRDGMUSTER |
| 42:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | RDGWARTUNGSDATUM |
| 43:B | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | RDGURTEILDATUM |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|---------------------|
| 44:B | Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTPACKSIEGEL |
| 45:B | Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt? | M | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTPACKCONT |
| 46:B | Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTPACKKLEB |
| 47:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | SNGWARTUNGSDATUM |
| 48:B | Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPSTEMUSTER |
| 49:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | STEWARTUNGSDATUM |
| 50:B | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | STEURTEILDATUM |
| 51:B | Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTSCHULUNG |
| 52:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister? | K | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTMGT |
| 53:B | Galt im gesamten Jahr 2018 in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? | M | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOP |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|--------------------|----------------------|
| 54:B | Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHREGION |
| 55:B | Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHEINWIRK |
| 56:B | Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHOPFELD |
| 57:B | Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPZUGRIFF |
| 58:B | Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPAUTOR |
| 59:B | Galt im gesamten Jahr 2018 in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? | M | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOP |
| 60:B | Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHHAENDE |
| 61:B | Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHVERBAND |
| 62:B | Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHWUNDBEH |
| 63:B | Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHWUNDAUFL |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|--------|---|-----|--------------------|------------------|
| 64:B | Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHMELD |
| 65:B | Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPZUGRIFF |
| 66:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | WUNDVSOPAKTDATUM |
| 67:B | Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPAUTOR |
| 68.1:B | Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Jahr 2018 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? | K | in % | SCHULUNGANTIB |
| 68.2:B | Daten wurden nicht erhoben | K | 1 = ja | SCHULUNGANTIBNE |
| 76:B | Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert? | M | 0 = nein 1 = ja | MRSAIBLATT |
| 77:B | Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation | M | 0 = nein 1 = ja | ENTLKNZEPT |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|----------------------|
| | auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement? | | | |
| 78:B | Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTRUECKFRAG |
| 79:B | Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTVERHALT |
| 80:B | Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTWEITERBEH |
| 82:B | Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTAUTOR |

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 1000 |
| Bezeichnung | Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Mittelwert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Kliniken) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Mittelwert der Ergebnisse der 9 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei ambulanter Versorgung</p> <p>Nenner</p> <p>Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Der Index fasst die Ergebnisse der Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements der ambulanten Einrichtungen zusammen. Das Ergebnis wird als Punktwert ausgedrückt. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Die 9 Kennzahlen des Indexes werden gleich gewichtet, so dass in jeder Kennzahl maximal $100/9 \approx 11,111$ Punkte erreicht werden können.</p> <p>Die Kennzahlen sind durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items. Um in einer der Kennzahlen die vollen 11,111 Punkte zu erreichen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen der Kennzahl positiv beantwortet werden. Jede einzelne bewertete Frage einer Kennzahl hat den gleichen Anteil am Ergebnis der einzelnen Kennzahl. Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls gleich gewichtet.</p> |
| Teildatensatzbezug | NWIEA:B |
| Zähler (Formel) | $\frac{(fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprophylaxe + fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie + fn_Kennzahl_Haarentfernung + fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung + fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik + fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel + fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika + fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA + fn_Kennzahl_Standard_Ueberleitungsmanagement)}{9}$ <p>WENN TRUE</p> |
| Nenner (Formel) | <p>1 WENN TRUE</p> |

| | |
|--|---|
| Verwendete Funktionen | fn_Aktual_Leitlinien_ATherapie_Jahr_In_EJ fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ fn_EJ fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik fn_Kennzahl_Haarentfernung fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprohylaxe fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA fn_Kennzahl_Standard_Ueberleitungsmanagement fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung fn_Leistungsbeurteilung_RDG_In_EJ fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ fn_Wartung_RDG_In_EJ fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |

1001: Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ

| | |
|----------------------|---|
| Qualitätsziel | Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln in ambulanten operativen Praxen und MVZ soll angemessen hoch sein. |
|----------------------|---|

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|---------------------|----------------|
| 10:B | Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor? | K | in Behandlungsfälle | FAELLEGKVAPMVZ |
| 11:B | Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2018 in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)? | K | in Liter | DESINFEKTION |

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 1001 |
| Bezeichnung | Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ |
| Indikatortyp | - |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Median |
| Referenzbereich 2018 | - |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | Aufgrund diverser Probleme der Vergleichbarkeit der Leistungserbringer kann kein Referenzbereich festgelegt werden. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Quotient aus Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel (in Millilitern) und GKV-Fällen aus den letzten vier abgerechneten Quartalen</p> <p>Nenner</p> <p>Leistungserbringer mit mindestens einem GKV-Fall in den letzten vier abgerechneten Quartalen, die ihren Händedesinfektionsmittelverbrauch dokumentiert haben</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | NWIEA:B |
| Zähler (Formel) | DESINFEKTION * 1000 / FAELLEGGKVAPMVZ WENN TRUE |
| Nenner (Formel) | FAELLEGGKVAPMVZ %>% 0 & !is.na(DESINFEKTION) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

| Vorberechnung | Dimension | Beschreibung | Wert |
|----------------|-----------|--------------|------|
| Erfassungsjahr | Gesamt | - | 2018 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|--|---|
| fn_Aktual_Leitlinien_ATherapie_Jahr_In_EJ | integer | Die letzte Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in stationären oder ambulanten Einrichtungen erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(LLNITHAKTDATUM), 1, 0) |
| fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ | integer | Die letzte Aktualisierung einer internen Leitlinie zu perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären oder ambulanten Einrichtungen erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(LLPROPHAKTDATUM), 1, 0) |
| fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ | integer | Die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(WUNDVSOPAKTDATUM), 1, 0) |
| fn_EJ | integer | Erfassungsjahr | VB\$Erfassungsjahr |
| fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes (Ergebnis in Prozent) | ifelse(ANTISEPSOP %==% 1, ((ANTISEPSOP + (ANTISEPSOPINHREGION + ANTISEPSOPINHEINWIRK + ANTISEPSOPINHOPFELD) / 3 + ANTISEPSOPZUGRIFF + ANTISEPSOPAUTOR) / 4) * 100, 0) |
| fn_Kennzahl_Haarentfernung | integer | Kennzahl zur Indexberechnung: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff (Ergebnis in Prozent) | ifelse(HAARENTFERNUNGJN %==% 0, 100, ifelse(HAARENTFRASIER %==% 0, pmax(HAARENTFSCHERE, HAARENTFCLIPPER, HAARENTFCREME, na.rm = TRUE) * 100, 0)) |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|---|---------|--|---|
| fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie (Ergebnis in Prozent) | ifelse(SCHULUNGANTIBNE %==% 1, 0, SCHULUNGANTIB) |
| fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie (Ergebnis in Prozent) | ifelse(LLINITH %==% 1, ((LLINITH + LLINITHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_ATherapie_Jahr_In_EJ + LLINITHAUTOR) / 4) * 100, 0) |
| fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaphylaxe | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe (Ergebnis in Prozent) | ifelse(LLPROPH %==% 1, ((LLPROPH + (LLPROPHINHINDIK + LLPROPHINHVERW + LLPROPHINHDAUER) / 3 + LLPROPHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ + LLPROPHAUTOR + LLPROPHCHECKLISTE + ifelse(LLPROPHCHECKLISTE %==% 1, LLPROPHCHECKPRUEF, 0)) / 7) * 100, 0) |
| fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA | integer | Kennzahl zur Indexberechnung: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion (Ergebnis in Prozent) | ifelse(MRSAIBLATT %==% 1, 100, 0) |
| fn_Kennzahl_Standard_Ueberleitungsmanagement | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement (Ergebnis in Prozent) | ifelse(ENTLKONZEPT %==% 1, ((ENTLKONZEPT + (ENTLKONZEPTTRUECKFRAG + ENTLKONZEPTVERHALT + ENTLKONZEPTWEITERBEH) / 3 + ENTLKONZEPTAUTOR) / 3) * 100, 0) |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|--|---|
| fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel (Ergebnis in Prozent) | <pre> ifelse(WUNDVSOP %==% 1, ((WUNDVSOP + (WUNDVSOPINHHAENDE + WUNDVSOPINHVERBAND + WUNDVSOPINHWUNDBEH + WUNDVSOPINHWUNDAUFL + WUNDVSOPINHMELD) / 5 + WUNDVSOPZUGRIFF + fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ + WUNDVSOPAUTOR) / 5) * 100, 0) </pre> |
| fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien (Ergebnis in Prozent) | <pre> ifelse(is.na(PRODUKTRISIKO), 100, ((PRODUKTRISIKO + ifelse(HYGIENESOP %==% 1, HYGIENESOP + HYGIENESOPZUGRIFF + ifelse(STERILGUTREINIGUNG %==% 2, HYGIENESOPRDMUSTER, 0) + HYGIENESOPSTEMUSTER, 0) + ifelse(STERILGUTREINIGUNG %==% 1 & PRODUKTRISIKO %==% 1, ifelse(STERILGUTKLASSEB %==% 0 & STERILGUTKLASSEK %==% 0, 1.8, 0), ifelse(STERILGUTREINIGUNG %==% 2, fn_Wartung_RDG_In_EJ + fnLeistungsbeurteilung_RDG_In_EJ, 0)) + ifelse(STERILGUTPACKSIEGEL %==% 1 & fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ, 1, ifelse(STERILGUTPACKSIEGEL %==% 0 & (STERILGUTPACKCONT %==% 1 STERILGUTPACKKLEB %==% 1), 1, 0) </pre> |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|---|---|
| | | | <pre>) * ifelse(STERILGUTPACKKLEB %==% 0, 1, 0.9) + fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ + fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ + STERILGUTSCHULUNG + STERILGUTMGT) / (12 - ifelse(STERILGUTREINIGUNG %!=% 2, 1, 0) - ifelse(STERILGUTPACKSIEGEL %==% 0 & STERILGUTPACKKLEB %==% 0 & STERILGUTPACKCONT %==% 0, 1, 0))) * 100)) </pre> |
| fn_Leistungsbeurteilung_RDG_In_EJ | integer | 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 Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGURTEILDATUM), 1, 0) |
| fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ | integer | Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEURTEILDATUM), 1, 0) |
| fn_Wartung_RDG_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGWARTUNGSDATUM), 1, 0) |
| fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(SNGWARTUNGSDATUM), 1, 0) |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|-------------------------------|---------|---|---|
| fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | <code>ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEWARTUNGSDATUM), 1, 0)</code> |

Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2018: keine

2017 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2018: keine

2017 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der
Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
nach Qesü-RL

Vermeidung nosokomialer Infektionen - Postoperative Wundinfektionen (einrich- tungsbezogen stationär)

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Stand: 14.06.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach Qesü-RL. Vermeidung nosokomialer Infektionen - Postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär). Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

19.06.2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einleitung..... | 4 |
| 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung | 5 |
| Gruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch..... | 15 |
| 2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen..... | 16 |
| 2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen..... | 18 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) | 20 |
| Anhang II: Listen | 21 |
| Anhang III: Vorberechnungen | 22 |
| Anhang IV: Funktionen | 23 |
| Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren | 27 |

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen eines chirurgischen Eingriffs. Sie stellen heute eine der häufigsten nosokomialen Infektionsarten dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz.

Ziel des sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachabteilungsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können. Zu diesem Zweck werden zum einen Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zum anderen Daten, die das Hygiene- und Infektionsmanagement der Einrichtungen widerspiegeln erfasst.

Das Qualitätssicherungsverfahren beruht auf Indikatoren, welche die Qualität der Vermeidung von nosokomialen postoperativen Infektionen abbilden und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachbereichen entwickelt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei ambulanten und stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Rechenregeln für die Indikatoren, die die stationäre und ambulante Versorgung abbilden, in separaten Dokumenten dargestellt. Weiterhin werden pro Sektor auch die Rechenregeln für die Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement sowie für die Indikatoren für nosokomiale postoperative Wundinfektionen in getrennten Dokumenten aufgeführt.

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|--------------------|-------------------|
| 13:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe? | M | 0 = nein 1 = ja | LLPROPH |
| 14:B | Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHINDIK |
| 15:B | Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHVERW |
| 16:B | Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHINHDAUER |
| 17:B | Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHZUGRIFF |
| 18:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | LLPROPHAKTDATUM |
| 19:B | Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHAUTOR |
| 20:B | Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft? | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHCHECKLISTE |
| 21:B | Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen | K | 0 = nein 1 = ja | LLPROPHCHECKPRUEF |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|-----------------|
| | Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | | |
| 22:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie? | M | 0 = nein 1 = ja | LLINITH |
| 23:B | Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | LLINITHZUGRIFF |
| 24:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | LLINITHAKTDATUM |
| 25:B | Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? | K | 0 = nein 1 = ja | LLINITHAUTOR |
| 26:B | Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist? | M | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFRASIER |
| 27:B | Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist? | M | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFSCHERE |
| 28:B | Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider(Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist? | M | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFCLIPPER |
| 29:B | Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine | M | 0 = nein 1 = ja | HAARENTFCREME |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|---------------------|
| | Haarentfernung indiziert ist? | | | |
| 30:B | Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt? | M | 0 = nein 1 = ja | PRODUKTRISIKO |
| 37:B | Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt? | M | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOP |
| 38:B | Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPZUGRIFF |
| 39:B | Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPRDGMUSTER |
| 40:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2018? | M | - | RDGWARTUNGSDATUM |
| 41:B | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2018? | M | - | RDGURTEILDATUM |
| 42:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2018? | M | - | SNGWARTUNGSDATUM |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|----------------------|
| 43:B | Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | K | 0 = nein 1 = ja | HYGIENESOPSTEMUSTER |
| 44:B | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2018? | M | - | STEWARTUNGSDATUM |
| 45:B | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2018? | M | - | STEURTEILDATUM |
| 46:B | Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | M | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTSCHULUNG |
| 47:B | Gab es im gesamten Jahr 2018 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister? | M | 0 = nein 1 = ja | STERILGUTMGT |
| 48:B | Galt im gesamten Jahr 2018 in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? | M | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOP |
| 49:B | Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHREGION |
| 50:B | Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHEINWIRK |
| 51:B | Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPINHOPFELD |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|--------------------|---------------------|
| 52:B | Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPZUGRIFF |
| 53:B | Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission? | K | 0 = nein 1 = ja | ANTISEPSOPAUTOR |
| 54:B | Galt im gesamten Jahr 2018 in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? | M | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOP |
| 55:B | Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHHAENDE |
| 56:B | Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHVERBAND |
| 57:B | Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHWUNDBEH |
| 58:B | Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHWUNDAUFL |
| 59:B | Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPINHMELD |
| 60:B | Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDVSOPZUGRIFF |
| 61:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | WUNDVSOPAKTDATUM |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|--------|--|-----|--------------------|-----------------------|
| 62:B | Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? | K | 0 = nein 1 = ja | WUNDSOPAUTOR |
| 63.1:B | Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2018 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? | K | in % | SCHULUNGANTIB |
| 63.2:B | Daten wurden nicht erhoben | K | 1 = ja | SCHULUNGANTIBNE |
| 72:B | Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert? | M | 0 = nein 1 = ja | MRSAIBLATT |
| 73:B | Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Jahr 2018 ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPT |
| 74:B | Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTTRUECKFRAG |
| 75:B | Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTVERHALT |
| 76:B | Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTWEITERBEH |

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|--------------------|---------------------|
| 78:B | Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTZUGRIFF |
| 79:B | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2018? | K | - | ENTLKONZEPTAKTDATUM |
| 80:B | Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion? | K | 0 = nein 1 = ja | ENTLKONZEPTAUTOR |

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 2000 |
| Bezeichnung | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Mittelwert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ x / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Kliniken) |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Mittelwert der Ergebnisse der 9 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei stationärer Versorgung</p> <p>Nenner</p> <p>Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Der Index fasst die Ergebnisse der Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements der stationären Einrichtungen zusammen. Das Ergebnis wird als Punktwert ausgedrückt. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Die 9 Kennzahlen des Indexes werden gleich gewichtet, so dass in jeder Kennzahl maximal $100/9 \approx 11,111$ Punkte erreicht werden können.</p> <p>Die Kennzahlen sind durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items. Um in einer der Kennzahlen die vollen 11,111 Punkte zu erreichen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen der Kennzahl positiv beantwortet werden. Jede einzelne bewertete Frage einer Kennzahl hat den gleichen Anteil am Ergebnis der einzelnen Kennzahl. Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls gleich gewichtet.</p> |
| Teildatensatzbezug | NWIES:B |
| Zähler (Formel) | $\frac{(fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprophylaxe + fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie + fn_Kennzahl_Haarentfernung + fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung + fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik + fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel + fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika + fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA + fn_Kennzahl_Standard_Entl_Ueberleitungsmanagement)}{9 \text{ WENN TRUE}}$ |
| Nenner (Formel) | 1 WENN TRUE |

| | |
|--|---|
| Verwendete Funktionen | fn_Aktual_EntlassStandard_In_EJ fn_Aktual_Leitlinien_ATherapie_Jahr_In_EJ fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ fn_EJ fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik fn_Kennzahl_Haarentfernung fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaphylaxe fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA fn_Kennzahl_Standard_Entl_Ueberleitungsmanagement fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung fn_Leistungsbeurteilung_RDG_In_EJ fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ fn_Wartung_RDG_In_EJ fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |

Gruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch

| | |
|---------------------------|---|
| Bezeichnung Gruppe | Händedesinfektionsmittelverbrauch |
| Qualitätsziel | Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln soll angemessen hoch sein. |

2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|--|-----|------------------|-------------------|
| 9:B | Wie viele Belegungstage lagen im Jahr 2018 auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor? | K | in Belegungstage | INTENSIVSTATIONPT |
| 10:B | Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2018 auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses? | K | in Liter | DESINFEKTIONOP |

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 2001 |
| Bezeichnung | Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen |
| Indikatortyp | - |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Median |
| Referenzbereich 2018 | - |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | Aufgrund diverser Probleme der Vergleichbarkeit der Leistungserbringer (v.a. von Stationsart abhängiger Händedesinfektionsmittelverbrauch) kann kein Referenzbereich festgelegt werden. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Quotient aus Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel (in Millilitern) und Belegungstagen auf Intensivstationen</p> <p>Nenner</p> <p>Leistungserbringer mit mindestens einem Belegungstag auf Intensivstationen</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | NWIES:B |
| Zähler (Formel) | DESINFEKTIONOP * 1000 / INTENSIVSTATIONPT WENN TRUE |
| Nenner (Formel) | INTENSIVSTATIONPT %>% 0 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|------------------|--------------------|
| 11:B | Wie viele Belegungstage lagen im Jahr 2018 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses vor? | M | in Belegungstage | ALLGEMEINSTATIONPT |
| 12:B | Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2018 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses? | M | in Liter | DESINFEKTION |

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 2002 |
| Bezeichnung | Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen |
| Indikatortyp | - |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Bewertungsart | Median |
| Referenzbereich 2018 | - |
| Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | Aufgrund diverser Probleme der Vergleichbarkeit der Leistungserbringer kann kein Referenzbereich festgelegt werden. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Methode der Risikoadjustierung | Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen |
| Erläuterung der Risikoadjustierung | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Quotient aus Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel (in Millilitern) und Belegungstagen auf Allgemeinstationen</p> <p>Nenner</p> <p>Leistungserbringer mit mindestens einem Belegungstag auf Allgemeinstationen</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | NWIES:B |
| Zähler (Formel) | DESINFEKTION * 1000 / ALLGEMEINSTATIONPT WENN TRUE |
| Nenner (Formel) | ALLGEMEINSTATIONPT > 0 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Darstellung | - |
| Grafik | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

| Vorbereitung | Dimension | Beschreibung | Wert |
|----------------|-----------|--------------|------|
| Erfassungsjahr | Gesamt | - | 2018 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|--|--|
| fn_Aktual_EntlassStandard_In_EJ | integer | Die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | <code>ifelse(fn_EJ %==% to_year(ENTLKONZEPTAKTDATUM), 1, 0)</code> |
| fn_Aktual_Leitlinien_ATherapie_Jahr_In_EJ | integer | Die letzte Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in stationären oder ambulanten Einrichtungen erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | <code>ifelse(fn_EJ %==% to_year(LLINITHAKTDATUM), 1, 0)</code> |
| fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ | integer | Die letzte Aktualisierung einer internen Leitlinie zu perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären oder ambulanten Einrichtungen erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | <code>ifelse(fn_EJ %==% to_year(LLPROPHAKTDATUM), 1, 0)</code> |
| fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ | integer | Die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | <code>ifelse(fn_EJ %==% to_year(WUNDVSOPAKTDATUM), 1, 0)</code> |
| fn_EJ | integer | Erfassungsjahr | <code>VB\$Erfassungsjahr</code> |
| fn_Kennzahl_Arbeitsanweisung_praeop_Antiseptik | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(ANTISEPSOP %==% 1, ((ANTISEPSOP + (ANTISEPSOPINHREGION + ANTISEPSOPINHEINWIRK + ANTISEPSOPINHOPFELD) / 3 + ANTISEPSOPZUGRIFF + ANTISEPSOPAUTOR) / 4) * 100, 0)</code> |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|---|---------|---|--|
| fn_Kennzahl_Haarentfernung | integer | Kennzahl zur Indexberechnung: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(HAARENTFRASIER %==% 0, pmax(HAARENTFSCHERE, HAARENTFCLIPPER, HAARENTFCREME, na.rm = TRUE) * 100, 0)</code> |
| fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(SCHULUNGANTIBNE %==% 1, 0, SCHULUNGANTIB)</code> |
| fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(LLINITH %==% 1, ((LLINITH + LLINITHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_ATHerapie_Jahr_In_EJ + LLINITHAUTOR) / 4) * 100, 0)</code> |
| fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprophylaxe | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(LLPROPH %==% 1, ((LLPROPH + (LLPROPHINHINDIK + LLPROPHINHVERW + LLPROPHINHDAUER) / 3 + LLPROPHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_Jahr_In_EJ + LLPROPHAUTOR + LLPROPHCHECKLISTE + ifelse(LLPROPHCHECKLISTE %==% 1, LLPROPHCHECKPRUEF, 0)) / 7) * 100, 0)</code> |
| fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA | integer | Kennzahl zur Indexberechnung: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(MRSAIBLATT %==% 1, 100, 0)</code> |
| fn_Kennzahl_Standard_Entl_Ueberleitungsmanagement | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement (Ergebnis in Prozent) | <code>ifelse(ENTLKONZEPT %==% 1, ((ENTLKONZEPT + (ENTLKONZEPTTRUECKFRAG + ENTLKONZEPTVERHALT + ENTLKONZEPTWEITERBEH) / 3 +</code> |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|--|--|
| | | | <pre>ENTLKONZEPTZUGRIFF + fn_Aktual_EntlassStandard_In_EJ + ENTLKONZEPTAUTOR) / 5) * 100, 0)</pre> |
| fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel (Ergebnis in Prozent) | <pre>ifelse(WUNDVSOP %==% 1, ((WUNDVSOP + (WUNDVSOPINHHAENDE + WUNDVSOPINHVERBAND + WUNDVSOPINHWUNDBEH + WUNDVSOPINHWUNDAUFL + WUNDVSOPINHMELD) / 5 + WUNDVSOPZUGRIFF + fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ + WUNDVSOPAUTOR) / 5) * 100, 0)</pre> |
| fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung | float | Kennzahl zur Indexberechnung: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien (Ergebnis in Prozent) | <pre>((PRODUKTRISIKO + ifelse(HYGIENESOP %==% 1, HYGIENESOP + HYGIENESOPZUGRIFF + HYGIENESOPRDMUSTER + HYGIENESOPSTEMUSTER, 0) + fn_Wartung_RDG_In_EJ + fnLeistungsbeurteilung_RDG_In_EJ + fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ + fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ + fnLeistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ + STERILGUTSCHULUNG + STERILGUTMGT) / 12) * 100</pre> |
| fnLeistungsbeurteilung_RDG_In_EJ | integer | Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung | <pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGURTEILDATUM), 1, 0)</pre> |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--|---------|---|--|
| | | festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | |
| fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ | integer | Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEURTEILDATUM), 1, 0) |
| fn_Wartung_RDG_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGWARTUNGSDATUM), 1, 0) |
| fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(SNGWARTUNGSDATUM), 1, 0) |
| fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ | integer | Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres | ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEWARTUNGSDATUM), 1, 0) |

Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2018: keine

2017 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2018: keine

2017 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine