

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die endgültigen Rechenregeln für die Erfassungsjahre 2017 (QI 56024 und QI 56026) und 2019 zum Verfahren QS PCI und das Erfassungsjahr 2019 zum Verfahren QS WI gemäß § 8 Absatz 2 der themenspezifischen Bestimmungen zu Verfahren 1 (QS PCI) und Verfahren 2 (QS WI) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 20. November 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. November 2020 auf Grundlage von Teil 2 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention 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 die Erfassungsjahre 2017 (QI 56024 und QI 56026) und 2019 zu Verfahren 1 (**Anlage 1**) und die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 zu Verfahren 2 (**Anlage 2**) beschlossen.

Die endgültigen Rechenregeln für die Erfassungsjahre 2017 (QI 56024 und QI 56026) und 2019 zum Verfahren QS PCI und das Erfassungsjahr 2019 zum Verfahren QS WI sind vom Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

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

Berlin, den 20. November 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Endgültige Rechenregeln)

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Erfassungsjahr 2019 und Erfassungsjahr 2017 (QI 56024 und QI 56026)

Stand: 26.06.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 und Erfassungsjahr 2017

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

25.06.2020

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	9
56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI.....	12
Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt.....	15
56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	16
56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt.....	20
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt	22
56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	23
56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	27
56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	31
56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt.....	35
Gruppe: Kontrastmittelmenge	37
56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	38
56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	40
56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	42
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	44
56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	45
56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.....	47
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI.....	49
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	50
56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI.....	52
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	54
Anhang II: Listen	55
Anhang III: Vorberechnungen	56
Anhang IV: Funktionen	57

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

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
----------------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
22:B	akutes Koronarsyndrom	M	0 = nein 1 = ja	KORONARSYNDR
23:B	stabile Angina pectoris	K	0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	ANGINAPECTOR
24:B	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen	K	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	ISCHAEMIEZEI
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
31:PROZ	Dringlichkeit der Prozedur	M	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
35:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	M	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium	INDIKKORO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			99 = sonstige	
EF*	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant)	-	alter(GEBDATUM;OPDATUM)	alteramb

*Ersatzfeld im Exportformat

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
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 27,84 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≥ 26,72 % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests; bei Patientinnen unter 50 Jahre ohne stabile Angina pectoris und ohne bekannte KHK müssen gesicherte Ischämiezeichen vorliegen)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle elektiven, isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation: „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit CCS III oder sehr hoher Prätestwahrscheinlichkeit</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Zähler (Formel)	$\text{ISCHAEMIEZEI} \% == \% 1 \mid$ $(\text{ISCHAEMIEZEI} \% == \% 2 \ \& \ !(\text{GESCHLECHT} \% == \% 2 \ \& \ \text{fn_alterProz_plausibel} \% < \% 50 \ \& \ \text{ANGINAPECTOR} \% == \% 0 \ \& \ \text{INDIKKORO} \% == \% 1))$
Nenner (Formel)	$\text{DRINGLICHPROZ} \% == \% 1 \ \& \ \text{ARTPROZEDUR} \% == \% 1 \ \& \ \text{INDIKKORO} \% \text{in} \% c(1, 2) \ \& \$ $\!(\text{KORONARSYNDR} \% == \% 1 \ \mid \ \text{ANGINAPECTOR} \% == \% 3 \ \mid \$ $(\text{ANGINAPECTOR} \% \text{in} \% c(1, 2) \ \& \ \text{GESCHLECHT} \% \text{in} \% c(1, 8) \ \& \ \text{fn_alterProz_plausibel} \% > = \% 70))$
Verwendete Funktionen	fn_alterProz_plausibel
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar
--	--------------------

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
----------------------	---

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
35:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	M	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium 99 = sonstige	INDIKKORO
37:KORO	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	M	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung	DIAGNOSE

Eigenschaften und Berechnung

ID	56001
Bezeichnung	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 57,36 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 57,07 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom)</p>
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	Vergleichbar

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

Qualitätsziel

Der Anteil an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde, soll hoch sein.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
31:PROZ	Dringlichkeit der Prozedur	M	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
33:PROZ	Nierenfunktion gemessen	M	0 = nein 1 = ja	NIERENFUNKMESS

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
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,24 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≥ 94,53 % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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	Vergleichbar

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

Bezeichnung Gruppe	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
32:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
38:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDRPCI
39:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	INDIKPTCA
40:PCI	Ist STEMI Hauptdiagnose?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
47:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	K	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
48:PCI	Door-Zeitpunkt (Datum)	K	-	DOORDATUM

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
49:PCI	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)	K	-	DOORZEIT
50:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	K	-	BALLOONDATUM
51:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)	K	-	BALLOONZEIT

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
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 44,01 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≥ 38,31 % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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 Patientinnen und 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_LFDNRPCI_MinOPDATUM</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	Vergleichbar

*Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt*

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
32:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
38:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
39:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	INDIKPTCA
40:PCI	Ist STEMI Hauptdiagnose?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
47:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	K	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
48:PCI	Door-Zeitpunkt (Datum)	K	-	DOORDATUM
50:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	K	-	BALLOONDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	56004
Bezeichnung	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 20,93 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 28,02 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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 Patientinnen und 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_LFDNRPCI_MinOPDATUM fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt

Bezeichnung Gruppe	Dosis-Flächen-Produkt
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20.1:B	Körpergröße	K	in cm	KOERPERGROESSE
21.1:B	Körpergewicht	K	in kg	KOERPERGEWICHT
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
53:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm ²	FLDOSISPRODUKT

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									
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)									
Referenzbereich 2019	≤ 2,30 (95. Perzentil)									
Referenzbereich 2018	≤ 37,80 % (95. Perzentil)									
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich nicht vergleichbar mit Vorjahr, da der QI erstmalig risikoadjustiert wurde.									
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-									
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression									
Erläuterung der Risikoadjustierung	-									
Rechenregeln	<p>Zähler Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm²</p> <p>Nenner Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm²</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm²</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56005</p>									
Erläuterung der Rechenregel	<p>Der Schwellenwert 2.800 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Koronarangiographien.</p> <p>Bei der Berechnung der erwarteten Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.</p>									
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ									
Zähler (Formel)	O_56005									
Nenner (Formel)	E_56005									
Kalkulatorische Kennzahlen	<p>O (observed)</p> <table border="1"> <tr> <td>Art des Wertes</td> <td>Kalkulatorische Kennzahl</td> </tr> <tr> <td>ID</td> <td>O_56005</td> </tr> <tr> <td>Bezug zu QS-Ergebnissen</td> <td>56005</td> </tr> <tr> <td>Bezug zum Verfahren</td> <td>DeQS</td> </tr> </table>		Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	ID	O_56005	Bezug zu QS-Ergebnissen	56005	Bezug zum Verfahren	DeQS
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl									
ID	O_56005									
Bezug zu QS-Ergebnissen	56005									
Bezug zum Verfahren	DeQS									

	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ²
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 2800
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 1 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_56005
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56005
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56005
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	fn_PCIScore_56005
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 1 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_bmi fn_bmi_plausibel fn_PCIScore_56005	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 2,891 % (Odds: 0,029)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-3,514109236947975	0,058	-60,255	-	-
BMI linear zwischen 19 und 23	-0,016269479348243	0,055	-0,294	-	-
BMI quadratisch zwischen 19 und 23	0,053450549452364	0,011	4,715	-	-
BMI linear zwischen 23 und 29	0,165051133812489	0,003	51,625	-	-
BMI linear zwischen 29 und 52	0,143228039683693	0,003	49,926	-	-
BMI quadratisch zwischen 29 und 52	-0,003325520114003	0,000	-19,313	-	-
BMI fehlend oder unplausibel	1.562844313458337	-	-	-	-

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20.1:B	Körpergröße	K	in cm	KOERPERGROESSE
21.1:B	Körpergewicht	K	in kg	KOERPERGEWICHT
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
53:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm ²	FLDOSISPRODUKT

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													
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)													
Referenzbereich 2019	≤ 2,24 (95. Perzentil)													
Referenzbereich 2018	≤ 57,69 % (95. Perzentil)													
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich nicht vergleichbar mit Vorjahr, da der QI erstmalig risikoadjustiert wurde.													
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-													
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression													
Erläuterung der Risikoadjustierung	-													
Rechenregeln	<p>Zähler Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm²</p> <p>Nenner Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm²</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm²</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56006</p>													
Erläuterung der Rechenregel	<p>Der Schwellenwert 4.800 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für isolierte PCI.</p> <p>Bei der Berechnung der erwarteten Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.</p>													
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ													
Zähler (Formel)	O_56006													
Nenner (Formel)	E_56006													
Kalkulatorische Kennzahlen	<p>O (observed)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Art des Wertes</th> <th>Kalkulatorische Kennzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ID</td> <td>O_56006</td> </tr> <tr> <td>Bezug zu QS-Ergebnissen</td> <td>56006</td> </tr> <tr> <td>Bezug zum Verfahren</td> <td>DeQS</td> </tr> <tr> <td>Sortierung</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Rechenregel</td> <td>Beobachtete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm²</td> </tr> </tbody> </table>		Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	ID	O_56006	Bezug zu QS-Ergebnissen	56006	Bezug zum Verfahren	DeQS	Sortierung	-	Rechenregel	Beobachtete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ²
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl													
ID	O_56006													
Bezug zu QS-Ergebnissen	56006													
Bezug zum Verfahren	DeQS													
Sortierung	-													
Rechenregel	Beobachtete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ²													

	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 4800
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 2 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_56006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56006
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	fn_PCIScore_56006
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 2 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_bmi fn_bmi_plausibel fn_PCIScore_56006	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 7,501 % (Odds: 0,081)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-2,512108666560151	0,100	-25,062	-	-
BMI linear zwischen 20 und 24	0,219947267784408	0,028	7,802	-	-
BMI linear zwischen 24 und 43	0,110906569991156	0,010	10,897	-	-
BMI quadratisch zwischen 24 und 43	-0,001865909828737	0,001	-3,084	-	-
BMI fehlend oder unplausibel	1.258382403481136	-	-	-	-

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20.1:B	Körpergröße	K	in cm	KOERPERGROESSE
21.1:B	Körpergewicht	K	in kg	KOERPERGEWICHT
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
53:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm ²	FLDOSISPRODUKT

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													
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)													
Referenzbereich 2019	≤ 2,18 (95. Perzentil)													
Referenzbereich 2018	≤ 49,02 % (95. Perzentil)													
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich nicht vergleichbar mit Vorjahr, da der QI erstmalig risikoadjustiert wurde.													
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-													
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression													
Erläuterung der Risikoadjustierung	-													
Rechenregeln	<p>Zähler Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm²</p> <p>Nenner Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm²</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm²</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56007</p>													
Erläuterung der Rechenregel	<p>Der Schwellenwert 5.500 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Einzeitig-PCI.</p> <p>Bei der Berechnung der erwarteten Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.</p>													
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ													
Zähler (Formel)	O_56007													
Nenner (Formel)	E_56007													
Kalkulatorische Kennzahlen	<p>O (observed)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Art des Wertes</th> <th>Kalkulatorische Kennzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ID</td> <td>O_56007</td> </tr> <tr> <td>Bezug zu QS-Ergebnissen</td> <td>56007</td> </tr> <tr> <td>Bezug zum Verfahren</td> <td>DeQS</td> </tr> <tr> <td>Sortierung</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Rechenregel</td> <td>Beobachtete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm²</td> </tr> </tbody> </table>		Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	ID	O_56007	Bezug zu QS-Ergebnissen	56007	Bezug zum Verfahren	DeQS	Sortierung	-	Rechenregel	Beobachtete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ²
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl													
ID	O_56007													
Bezug zu QS-Ergebnissen	56007													
Bezug zum Verfahren	DeQS													
Sortierung	-													
Rechenregel	Beobachtete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ²													

	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 5500
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 3 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_56007
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56007
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Rate an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm ² , risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56007
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	fn_PCIScore_56007
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 3 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_bmi fn_bmi_plausibel fn_PCIScore_56007	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 4,762 % (Odds: 0,050)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-2,995666687154503	0,052	-57,663	-	-
BMI linear zwischen 18,5 und 23	0,201518365936194	0,012	16,345	1,223	1,194 - 1,253
BMI linear zwischen 23 und 53	0,155348213458967	0,003	55,560	-	-
BMI quadratisch zwischen 23 und 53	-0,002714465583635	0,000	-19,921	-	-
BMI fehlend oder unplausibel	1.552683516231393	-	-	-	-

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
52:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt bekannt	M	0 = nein 1 = ja	FLDOSISPRODUKTBEKANNT

Eigenschaften und Berechnung

ID	56008
Bezeichnung	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 0,81 % (90. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 0,94 % (90. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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	Vergleichbar

Gruppe: Kontrastmittelmenge

Bezeichnung Gruppe	Kontrastmittelmenge
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.

56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
54:PROZ	applizierte Kontrastmittelmenge	M	in ml	KMMENGE

Eigenschaften und Berechnung

ID	56009
Bezeichnung	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 12,75 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 12,85 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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	Vergleichbar

56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
54:PROZ	applizierte Kontrastmittelmenge	M	in ml	KMMENGE

Eigenschaften und Berechnung

ID	56010
Bezeichnung	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 43,76 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 46,33 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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	Vergleichbar

56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
54:PROZ	applizierte Kontrastmittelmenge	M	in ml	KMMENGE

Eigenschaften und Berechnung

ID	56011
Bezeichnung	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 28,96 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 28,61 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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	Vergleichbar

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Bezeichnung Gruppe	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
39:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruhe-angina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	INDIKPTCA
46:PCI	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß	K	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	INTERVENTSTEMI

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
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 84,21 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≥ 83,33 % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und 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	Vergleichbar

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
39:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruhe-angina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	INDIKPTCA
45:PCI	wesentliches Interventionsziel erreicht	K	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	INTERVENTIONSZIEL
46:PCI	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß	K	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	INTERVENTSTEMI

Eigenschaften und Berechnung

ID	56016
Bezeichnung	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 89,21 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≥ 87,94 % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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	Vergleichbar

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit bei PCI
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
38:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
42:SDAT	Geburtsjahr des Versicherten	M	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	K	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK-Versichertennummer	M	anonym(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

*Exportfeld

Eigenschaften und Berechnung

ID	56024
Bezeichnung	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	Nicht definiert
Referenzbereich 2016	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	Kein Stellungnahmeverfahren vorgesehen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)
Erläuterung der Rechenregel	Im Zähler werden alle Verstorbenen zwischen dem ersten und 30. Postprozeduralen Tag mit eingeschlossen.
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	<code>fn_TodInnerhalb30Tage</code>
Nenner (Formel)	<code>fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & fn_IstLetztePCI</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_IstLetztePCI fn_IstMaxOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM fn_MaxLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb30Tage</code>
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
29:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
38:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
42:SDAT	Geburtsjahr des Versicherten	M	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	K	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK-Versichertennummer	M	anonym(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

*Exportfeld

Eigenschaften und Berechnung

ID	56026
Bezeichnung	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	Nicht definiert
Referenzbereich 2016	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	Kein Stellungnahmeverfahren vorgesehen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Verstorbene Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)</p>
Erläuterung der Rechenregel	In den Zähler werden alle Verstorbenen zwischen dem 31. und 365. postprozeduralen Tag mit eingeschlossen. Nicht mit eingeschlossen werden die Verstorbenen, welche zwischen dem ersten und 30. postprozeduralen Tag verstarben, da diese im QI 56024 berichtet werden. Eine doppelte Zählung der Verstorbenen und damit ggf. wegen eines Falles mehrfach auffällig zu werden, wird somit vermieden.
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr
Nenner (Formel)	fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & fn_IstLetztePCI
Verwendete Funktionen	fn_IstLetztePCI fn_IstMaxOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM fn_MaxLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: 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.	2019

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_alterProz_plausibel	integer	Gibt das valide Alter zurück.	<pre>ifelse (alteramb %between% c(18,122), alteramb, ifelse (alter %between% c(18,122), alter, NA_integer_))</pre>
fn_bmi	float	Body-Mass-Index = Gewicht in kg/Groesse in Meter ²	<pre>ifelse(KOERPERGEWICHT %between% c(30, 230) & KOERPERGROESSE %between% c(50, 250), KOERPERGEWICHT / (KOERPERGROESSE / 100)^2, NA_real_)</pre>
fn_bmi_plausibel	float	-	<pre>ifelse(fn_bmi %between% c(12, 55), fn_bmi, NA_real_)</pre>
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>fn_IstMinOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI)</pre>
fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt	boolean	Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	<pre>fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %in% c(4,5) & STEMIHD %==% 1</pre>
fn_IstLetztePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI der zugehörigen PID handelt, die als letztes durchgeführt wurde.	<pre>fn_IstMaxOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MaxLFDNR_PCI)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstMaxOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die letzte (aktuellste) dokumentierte PCI des Versicherten handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	<code>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (maximum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% meta_patientenanonym), FALSE)</code>
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.	<code>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)</code>
fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die LFDNRPCI derjenigen PCIs mit dem letzten/aktuellstem OPDATUM	<code>ifelse (fn_IstMaxOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)</code>
fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die LFDNRPCI derjenigen PCIs mit dem frühesten OPDATUM	<code>ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)</code>
fn_MaxLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die höchste laufende Nummer bezüglich aller dokumentierter PCIs eines Versicherten.	<code>replace_na ((maximum(fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM) %group_by% meta_patientenanonym), -1)</code>
fn_MinLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens.	<code>replace_na ((minimum(fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM) %group_by% TDS_B), -1)</code>
fn_OPDATUM_PCI	date	Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt.	<code>as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))</code>
fn_PCIScore_56005	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56005	<pre># Funktion fn_PCIScore_56005 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -3.514109236947975 # BMI linear zwischen 19 und 23 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 19), 23) - 19), 0)) * -0.016269479348243</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # BMI quadratisch zwischen 19 und 23 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 19), 23) - 19)^2, 0)) * 0.053450549452364 # BMI linear zwischen 23 und 29 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 23), 29) - 23), 0)) * 0.165051133812489 # BMI linear zwischen 29 und 52 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 29), 52) - 29), 0)) * 0.143228039683693 # BMI quadratisch zwischen 29 und 52 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 29), 52) - 29)^2, 0)) * -0.003325520114003 # BMI fehlend oder unplausibel log_odds <- log_odds + (is.na(fn_bmi_plausibel)) * 1.562844313458337 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_PCIScore_56006	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56006	<pre> # Funktion fn_PCIScore_56006 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -2.512108666560151 # BMI linear zwischen 20 und 24 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 20), 24) - 20), 0)) * 0.219947267784408 # BMI linear zwischen 24 und 43 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 24), 43) - 24), 0)) * 0.110906569991156 # BMI quadratisch zwischen 24 und 43 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 24), 43) - 24)^2, 0)) * -0.001865909828737 # BMI fehlend oder unplausibel log_odds <- log_odds + (is.na(fn_bmi_plausibel)) * 1.258382403481136 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_PCIScore_56007	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56007	<pre> # Funktion fn_PCIScore_56007 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -2.995666687154503 # BMI linear zwischen 18,5 und 23 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 18.5), 23) - 18.5), 0)) * 0.201518365936194 # BMI linear zwischen 23 und 53 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 23), 53) - 23), 0)) * 0.155348213458967 # BMI quadratisch zwischen 23 und 53 log_odds <- log_odds + (replace_na((pmin(pmax(fn_bmi_plausibel, 23), 53) - 23)^2, 0)) * -0.002714465583635 # BMI fehlend oder unplausibel log_odds <- log_odds + (is.na(fn_bmi_plausibel)) * </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>1.552683516231393 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
fn_PlausiBalloonDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<pre>substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</pre>
fn_PlausiDoorDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<pre>substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</pre>
fn_sdat_vorhanden	boolean	Prüft, ob QS-Daten mit Sozialdaten gematched wurden	<pre>!is.na(sdat_gebjahr)</pre>
fn_TodInnerhalb30Tage	boolean	PCI - Patient ist innerhalb von 30 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) & (difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 30)) & fn_IstLetztePCI</pre>
fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr	boolean	PCI - Patient ist zwischen dem 31. postprozeduralen und dem 365. postprozeduralen Tag nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 31) & (difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 365)) & fn_IstLetztePCI</pre>

*Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren*



Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

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

Stand: 12.10.2020



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Endgültige Rechenregeln, ergänzte Beschlussversion)

**Vermeidung nosokomialer Infektionen -
postoperative Wundinfektionen:
Vermeidung nosokomialer Infektionen -
postoperative Wundinfektionen
(einrichtungsbezogen ambulant)**

Erfassungsjahr 2019

Stand: 12.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant). Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

12.10.2020

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

Gruppe: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	4
1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	5
332000: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	14
332001: Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	17
332002: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	19
332003: Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	21
1001: Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	23
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	26
Anhang II: Listen	27
Anhang III: Vorberechnungen	28
Anhang IV: Funktionen	29

Gruppe: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Bezeichnung Gruppe	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.

1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	Gab es im gesamten Jahr 2019 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 2019?	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	K	0 = nein 1 = ja	LLPROPHCHECKLISTE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	Checkliste strukturiert überprüft?			
20:B	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?	K	0 = nein 1 = ja	LLPROPHCHECKPRUEF
21:B	Gab es im gesamten Jahr 2019 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 2019?	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	K	0 = nein	PRODUKTRISIKO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		1 = ja	
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 2019?	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	K	-	RDGURTEILDATUM

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	vor Ablauf des Jahres 2019?			
44:B	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTPACKSIEGEL
45:B	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTPACKCONT
46:B	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTPACKKLEB
47:B	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTPACKBOG
48:B	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2019?	K	-	SNGWARTUNGSDATUM
49:B	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	K	0 = nein 1 = ja	HYGIENESOPSTEMUSTER
50:B	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2019?	K	-	STEWARTUNGSDATUM
51: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 2019?	K	-	STEURTEILDATUM
52:B	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTSCHULUNG
53:B	Gab es im gesamten Jahr 2019 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?	K	0 = nein 1 = ja	STERILGUTMGT
54:B	Galt im gesamten Jahr 2019 in Ihrer Einrichtung	M	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOP

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	tung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?			
55:B	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPINHREGION
56:B	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPINHEINWIRK
57:B	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPINHOPFELD
58:B	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPZUGRIFF
59:B	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPAUTOR
60:B	Galt im gesamten Jahr 2019 in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?	M	0 = nein 1 = ja	WUNDV SOP
61:B	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDV SOPINHHAENDE
62:B	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDV SOPINHVERBAND
63:B	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDV SOPINHWUNDBEH

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
64:B	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDVSOPINHWUNDAUFL
65:B	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDVSOPINHMELD
66:B	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDVSOPZUGRIFF
67:B	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2019?	K	-	WUNDVSOPAKTDATUM
68:B	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDVSOPAUTOR
69.1:B	Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Jahr 2019 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben?	K	in %	SCHULUNGANTIB
69.2:B	Daten wurden nicht erhoben	K	1 = ja	SCHULUNGANTIBNE
77: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

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
78:B	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?	M	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPT
79:B	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPTTRUECKFRAG
80: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
81:B	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPTWEITERBEH
83: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 Einrichtungen
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	≥ 41,41 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Referenzbereich 2018	≥ 37,59 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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 von ambulanten Einrichtungen</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	Eingeschränkt vergleichbar

332000: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:B	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?	K	0 = nein 1 = ja	PRODUKTRISIKO
70:B	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Jahr 2019 mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben?	M	0 = nein 1 = ja	SCHULUNGHYG
71:B	Ärzte	K	in %	SCHULUNGHYGAE
72.1:B	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer	K	in %	SCHULUNGHYGPF
72.2:B	examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYGPFNV
73.1:B	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	K	in %	SCHULUNGHYGTD
73.2:B	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYGTDNV
74.1:B	medizinische Fachangestellte	K	in %	SCHULUNGHYGMFA
74.2:B	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYGMFANV
75:B	Reinigungskräfte	K	in %	SCHULUNGHYGRK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
76:B	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)	K	in %	SCHULUNGHYGS

Eigenschaften und Berechnung

ID	332000
Bezeichnung	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIEA:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN SCHULUNGHYG %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

332001: Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
9:B	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?	M	in Behandlungsfälle	FAELLEGKV
84:B	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?	M	in Überprüfungen	PRUEFUNGENSESINFEKT
85:B	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?	M	in Überprüfungen	PRUEFUNGENWUNDV

Eigenschaften und Berechnung

ID	332001
Bezeichnung	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIEA:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN FAELLEGKV %>% 0
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

332002: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
86:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEZIEL
87:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEANALYS
88:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEINFO
89:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEVORSCHL
90:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEEVAL
91:B	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEDISK

Eigenschaften und Berechnung

ID	332002
Bezeichnung	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIEA:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN TRUE
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

332003: Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
82:B	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPTCDC

Eigenschaften und Berechnung

ID	332003
Bezeichnung	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIEA:B
Zähler (Formel)	<code>ifelse(ENTLKONZEPTCDC %==% 1, 100, 0) WENN TRUE</code>
Nenner (Formel)	<code>1 WENN TRUE</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	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 2019

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 2019 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
Berechnungsart	Median
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Ist für diese Transparenzkennzahl nicht vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Quotient aus Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Millilitern und abgerechneter GKV-Fälle aus den letzten vier Quartalen</p> <p>Nenner</p> <p>Leistungserbringer mit mindestens einem GKV-Fall aus den letzten vier abgerechneten Quartalen</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIEA:B
Zähler (Formel)	DESINFEKTION * 1000 / FAELLEKQVAPMVZ WENN TRUE
Nenner (Formel)	FAELLEKQVAPMVZ %>% 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.

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 nach DeQS-RL
QSWIA - Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant)
Anhang III: Vorberechnungen

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	Gesamt	-	2019

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	<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	<code>ifelse(ANTISEPSOP %==% 1, ((ANTISEPSOP + (ANTISEPSOPINHREGION + ANTISEPSOPINHEINWIRK + ANTISEPSOPINHOPFELD) / 3 + ANTISEPSOPZUGRIFF + ANTISEPSOPAUTOR) / 4) * 100, 0)</code>
fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	<code>((COMPLIANCEZIEL + COMPLIANCEANALYS + COMPLIANCEINFO + COMPLIANCEVORSCHL + COMPLIANCEEVAL +</code>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			COMPLIANCEDISK) / 6) * 100
fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Durchführung von Compliance-Überprüfungen	<pre> ifelse(PRUEFUNGENDESINFEKT ==% 0 (PRUEFUNGENDESINFEKT/FAELLEGKV) %<% 0.001, 0, ifelse((PRUEFUNGENDESINFEKT/FAELLEGKV) %<=% 0.01, 100 / 4, ifelse((PRUEFUNGENDESINFEKT/FAELLEGKV) %>% 0.01, 100 / 2, 0))) + ifelse(PRUEFUNGENWUNDV ==% 0 (PRUEFUNGENWUNDV/FAELLEGKV) %<% 0.001, 0, ifelse((PRUEFUNGENWUNDV/FAELLEGKV) %<=% 0.01, 100 / 4, ifelse((PRUEFUNGENWUNDV/FAELLEGKV) %>% 0.01, 100 / 2, 0))) </pre>
fn_Kennzahl_Haarentfernung	integer	Kennzahl zur Indexberechnung: Geeignete Haar-entfernung vor operativem Eingriff	<pre> ifelse(HAARENTFERNUNGJN ==% 0, 100, ifelse(HAARENTFRASIER ==% 0, pmax(HAARENTFSCHERE, HAARENTFCLIPPER, HAARENTFCREME, na.rm = TRUE) * 100, 0)) </pre>
fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibio-tika	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	<pre> ifelse(SCHULUNGANTIBNE ==% 1, 0, SCHULUNGANTIB) </pre>
fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	<pre> ifelse(SCHULUNGHYG ==% 1, (SCHULUNGHYGAE + ifelse(SCHULUNGHYGPFFNV ==% 1, 0, SCHULUNGHYGPFF) + ifelse(SCHULUNGHYGTDNV ==% 1, 0, SCHULUNGHYGTD) + ifelse(SCHULUNGHYGMFANV ==% 1, 0, SCHULUNGHYGMFA) + ifelse(is.na(PRODUKTRISIKO), 0, SCHULUNGHYGSG) + SCHULUNGHYGRK) / (</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>6 - (replace_na(SCHULUNGHYGPFNV,0) + replace_na(SCHULUNGHYGTDNV,0) + replace_na(SCHULUNGHYGMFANV,0) + is.na(PRODUKTRISIKO))), 0)</pre>
fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	<pre>ifelse(LLINITH %==% 1, ((LLINITH + LLINITHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_ATHerapie_Jahr_In_EJ + LLINITHAUTOR) / 4) * 100, 0)</pre>
fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprophylaxe	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	<pre>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)</pre>
fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA	integer	Kennzahl zur Indexberechnung: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	<pre>ifelse(MRSAIBLATT %==% 1, 100, 0)</pre>
fn_Kennzahl_Standard_Ueberleitungsmanagement	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	<pre>ifelse(ENTLKONZEPT %==% 1, ((ENTLKONZEPT + (ENTLKONZEPTTRUECKFRAG + ENTLKONZEPTVERHALT + ENTLKONZEPTWEITERBEH) / 3 + ENTLKONZEPTAUTOR</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
) / 3) * 100, 0)
fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ifelse(WUNDVSOP %==% 1, ((WUNDVSOP + (WUNDVSOPINHHAENDE + WUNDVSOPINHVERBAND + WUNDVSOPINHWUNDBEH + WUNDVSOPINHWUNDAUFL + WUNDVSOPINHMELD) / 5 + WUNDVSOPZUGRIFF + fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ + WUNDVSOPAUTOR) / 5) * 100, 0)
fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ifelse(is.na(PRODUKTRISIKO), 100, (((PRODUKTRISIKO + ifelse(HYGIENESOP %==% 1, HYGIENESOP + HYGIENESOPZUGRIFF + ifelse(STERILGUTREINIGUNG %==% 2, HYGIENESOPRDGMUSTER, 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(STERILGUTPACKKLEB %==% 0 & ((STERILGUTPACKSIEGEL %==% 1 & fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> STERILGUTPACKSIEGEL %==% 0 & (STERILGUTPACKCONT %==% 1 STERILGUTPACKBOG %==% 1)), 1, 0) + fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ + fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ + STERILGUTSCHULUNG + STERILGUTMGT) /) / ifelse(STERILGUTREINIGUNG %==% 2, 12, 11)) * 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)
fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ	integer	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres	ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEWARTUNGSDATUM), 1, 0)



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Endgültige Rechenregeln, ergänzte Beschlussversion)

**Vermeidung nosokomialer Infektionen -
postoperative Wundinfektionen:
Vermeidung nosokomialer Infektionen -
postoperative Wundinfektionen
(einrichtungsbezogen stationär)**

Erfassungsjahr 2019

Stand: 12.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär). Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

12.10.2020

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

Gruppe: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	4
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	5
342000: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	14
342001: Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	16
342002: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	18
342003: Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)	21
Gruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch	23
2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	24
2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen	26
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	28
Anhang II: Listen	29
Anhang III: Vorberechnungen	30
Anhang IV: Funktionen	31

Gruppe: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Bezeichnung Gruppe	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:B	Gab es im gesamten Jahr 2019 in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	M	0 = nein 1 = ja	LLPROPH
14:B	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe 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 2019?	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 Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?	K	0 = nein 1 = ja	LLPROPHCHECKLISTE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21:B	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?	K	0 = nein 1 = ja	LLPROPHCHECKPRUEF
22:B	Gab es im gesamten Jahr 2019 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 2019?	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	M	0 = nein 1 = ja	HAARENTFCREME

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	präoperativen Haar-entfernung bei Patienten am OP-Tag eine 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 2019?	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 2019?	M	-	RDGURTEILDATUM

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
42:B	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2019?	M	-	SNGWARTUNGSDATUM
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 2019?	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 2019?	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 2019 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?	M	0 = nein 1 = ja	STERILGUTMGT
48:B	Galt im gesamten Jahr 2019 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	K	0 = nein 1 = ja	ANTISEPSOPINHOPFELD

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?			
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 2019 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	K	-	WUNDVSOPAKTDATUM

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2019?			
62:B	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission?	K	0 = nein 1 = ja	WUNDVSOPAUTOR
63.1:B	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2019 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 2019 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

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
76:B	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPTWEITERBEH
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 2019?	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 Einrichtungen
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	≥ 64,26 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Referenzbereich 2018	≥ 61,28 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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 von stationären Einrichtungen</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	Eingeschränkt vergleichbar

342000: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
64:B	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2019 mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben?	K	0 = nein 1 = ja	SCHULUNGHYG
65:B	Ärzte	K	in %	SCHULUNGHYGAE
66:B	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer	K	in %	SCHULUNGHYGP
67.1:B	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	K	in %	SCHULUNGHYGT
67.2:B	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYGTDNV
68.1:B	medizinische Fachangestellte	K	in %	SCHULUNGHYGMFA
68.2:B	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYGMFANV
69:B	Reinigungskräfte	K	in %	SCHULUNGHYGRK
70:B	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)	K	in %	SCHULUNGHYGS
71.1:B	Mitarbeiter der Küche	K	in %	SCHULUNGHYKUE
71.2:B	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden	K	1 = ja	SCHULUNGHYKUENV

Eigenschaften und Berechnung

ID	342000
Bezeichnung	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIES:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN SCHULUNGHYG %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

342001: Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
7:B	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Jahr 2019 in Ihrem gesamten Krankenhaus?	M	in Fälle	FAELLEDRG
81:B	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?	M	in Überprüfungen	PRUEFUNGENDESINFEKT
82:B	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandswechsels durchgeführt?	M	in Überprüfungen	PRUEFUNGENWUNDV
83:B	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?	M	in Überprüfungen	PRUEFUNGENANTIB

Eigenschaften und Berechnung

ID	342001
Bezeichnung	Durchführung von Compliance-Überprüfungen (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIES:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN FAELLED RG %>% 0
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

342002: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
84:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEZIEL
85:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEANALYS
86:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEINFO
87:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEVORSCHL
88:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEEVAL
89:B	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsüber-	M	0 = nein 1 = ja	COMPLIANCEDISK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	greifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?			

Eigenschaften und Berechnung

ID	342002
Bezeichnung	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIES:B
Zähler (Formel)	fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene WENN TRUE
Nenner (Formel)	1 WENN TRUE
Verwendete Funktionen	fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

342003: Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
77:B	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen enthalten?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLKONZEPTCDC

Eigenschaften und Berechnung

ID	342003
Bezeichnung	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion (Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Mittelwert
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler - Nenner -
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NWIES:B
Zähler (Formel)	<code>ifelse(ENTLKONZEPTCDC %==% 1, 100, 0) WENN TRUE</code>
Nenner (Formel)	<code>1 WENN TRUE</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	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 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
9:B	Wie viele Belegungstage lagen im Jahr 2019 auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?	K	in Belegungstage	INTENSIVSTATIONPT
10:B	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2019 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
Berechnungsart	Median
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Ist für diese Transparenzkennzahl 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 Normalstationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
11:B	Wie viele Belegungstage lagen im Jahr 2019 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses vor?	M	in Belegungstage	ALLGEMEINSTATIONPT
12:B	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2019 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses?	M	in Liter	DESINFEKTION

Eigenschaften und Berechnung

ID	2002
Bezeichnung	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Normalstationen
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Median
Referenzbereich 2019	-
Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Ist für diese Transparenzkennzahl 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 Patiententagen (in 1000) 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	-	2019

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	<code>ifelse(ANTISEPSOP %==% 1, ((ANTISEPSOP + (ANTISEPSOPINHREGION + ANTISEPSOPINHEINWIRK + ANTISEPSOPINHOPFELD) / 3 + ANTISEPSOPZUGRIFF + ANTISEPSOPAUTOR) / 4) * 100, 0)</code>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Kennzahl_Compliance_Foerderung_Hygiene	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	((COMPLIANCEZIEL + COMPLIANCEANALYS + COMPLIANCEINFO + COMPLIANCEVORSCHL + COMPLIANCEEVAL + COMPLIANCEDISK) / 6) * 100
fn_Kennzahl_Compliance_Ueberpruefungen	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Durchführung von Compliance-Überprüfungen	ifelse(P RUEFUNGENDESINFEKT %==% 0 (P RUEFUNGENDESINFEKT/FAELLED RG) %<% 0.001, 0, ifelse((P RUEFUNGENDESINFEKT/FAELLED RG) %<=% 0.01, 100 / 6, ifelse((P RUEFUNGENDESINFEKT/FAELLED RG) %>% 0.01, 100 / 3, 0))) + ifelse(P RUEFUNGENWUNDV %==% 0 (P RUEFUNGENWUNDV/FAELLED RG) %<% 0.001, 0, ifelse((P RUEFUNGENWUNDV/FAELLED RG) %<=% 0.01, 100 / 6, ifelse((P RUEFUNGENWUNDV/FAELLED RG) %>% 0.01, 100 / 3, 0))) + ifelse(P RUEFUNGENANTIB %==% 0 (P RUEFUNGENANTIB/FAELLED RG) %<% 0.001, 0, ifelse((P RUEFUNGENANTIB/FAELLED RG) %<=% 0.01, 100 / 6, ifelse((P RUEFUNGENANTIB/FAELLED RG) %>% 0.01, 100 / 3, 0)))
fn_Kennzahl_Haarentfernung	integer	Kennzahl zur Indexberechnung: Geeignete Haar-entfernung vor operativem Eingriff	ifelse(HAARENTFRASIER %==% 0, pmax(HAARENTFSCHERE, HAARENTFCLIPPER, HAARENTFCREME, na.rm = TRUE) * 100, 0)
fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Antibiotika	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ifelse(SCHULUNGANTIBNE %==% 1, 0, SCHULUNGANTIB)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Kennzahl_Infoveranstaltungen_Hygiene	float	Zähler für Transparenzkennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	<pre> ifelse(SCHULUNGHYG %==% 1, (SCHULUNGHYGAE + SCHULUNGHYGPf + ifelse(SCHULUNGHYGTdNV %==% 1, 0, SCHULUNGHYGTd) + ifelse(SCHULUNGHYGMFANV %==% 1, 0, SCHULUNGHYGMFA) + SCHULUNGHYGRK + SCHULUNGHYGSg + ifelse(SCHULUNGHYgKUENV %==% 1, 0, SCHULUNGHYgKUE)) / (7 - (replace_na(SCHULUNGHYGTdNV,0) + replace_na(SCHULUNGHYGMFANV,0) + replace_na(SCHULUNGHYgKUENV,0))), 0) </pre>
fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotika_Initialtherapie	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	<pre> ifelse(LLINITH %==% 1, ((LLINITH + LLINITHZUGRIFF + fn_Aktual_Leitlinien_ATHerapie_Jahr_In_EJ + LLINITHAUTOR) / 4) * 100, 0) </pre>
fn_Kennzahl_Leitlinie_Antibiotikaprophylaxe	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	<pre> 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) </pre>

Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 nach DeQS-RL
 QSWIS - Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär)
 Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Kennzahl_Patienteninformation_Hygiene_MRSA	integer	Kennzahl zur Indexberechnung: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	<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	<code>ifelse(ENTLKONZEPT %==% 1, ((ENTLKONZEPT + (ENTLKONZEPTTRUECKFRAG + ENTLKONZEPTVERHALT + ENTLKONZEPTWEITERBEH) / 3 + ENTLKONZEPTZUGRIFF + fn_Aktual_EntlassStandard_In_EJ + ENTLKONZEPTAUTOR) / 5) * 100, 0)</code>
fn_Kennzahl_Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	<code>ifelse(WUNDVSOP %==% 1, ((WUNDVSOP + (WUNDVSOPINHHAENDE + WUNDVSOPINHVERBAND + WUNDVSOPINHWUNDBEH + WUNDVSOPINHWUNDAUFL + WUNDVSOPINHMELD) / 5 + WUNDVSOPZUGRIFF + fn_Aktual_WundVStandard_In_EJ + WUNDVSOPAUTOR) / 5) * 100, 0)</code>
fn_Kennzahl_Sterilgutaufbereitung	float	Kennzahl zur Indexberechnung: Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	<code>((PRODUKTRISIKO + ifelse(HYGIENESOP %==% 1, HYGIENESOP + HYGIENESOPZUGRIFF + HYGIENESOPRDMUSTER + HYGIENESOPSTEMUSTER, 0) + fn_Wartung_RDG_In_EJ + fn_Leistungsbeurteilung_RDG_In_EJ + fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ +</code>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ + fn_Leistungsbeurteilung_Sterilisator_In_EJ + STERILGUTSCHULUNG + STERILGUTMGT) / 12) * 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	<pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGURTEILDATUM), 1, 0)</pre>
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	<pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEURTEILDATUM), 1, 0)</pre>
fn_Wartung_RDG_In_EJ	integer	Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres	<pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(RDGWARTUNGSDATUM), 1, 0)</pre>
fn_Wartung_Siegelnahtgeraet_In_EJ	integer	Die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres	<pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(SNGWARTUNGSDATUM), 1, 0)</pre>
fn_Wartung_Sterilisator_In_EJ	integer	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Erfassungsjahres	<pre>ifelse(fn_EJ %==% to_year(STEWARTUNGSDATUM), 1, 0)</pre>