

Praxistipps für Ihre aussagefähige Stellungnahme



sQS Verfahren Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen

Tina Cernicka, Chiara Höher, CoC Qualitätssicherung
Stand 18. Juli 2024



Rufen Sie bitte Ihren Jahresrückmeldebericht ab und sichten diesen auf Auffälligkeiten

Die Jahresrückmeldeberichte sind die Grundlage für Ihre Analyse zu Ihren rechnerischen Auffälligkeiten

- ✓ Auf der KVB Homepage finden Sie unter dem Link <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/sectoruebergreifende-qualitaetssicherung/> unter dem Unterpunkt Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen/ Rückmeldeberichte eine genaue Anleitung zum Abrufen Ihrer Rückmeldeberichte.
- ✓ Im KVB Anschreiben mit der Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren wird ebenfalls genau beschrieben, wie Sie ihre Rückmeldeberichte abrufen können.
- ✓ Bei rechnerischen Auffälligkeiten erhalten Sie zusätzlich zum Rückmeldebericht zwei inhaltlich identische Dokumente mit den auffälligen Fällen in csv- und pdf-Format.
- ✓ Eine detaillierte Leseanleitung für die Jahresrückmeldeberichte finden Sie auf der IQTIG-Webseite unter dem Link [Jahresauswertungen nach DeQS-RL. Leseanleitung, Hinweise zur Risikoadjustierung und Glossar \(iqtig.org\)](#)



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Merkblatt zum Erhalt Ihres Rückmeldeberichts

1. Rückmeldebericht in SmarAkt abrufen

a) Technische Voraussetzungen

- Die Download Ihrer Rückmeldeberichte ist an die gleichen Systemvoraussetzungen gebunden wie der Download Ihrer Abrechnungsunterlagen bei der KVB.
- Bitte verwenden Sie hierfür Ihre persönliche KVB-Benutzeranmeldung.
- Zusätzlich benötigen Sie zum Öffnen und Entschlüsseln der Rückmeldeberichte ein frei zugängliches Entpackerprogramm zum Beispiel Zip-Tools, wie WinZip oder 7Zip.

b) Kurzanleitung

- Klicken Sie sich unter "Meine KVB" mit Ihrer persönlichen KVB-Benutzeranmeldung an.
- Wählen Sie den Menüpunkt "Unterlagen einsehen aus. So gelangen Sie zu SmarAkt."
- Klicken Sie auf "Aktuelle Suche".
- Wählen Sie unter "Aktuelle Info-Akte BSNR" aus und gehen Sie auf "Suchen".
- Nun werden alle bisherigen Rückmeldeberichte für Ihre BSNR angezeigt. Klicken Sie nun in die "letzte Query", welche das Format "IQIG" hat.
- Klicken Sie auf den Reiter "Information". Hier finden Sie die Zip-Datei mit dem Rückmeldebericht.

2. Service

Kontaktieren (KVB) bei technischen Problemen
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 40

Hinweisgrundinformationen zu inhaltlichen Fragestellungen
Die Inhalte der Rückmeldeberichte werden gemäß den Rechenregeln des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) erstellt. Diese werden bei Bedarf jährlich angepasst.

Die Berechnungsregeln finden Sie unter folgendem Link: <https://iqig.org/qv-verfahren/qv-w/>

Kontaktieren bei inhaltlichen Fragestellungen
Für inhaltliche Fragen ist die Fachkommission WI bei der Bayerischen Landesärztekammer (LAK) zuständig. Diese arbeitet auf der Grundlage pseudonymisierter Daten und nimmt eine fachlich-medizinische Bewertung der auffälligen Auswertungsergebnisse vor. Sollten Sie inhaltliche Fragen haben, übermitteln Sie uns diese bitte an sp@iqig.de. Wir setzen uns dann mit Ihnen in Verbindung.

Bei mehreren Standorten

Regulär werden die Rückmeldeberichte für die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) eingestellt. In diesen Berichten sind die Ergebnisse für alle der HBSNR zugeordneten Betriebsstätten enthalten.

Laden Sie bitte Ihr elektronisches Stellungnahmeformular herunter

Das Stellungnahmeformular enthält alle Hinweise und Fragestellungen, die für Ihre aussagefähige Stellungnahme wichtig sind.



- ✓ Auf der KVB Homepage finden Sie das elektronisch ausfüllbare Stellungnahmeformular für den rechnerisch auffälligen Qualitätsindikator und/ oder das Auffälligkeitskriterium in einer Word und einer pdf-Version unter dem Link <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/sectoruebergreifende-qualitaetssicherung/> unter dem Unterpunkt **Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen/ Stellungnahmeverfahren**
- ✓ Im KVB Anschreiben mit der Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren liegt für Sie ein Stellungnahmeformular in Papierform zur Ansicht bei.
- ✓ Nutzen Sie bitte das elektronisch befüllbare Stellungnahmeformular für Ihre Stellungnahme.
- ✓ Bitte geben Sie beim Ausfüllen des Stellungnahmeformulars unbedingt Ihr Pseudonym an. Dieses finden Sie sowohl auf dem KVB Anschreiben als auch in Ihrem Rückmeldebericht.

QI 1000/2000 Hygiene- u. Infektionsmanagement

Beantworten Sie alle Fragestellungen zu den Kennzahlen, die keine 100 Punkte erreicht haben.

QI 1500/1501 Wundinfektionen

Beantworten Sie alle Fragestellungen für jeden auffälligen Vorgang, den Sie der Liste der auffälligen Fällen in csv- und pdf-Format in Ihren Rückmeldeberichten entnehmen können.

SQS-VERFAHREN

Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen

+

Allgemeines (Kontakte etc.)

+

Rückmeldeberichte

-

Stellungnahmeverfahren

Die LAG kann wegen rechnerischer Auffälligkeiten in den Rückmeldeberichten über die KVB ein Stellungnahmeverfahren einleiten.

Nutzen Sie in diesen Fällen für Ihre Stellungnahme folgende Rückmeldeformulare für die betreffenden Qualitätsindikatoren (QI):

- Hygiene- und Infektionsmanagement: QI 1000, QI 2000
- Wundinfektionen: QI 1500, QI 1501

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 1000) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (DOCX, 87 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 1000) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (PDF, 56 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 2000) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (DOCX, 80 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 2000) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (PDF, 110 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 1500) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (DOCX, 35 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 1500) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (PDF, 79 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 1501) 2024
Datei herunterladen nicht
Bannerfoto: (DOCX, 35 KB)

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden eingeleitet
Bitte ankreuzen
Ja Nein
*Bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen
Ihr Text

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden bereits umgesetzt
Bitte ankreuzen
Ja Nein
*Bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen
Ihr Text

Stellungnahmeverfahren sQS WI zum Auswertungsjahr 2024

Ihr Pseudonym Nr.:

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
„Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen“ (sQS WI)

Indikator	Qualitätsindikator Nr.: 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulantes Operieren
<p>Ursachen für die Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung * Bitte analysieren Sie die Kennzahlen, bei denen die maximale Punktzahl von 100 nicht erreicht wurde. Die betroffenen Kennzahlen entnehmen Sie bitte unserem Anschreiben vom 19.07.2024. * Bitte erläutern Sie das bei Ihnen praktizierte Vorgehen bei der betroffenen Kennzahl.</p> <p>Fragestellung Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe * Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Leitlinien anschließen. * Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist. * Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Leitlinie gibt.</p> <p>Ihr Text</p> <p>Fragestellung Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie * Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Leitlinien anschließen. * Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist. * Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Leitlinie gibt.</p> <p>Ihr Text</p>	

Verfassen Sie bitte Ihre Stellungnahme

Aus den Erfahrungen der Stellungnahmeverfahren der letzten Jahre sind folgende Praxistipps entstanden.



-  Setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium auseinander
 - Welche Grundgesamtheit liegt dem Indikator zugrunde?
 - Welche Ereignisse werden betrachtet?
 - Welche Schlüsse können daraus gezogen werden?
-  Achten Sie auf den Anfragetext und beantworten Sie die konkreten Fragen der Fachkommission
-  Bei risikoadjustierten Indikatoren können Risikofaktoren des Patienten nicht als Erklärung der rechnerischen Auffälligkeit herangezogen werden, da diese bereits rechnerisch für das Patientenkollektiv (z. B. Alter, BMI, Diabetes mellitus) berücksichtigt sind.
-  Analysieren und nennen Sie alle Vorgangsnummern aus Ihrer AV-Liste für jeden betroffenen Qualitätsindikator
Diese wird Ihnen zeitgleich mit Ihren Rückmeldebericht im Excel-Format zur Verfügung gestellt.
-  Vermeiden Sie personen- oder standortbezogenen Daten (Datenschutz!)
-  Fassen Sie die erkannten Probleme zusammen
-  Leiten Sie proaktiv Verbesserungsmaßnahmen (sofern vorhanden) ein

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie dazu konkrete Beispiele.

Praxistipps mit Beispielen

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator (QI)/ Auffälligkeitskriterium (AK) auseinander



Qualitätsindikatoren dienen der Bewertung der Dokumentationsergebnisse

- ✓ Zielabhängig wird Im Verfahren WI in Prozess- und Ergebnisindikatoren unterschieden

Follow-up Indikatoren sind sozialdatenbasiert und messen die Ergebnisqualität.

- ✓ Dafür werden Daten zu Erst- und Folgeeingriffen zusammengeführt bzw. Behandlungen über längere Zeiträume hinweg betrachtet.

Beispiel Prozessindikator

QI 1000 Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung
Der Qualitätsindikator wird aus Unterkategorien sogenannten Kennzahlen z.B. Sterilgutaufbereitung berechnet.

Beispiel Ergebnis-/ Follow up-Indikator

QI 56012 Therapiebedürftige Blutungen und funktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Auffälligkeitskriterien dienen der Überprüfung der inhaltlichen Plausibilität der Dokumentation und der Vollständigkeit der Datenübermittlung.

- ✓ Stellungnahmen sind bei Auffälligkeitskriterien anders zu beantworten. Medizinische Erklärungen sind i.d.R. nicht notwendig.
- ✓ Jede rechnerische Auffälligkeit führt zu einem Stellungnahmeverfahren.
- ✓ Liegt 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation vor, wird eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Im Verfahren WI gibt es derzeit keine Auffälligkeitskriterien

Praxistipps mit Beispielen

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator auseinander



Qualitätsindikatoren werden nach genau definierten Regeln berechnet.

- ✓ Die Rechenregeln für das Hygiene- Infektionsmanagement bei ambulanten Operationen können Sie unter folgendem Link abrufen [WI-HI-A - Beschreibung der endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 nach DeQS-RL \(iqtig.org\)](#)
- ✓ Die Rechenregeln für das Hygiene- Infektionsmanagement bei belegärztlichen Operationen können Sie unter folgendem Link abrufen [WI-HI-S - Beschreibung der endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 nach DeQS-RL \(iqtig.org\)](#)
- ✓ Die Rechenregeln für die Wundinfektionen können Sie unter folgendem Link abrufen [WI-NI-A - Beschreibung der endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 nach DeQS-RL \(iqtig.org\)](#)
- ✓ Um mögliche Fehlrechnungen und Dokumentationsfehler auszuschließen, analysieren Sie bitte die Werte, die als Zähler und Nenner in die Berechnung eingehen und beachten Sie die Erläuterungen zu der Rechenregel.

Der Referenzbereich entscheidet über eine Auffälligkeit.

- ✓ Wird ein Referenzbereich nicht erreicht, ist das Qualitätsindikatorergebnis rechnerisch auffällig.
- ✓ Werden Einrichtungen erstmalig oder mehrmals in Folge rechnerisch auffällig, wird um eine Stellungnahme gebeten, um zu klären, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Bei risikoadjustierten Indikatoren können Risikofaktoren des Patienten nicht als Erklärung der rechnerischen Auffälligkeit herangezogen werden

Eigenschaften und Berechnung	
ID	1501
Bezeichnung	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2024
Erfassungsjahr	2022
Berichtszeitraum	01/2022 - 01/2023
Datenquelle	DS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeOS
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2022	≤ 1
Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Stellungsverfahren 2022	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann Nenner Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Erläuterung der Rechenregel	1. Zuordnung von Tracer-Eingriffen und Wundinfektionen Eine Zuordnung eines Tracer-Eingriffs zu einer Wundinfektion kommt nicht infrage, wenn <ul style="list-style-type: none">- die Kombination aus Tracer-OPS und Infektions-ICD bzw. -OPS nicht von Expertinnen und Experten als fachlich plausibel eingeschätzt wurde.- Tracer-Eingriff und Diagnose der Infektion am selben Tag liegen, da ein inhaltlicher Zusammenhang in dieser Konstellation so gut wie unmöglich ist.- das Diagnosedatum der Infektion nach dem Entlassungsdatum

Endgültige Rechenregeln Auswertungsjahr 2024 PDF V03 / 31.05.2024 / 280 KB Auswertungsjahr 2023 PDF V02 / 31.05.2023 / 350 KB Weitere Versionen	Prospektive Rechenregeln Erfassungsjahr 2024 PDF V01 / 20.06.2023 / 301 KB Erfassungsjahr 2023 PDF V02 / 06.10.2022 / 305 KB	Bundesauswertung Auswertungsjahr 2023 PDF 17.10.2023 / 883 KB Auswertungsjahr 2022 PDF V01 / 21.10.2022 / 272 KB
---	---	---

Im Verfahren WI gibt es derzeit keine risikoadjustierten Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung eines ausreichend validen Risikoadjustierungsmodells ist nach Prüfung des IQTIG aufgrund von zu geringen Fallzahlen für die relevanten Qualitätsindikatoren QI 1500 und 1501 im vertragsärztlichen Bereich nicht möglich.

* Quelle: IQTIG



Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

„Ich lege Kopien der Dokumentation zum Eingriff bei, die belegen, dass der Patient bereits mit einer Infektion zu mir kam.“

„Ich bin unseren Bogen zur Einrichtungsbefragung nochmals kritisch durchgegangen und habe tatsächlich Abweichungen gefunden, die teils Übertragungsfehler, teils Verständnisfehler waren.“



Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

Vorgangsnummern 123:

Der Patient war 93 Jahre alt und multimorbide.

Vorgangsnummern 345:

Die Patientin war adipös und hatte Diabetes.



Auseinandersetzung mit Qualitätsindikator

Nach gründlicher Prüfung kann ich Ihnen mitteilen, dass die Berechnungsgrundlage für den betroffenen Qualitätsindikator vom IQTIG nicht korrekt ist. Wir haben nicht n = 47, sondern n = 98 Patienten mit ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe behandelt.



Keine aussagekräftige Stellungnahme

„Wir haben unsere Dokumentation überprüft, können aber keine Auffälligkeit feststellen.“



Keine aussagekräftige Stellungnahme

„Beide Patienten waren im Pflegeheim hospitalisiert.“

„Beide Patient:innen hatten nennenswerte Vorerkrankungen.“



Keine aussagekräftige Stellungnahme

„Die Auffälligkeit kann ich nicht nachvollziehen. Wir erfüllen alle Vorgaben.“

„Es handelt sich um drei Einzelfälle, die aufgrund der kleinen Fallzahl nicht statistisch signifikant sind. Daher erfolgt keine Stellungnahme.“



Anfragetext zu den Qualitätsindikatoren 1000/ 2000 Hygiene- und Infektionsmanagement bei ambulanten und belegärztliche OPs

Bitte erläutern Sie die Hintergründe zu folgenden Kennzahlen, bei denen die maximale Punktzahl von 100 nicht erreicht wurde:

- ✓ Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe
- ✓ Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie
 - Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Leitlinien anschließen.
 - Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.
 - Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Leitlinie gibt.
- ✓ Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriff
 - Geben Sie bitte an, ob bei Ihren Traceroperationen eine präoperative Haarentfernung indiziert und aus operationstechnischer Sicht notwendig ist.
 - Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie eine elektrische Haarschneidemaschine zum Kürzen von Haaren (mit einem Einmalscherkopf) oder Enthaarungscremes zur Entfernung der Haare oder etwas anders benutzen.
- ✓ Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
 - Geben Sie bitte an, ob die Sterilgutaufbereitung an ein externes Unternehmen ausgelagert ist und ob das Auftrag nehmende Unternehmen ein Qualitätsmanagementsystem vorhält, das die gesetzlichen Anforderungen sicherstellt und muss zugelassen ist.
 - Falls dies nicht der Fall ist, analysieren Sie bitte, ob im Wiederaufbereitungsprozess des Sterilguts Mängel in der Qualität von Prozessen, dem Prozesswissen des Personals oder bzgl. der Medizintechnik bestehen.
- ✓ Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
- ✓ Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel
 - Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Arbeitsanweisungen und internen Standards anschließen.
 - Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.
 - Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Arbeitsanweisungen und internen Standards gibt.
- ✓ Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie.
- ✓ Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention.
 - Bitte gehen Sie darauf ein, ob es die Möglichkeit gab, online an der Informationsveranstaltung teilzunehmen.
- ✓ Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
 - Bitte geben Sie an, ob Sie ihren Patient:innen mit MRSA ein Informationsblatt aushändigen, welches vor allem über Risiken für Kontaktpersonen aufklärt.
- ✓ Durchführung von Compliance-Überprüfungen
 - Bitte gehen Sie auch darauf ein, ob Sie ein Verfahren zum kritischen Umgang der Händehygiene haben, wenn ja welches?



Anfragetext zu den Qualitätsindikatoren 1500/1501 Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen

Bitte beantworten Sie zu jedem auffälligen Vorgang der ATR-Liste folgende Fragen

- ✓ Schildern Sie bitte den ambulant vorgenommenen Primäreingriff.
- ✓ Gab es bereits im Vorfeld Risikofaktoren für eine postoperative Wundinfektion?
 - Risikofaktoren können z. B. Adipositas, Alkohol- und/oder Drogenabusus, Bösartige solide Tumorerkrankungen, Depression, Diabetes mit Komplikationen, Gerinnungsstörungen, Herz-/Leber-/Lungen-/Gefäßerkrankungen, Psychosen u.ä. sein
- ✓ Liegen Ihnen darüber hinaus weitere Informationen zu der aufgetretenen postoperativen Wundinfektion vor, z. B. aus einem Entlassbrief des weiterbehandelnden Krankenhauses?
 - Angaben bezüglich des Zeitpunktes der Indikationsstellung der Wundinfektion können Sie aus Ihrem Rückmeldebericht entnehmen.
 - Falls ja, erläutern Sie bitte die Umstände zu der eingetretenen Wundinfektion.
- ✓ Nach wie vielen Tagen trat die nosokomiale Wundinfektion auf?
 - Bitte übernehmen Sie hierzu die Angaben aus ihrem Rückmeldebericht.
- ✓ Schildern Sie bitte Ihr Hygienemanagement.
 - Falls Sie an der diesjährigen Einrichtungsbefragung teilgenommen haben, können Sie hierzu gerne die Ergebnisse aus Ihrem Rückmeldebericht zum Hygiene- und Infektionsmanagement heranziehen.
 - Sehen Sie darin Schwachstellen, die zu der rechnerischen Auffälligkeit geführt haben?
 - Haben Sie bezüglich des Hygienemanagement eine:n Ansprechpartner:in in Ihrer Einrichtung?

Praxistipps mit Beispielen

Verzichten Sie bitte auf personen- oder standortbezogene Daten Bitte analysieren und nennen Sie die Vorgangsnummern aus den AV-Listen



Vorgangsnummern lt .AV-Liste



Datenschutz

„Vorgangsnummern 123:

Die Überweisung erfolgte am 23.04.2023. Die Operation in meiner Praxis fand am 08.05.2023 statt.“



Verwendung personen- oder standortbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Nennung eines anderen LE etc.)

„Bei Max Mustermann, geboren am 01.01.1890, erfolgte der Eingriff aufgrund der Überweisung von Dr. Test.



Alle Vorgangsnummern lt. AV-Liste

„Vorgangsnummern 123 sowie 345:

Es handelt sich beiden Fällen um eine falsche Zuordnung der Wundinfektionen. Die Durchsicht der Akten ergab, dass diese bereits vorlagen, als die Patienten zu mir in die Praxis kamen. Eine Kopie der Eingangsbefunde lege ich bei.

Vorgangsnummer 456:

Die rechnerische Auffälligkeit ist wahrscheinlich durch den sehr schlechten Allgemeinzustand des Patienten (hohes Alter von 92 Jahren, multimorbide, Demenz) verursacht.

Vorgangsnummer 789 bis 123

Bei diesen Patienten haben wir keinen Primär- sondern nur einen Revisionseingriff vorgenommen, da das Implantat locker war.



Kein Miteinbezug aller Vorgangsnummern

„Es handelt sich bei zwei Fällen um eine falsche Zuordnung der Wundinfektionen. Die erneute Durchsicht der Akten ergab, dass die Wundinfektion jeweils schon vorlag.

Praxistipps mit Beispielen

Bitte fassen Sie Ihre Erkenntnisse zusammen

Leiten Sie bitte Verbesserungsmaßnahmen (sofern vorhanden) ab



Verweis auf künftige Anpassung

„Es handelt sich um einen Dokumentationsfehler. In der Klinik XXX liegen diese Leitlinien vor. Unsere Praxis schließt sich den Leitlinien der Klinik an. Wir haben dies in unseren QM-Unterlagen vermerkt und für alle Mitarbeiter gut zugänglich hinterlegt.“



Keine Einsicht bezüglich der Auffälligkeit

„Ich führe alle operativen Tätigkeiten in der Klinik XXX selber durch, so dass sich eine Leitlinie erübricht.“



Verweis auf künftige Anpassung

Wir alle, 3 ärztliche und 2 nichtärztliche Mitarbeiter unserer Praxis nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil, haben die Nachweise aber nicht abgelegt. Dies werden wir künftig ändern.

Die Möglichkeit zur Online-Teilnahme an diesen Veranstaltungen bestand, wurde aber nicht genutzt. Dies wird nachgeholt.



Keine inhaltlich aussagefähige Begründung



Unklarheit, ob Verbesserungsmaßnahmen möglich sind

Für das Jahr 2023 hat sowohl das nicht-ärztliche als auch das ärztliche Personal an einer Schulung teilgenommen.

Online-Schulungen wurden uns vom Klinikum XXX nicht angeboten.



Verweis auf künftige Anpassung

„Hygienepläne sind in unserer Praxis gerade zur Neuerstellung bei der Firma XXXX in Auftrag gegeben worden. Dies wird innerhalb der nächsten Monate fertig werden. Eine Hygienebegehung erfolgte, das Protokoll liegt noch nicht vor.“

Reichen Sie bitte Ihr ausgefülltes Stellungnahmeformular bis 19.08.2024 ein.

Stellungnahmeformulare müssen aus datenschutzrechtlichen Gründen als verschlüsseltes PDF an das Postfach sQS-WI@KVB.de gesendet werden



Stellungnahmeverfahren sQS PCI zum Auswertungsjahr 2023

Ihr Pseudonym Nr.: ba8kv#hnhk-4bs0df

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
„Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (sQS PCI)

Indikator bzw. Qualitätsindikator Nr. oder Auffälligkeitskriterium Nr.: **852201**
Beschreibung des Qualitätsindikators oder des Auffälligkeitskriteriums:

Ursachen für die Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung
*bitte hier Ihre Erläuterungen gemäß Anlage 1 unseres Schreibens einfügen
Durch erhebliche Software-Probleme Übertragungsfehler unter dem Jahr, durch anhaltende Krankheit meinerseits im Frühjahr Versäumnis der Dokumentationsfrist 3/23 für 2022.

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden eingeleitet
*bitte ankreuzen
Ja Nein
*bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden bereits umgesetzt
*bitte ankreuzen
Ja Nein
*bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen

1
Ausgefülltes
Stellungnahme-
formular

Sicherheit

Kennwortschutz

Interaktiv

Vertraulich

Keine Änderung

Zertifikatsicherheit

Interaktiv

2
Sicherheits-
einstellungen
für das PDF

Möchten Sie die Sicherheitseinstellungen für dieses Dokument wirklich ändern?

Diese Meldung nicht mehr anzeigen.

Ja Nein

4

Kennwort

Sobald das Dokument, das mit dem Sicherheitsschema geschützt werden soll, gespeichert ist, kann es nur noch mit dem Kennwort zum Öffnen geöffnet werden.

Kennwort zum Öffnen des Dokuments:

OK Abbrechen

5

Bitte geben Sie als **Kennwort** Ihr **Pseudonym** ein. Dieses finden Sie in Ihrem **Anschreiben** und dem **Rückmeldebericht**.

Bitte achten Sie beim Kopieren oder Eintippen Ihres Pseudonyms darauf, dass sich **kein Leerzeichen** an Anfang oder Ende einfügt, da wir sonst Ihr Formular nicht öffnen können.

Datei Enterprise Vault - Archived Item Hilfe Kofax PDF Was möchten Sie tun?

This item has been archived by Enterprise Vault. Click here to view the original item.

From: Max Mustermann
To: Postfach VER - CoC QS - sQS-NET
Cc: Cernicka, Tina (KVB - München);
Subject: Stellungnahme

6
Mail mit verschlüsselter PDF
je Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium

Anbei unsere bis 31.8.23 gewünschte Stellungnahme per pdf Datei.

Prof. Dr. med. Max Mustermann
Ärztlicher Leiter
MVZ XXX
ABC Straße 65
83764 Testlingen

Attachments:

Stellungnahme QI 56000 Stellungnahme QI 56009 Stellungnahme AK 852105 (36 KB)

Geschafft: Sie haben Ihre Stellungnahme erfolgreich eingereicht!

Die KVB leitet Ihre Stellungnahme an die Fachkommission der LAG weiter



Bei sektorenübergreifenden datengestützten Verfahren wie WI obliegt die Qualitätssicherung der Landesarbeitsgemeinschaft Bayern.

- ✓ Die Homepage der LAG Bayern finden Sie hier: <https://lag-by.de/>

Die Besetzung der Fachkommission WI ist in der DeQS-Richtlinie geregelt.

- ✓ Die DeQS-Richtlinie finden Sie hier: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

Derzeit sind u.a. 4 niedergelassene Operateure, aus den Fachgebieten Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Urologie und 1 vertragsärztlicher Hygieneexperte in der Fachkommission WI tätig.

Die Fachkommission WI soll wie folgt zusammengesetzt sein:

Ärzte

- ✓ zwei stationär operierende Ärzt*innen (Krankenhaus/Belegarzt)
- ✓ zwei ambulant operierende Ärzt*innen (Krankenhaus/Vertragsarzt)
- ✓ ein fachärztlicher Vertreter der Krankenkassen

Pflegepersonal aus dem OP-Bereich

- ✓ eine Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses

Hygieneexperten

- ✓ zwei Personen aus dem Krankenhausbereich oder dem vertragsärztlichen Bereich mit Hygieneexpertise

Kodierexperte

- ✓ ein Kodierexperte für operative Fachgebiete

Patientenvertreter

- ✓ Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen.

Sonstige

- ✓ Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

Ihre Stellungnahme wird der Fachkommission vorgelegt

Die Fachkommission sichtet und bewertet Ihre Stellungnahme gemäß bundesweit einheitlichen Vorgaben



Bewertungsvorgaben von Stellungnahmen bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren

✓ Qualitativ auffällige Stellungnahme

- A71: Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
- A72: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
- A99: Sonstiges



Nicht aussagefähige Stellungnahmen führen zu einer Bewertung als **qualitativ auffällig!**

✓ Qualitativ unauffällige Stellungnahme

- U61: Besondere klinische Situation
- U62: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
- U63: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme
- U99: Sonstiges

✓ Sonstige Bewertung

- D80: Unvollständige oder falsche Dokumentation
- D81: Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
- S92: Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
- S99: Sonstiges



Die nächste Einrichtungsbefragung findet von Januar bis Ende Februar 2025 statt.
Sie bezieht sich auf das Erfassungsjahr 2024.



Bitte überprüfen Sie rechtzeitig Ihr Hygiene- und Infektionsmanagement, auch wenn Sie an externen Einrichtungen operieren, damit rechnerische Auffälligkeiten im kommenden Jahr vermieden werden



Nächste Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Betroffen sind alle Einrichtungen, die in den ersten beiden Quartalen im Jahr 2024 mindestens eine Traceroperation erbringen und abrechnen.

Die Liste der Traceroperationen finden sie hier [Anwenderinformation NWIEA KV \(iqtig.org\)](https://www.iqtig.org)

15.03.25 Ende der Korrekturfrist für Dokumentationsinhalte der Einrichtungsbefragung



Im Verfahren WI gibt es derzeit keine Quartalsberichte

Hintergrund hierfür ist, dass es keine quartalsweisen Falldokumentationen für Vertragsärzte gibt.

01.06.25 Rückmeldebericht für das Datenerfassungsjahr 2024 abrufbar im Mitgliederportal der KVB

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Für Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns!



[Mitglieder](#) > [Patientenversorgung](#) > [Qualitätssicherung](#) > [Sektorübergreifende Qualitätssicherung](#)

QUALITÄTSSICHERUNG

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) hat das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung über die Sektorengrenze ambulant-stationär hinweg zu erfassen und zu bewerten.

Behandlungsverläufe können über verschiedene daran beteiligte Leistungserbringer und größere Zeiträume hinweg betrachtet werden.

- + [Rechtliche Grundlagen](#)
- + [Sektorübergreifende Verfahren](#)
- + [Durchführung in Bayern](#)
- + [Datenannahme in Bayern](#)

Direkt zu den Verfahren

- ↓ [Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen](#)
- ↓ [Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie](#)
- ↓ [Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen](#)

SQS-VERFAHREN

Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen

- + [Allgemeines \(Kontakte etc.\)](#)
- + [Rückmeldeberichte](#)
- + [Stellungnahmeverfahren](#)
- + [Vergütung für Dokumentation](#)
- + [Einrichtungsbefragung](#)
- + [Dokumentation \(Technik, Hilfen\)](#)
- + [Fortbildungen \(Vorbereitung Einrichtungsbefragung\)](#)
- + [Wundinfektionsraten](#)

Unsre Homepage
[QS-Verfahren KVB](#)

Unser PCI Postfach
sQS-WI@KVB.de

Ihre Ansprechpartner

Tina Cernicka **089/57093-2331**

Chiara Höher **089/57093-2313**