

QS-Verfahren

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (Verfahren in Erprobung)

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i> (Verfahren in Erprobung). Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

AUFTRAGGEBER

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Vorbemerkung	10
Hygiene- und Infektionsmanagement	12
1 Hintergrund	13
2 Einordnung der Ergebnisse	16
2.1 Datengrundlage	16
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	18
2.2.1 Überblick.....	18
2.2.2 Detailergebnisse	23
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	25
2.3.1 Überblick.....	25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	26
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	26
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen.....	30
1 Hintergrund	31
2 Einordnung der Ergebnisse	35
2.1 Datengrundlage	35
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	39
2.2.1 Überblick.....	39
2.2.2 Detailergebnisse	47
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	57
2.3.1 Überblick.....	57
2.3.2 Detailergebnisse	60
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	68
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	68
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	71
Evaluation.....	72
Ausblick.....	74

Literatur	75
-----------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A	14
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S	14
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-A	16
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-S	17
Tabelle 5: QI 1000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025).....	18
Tabelle 6: QI 2000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025)	19
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A.....	21
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-A	21
Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S.....	21
Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-S	22
Tabelle 11: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung.....	23
Tabelle 12: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	24
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A.....	26
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S.....	27
Tabelle 15: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A.....	32
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S.....	33
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D	34
Tabelle 18: Anzahl von Fällen, zu denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)	36
Tabelle 19: Anzahl von Leistungserbringern, von denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)	36
Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWIF ..	36
Tabelle 21: Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWITR	36
Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A.....	41
Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-A.....	42
Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S.....	43

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-S.....	45
Tabelle 26: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	47
Tabelle 27: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up).....	48
Tabelle 28: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	48
Tabelle 29: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up).....	49
Tabelle 30: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follo	49
Tabelle 31: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	49
Tabelle 32: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	50
Tabelle 33: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	50
Tabelle 34: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up).....	51
Tabelle 35: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	52
Tabelle 36: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up).....	53
Tabelle 37: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	54
Tabelle 38: TKez 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up).....	54
Tabelle 39: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	55
Tabelle 40: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Foll	55

Tabelle 41: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	55
Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D.....	57
Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – WI-NI-D	58
Tabelle 44: AK 852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	59
Tabelle 45: AK 852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	59
Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI	61
Tabelle 47: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI	64
Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A	68
Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S.....	69
Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-A.....	70
Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-S.....	71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BL	Bundesland
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EXG	Expertengremium
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HI	Hygiene- und Infektionsmanagement
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
Kez	Kennzahl
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
MD	Medizinischer Dienst
MRSA	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
n. a.	nicht anwendbar
NI	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen
NWIEA	Erfassungsmodul <i>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)</i>
NWIES	Erfassungsmodul <i>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)</i>
NWIF	Erfassungsmodul <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen)</i>
NWITR	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen - Tracer

Abkürzung	Bedeutung
NWIWI	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen – Postoperative Wundinfektionen
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PK	Prüfkriterium
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
POA	present on admission
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QS-Dokumentation	Qualitätssicherungsdokumentation
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl
WI-HI-A	Auswertungsmodul <i>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung</i>
WI-HI-S	Auswertungsmodul <i>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung</i>
WI-NI-A	Auswertungsmodul <i>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen – Verfahren in Erprobung</i>
WI-NI-D	Auswertungsmodul <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
WI-NI-S	Auswertungsmodul <i>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen – Verfahren in Erprobung</i>

Vorbemerkung

Das Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* wurde am 17. Dezember 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und ist am 1. Januar 2017 im Rahmen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, nicht mehr in Kraft) umgesetzt worden. Zum 1. Januar 2019 wurde das Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt. Das Datenmodell, basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen und einer fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, ermöglichte, mehrere Millionen Tracer-Operationen über die Sozialdaten in das Verfahren einzubeziehen, wohingegen ca. 300.000 Datensätze tatsächlich von den Krankenhäusern dokumentiert werden müssen. Über die Verknüpfung dieser beiden Datenquellen wurde die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen der Krankenhäuser ermittelt. Hinzu kommt das Verfahrenselement einer einmal jährlich zu erhebenden Einrichtungsbefragung für ambulante und stationäre Leistungserbringer, die Mängel im Hygiene- und Infektionsmanagement der Leistungserbringer aufdeckt und in Zusammenschau mit der Rate an postoperativen Wundinfektionen auf die Vermeidung nosokomialer Infektionen abzielt. Der G-BA hat das Verfahren engmaschig begleitet, um den verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Herausforderungen frühzeitig zu begegnen. Hierzu wurden u. a. in den jährlichen Berichten zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung kontinuierlich Rückmeldungen von Leistungserbringern und Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) eingeholt. Es zeigten sich zahlreiche Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarfe zum Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement (HI) (z. B. Fehlen einer Sollstatistik, Anpassungsbedarf in Bezug auf unspezifische und unklare Formulierungen in den Fragebögen). Zum Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (NI) war insbesondere die Vollständigkeit der Sozialdaten nicht ausreichend. Dadurch fehlten aussagekräftige Qualitätsergebnisse und -bewertungsmöglichkeiten.

Im Dezember 2020 folgte der G-BA daher der Empfehlung des IQTIG, das Verfahren für das Kalenderjahr 2021 auszusetzen. Das kurzfristige Aussetzen sollte für den Verfahrensteil HI eine Überarbeitung ermöglichen, um einem weiteren Akzeptanzverlust angesichts des begrenzten Nutzens bei den teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entgegenzuwirken. Vor dem Hintergrund des innovativen Ansatzes des Verfahrens und der Komplexität der Spezifikation, sollte damit im Verfahrensteil NI eine Vollständigkeit der Sozialdaten erreicht werden.

Da die zahlreichen Herausforderungen trotz dieser laufenden Überarbeitungen in diesem Zeitraum nicht behoben werden konnten, wurde das IQTIG am 19. Januar 2023 mit der Weiterentwicklung des gesamten Verfahrens beauftragt und die wissenschaftliche Erprobung erneut um zwei Jahre verlängert. Hintergrund waren die aus den Berichten zur jährlichen wissenschaftlichen Begleitung ersichtlich gewordenen, weiterhin bestehenden Herausforderungen und Überarbeitungsbedarfe.

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der G-BA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnaher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien stellt der G-BA fest, dass das Verfahren auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 wird der G-BA das Verfahren nun voraussichtlich einstellen.

Hygiene- und Infektionsmanagement

1 Hintergrund

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff. Eine postoperative Wundinfektion entsteht durch das Eindringen von Krankheitserregern (überwiegend Bakterien) in eine Operationswunde. Als Konsequenz kann es zu einer Vermehrung der Krankheitserreger und hierdurch zu einer lokalen Entzündung und/oder einer Reaktion des ganzen Organismus kommen, die im schlimmsten Fall über einen septischen Schock und ein Organversagen zum Tod führt. Postoperative Wundinfektionen stellen heute die häufigste nosokomiale Infektionsart dar (ca. ein Viertel aller nosokomialen Infektionen) und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen stellen postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz dar. Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL darin, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren, das Hygiene- und Infektionsmanagement zu verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen zu leisten.

Vor diesem Hintergrund soll im Verfahren QS WI sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen werden. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen, unabhängig davon miteinander verglichen, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.

In das Verfahren eingeschlossen werden Leistungserbringer, die Tracer-Operationen erbringen. Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss an die Operation eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt. Es handelt sich dabei um Operationen aus den Fachgebieten Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Herzchirurgie (nur stationär).

Aufgrund der unterschiedlichen gemessenen Qualitätsaspekte und der unterschiedlichen Datenerfassung besteht das QS-Verfahren aus zwei Teilen: 1. Hygiene- und Infektionsmanagement (HI) und 2. Nosokomiale postoperative Wundinfektionen (NI).

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden einmal jährlich über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung erhoben.

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden über eine fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus erhoben. Zusätzlich werden Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt, um ca. 4 Mio. Tracer-Operationen in das Verfahren einbeziehen zu können.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten und stationären Operationen.

Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 2000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die Kennzahlen adressieren z. B. hygienebezogene Schulungsquoten, die Art der Haarentfernung oder das Vorliegen und den Inhalt von internen Arbeitsanweisungen.

Die auf nosokomiale postoperative Wundinfektionen bezogene Qualität wird mit sechs Indikatoren gemessen – zwei bezogen auf ambulante Operationen und vier bezogen auf stationäre Operationen. Ambulant werden oberflächliche und tiefe Wundinfektionen (A1 bis A3) gemeinsam in je einem QI zu Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) und einem QI zu Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum) gemessen. Stationär erfolgt die Qualitätsmessung analog – mit dem Unterschied, dass über zwei zusätzliche Indikatoren tiefe Wundinfektionen separat gemessen werden (A2 und A3). Auch diese beiden zusätzlichen Indikatoren beziehen sich entweder auf Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) oder Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit definiert.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die vorliegenden Auswertungen zum Auswertungsjahr (AJ) 2025 basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) des Erfassungsjahres 2024.

Die Vollzähligkeit liegt bezogen auf das ambulante Operieren (WI-HI-A) und bezogen auf das stationäre Operieren (WI-HI-S) etwas über derjenigen des Vorjahres. Das Ziel von 100 % ist dabei bisher noch verfehlt. Die Vollzähligkeit der übermittelten Daten liegt für Krankenhäuser stationär und ambulant jeweils bei ca. 93 %. Ambulant operierende Praxen/MVZ erreichten eine Vollzähligkeit von 76,73 %, belegärztliche Leistungserbringer erreichten eine Vollzähligkeit von 58,48 %.¹ Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass in einigen Bundesländern bereits eine Vollzähligkeit von 100 % in allen Erfassungsmodulen erreicht werden konnte, mit Ausnahme des Erfassungsmoduls zu belegärztlichen Leistungserbringern. Dort liegt das bundeslandbezogene Maximum bei 98,51 %.

Aufgrund einer fehlenden Plausibilitätsprüfung im Dokumentationsbogen im Erfassungsjahr 2023 konnten teilweise unplausible Angaben zu den Kennzahlen zu Informationsveranstaltungen und zu Compliance-Untersuchungen (nur stationär) dokumentiert werden. Im EJ 2024 wurde eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt. Da unplausible Angaben gemacht wurden, sind die betroffenen Kennzahl- und QI-Ergebnisse des EJ 2023 nicht mit den Ergebnissen des EJ 2024 vergleichbar.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-A

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Praxen/MVZ)	Datensätze gesamt	2.378	3.099	76,73
	Basisdatensatz	2.378		
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt	740	789	93,79
	Basisdatensatz	740		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	3.118	3.888	80,20
	Basisdatensatz	3.118		

¹ Belegärztliche Leistungserbringer sind ab dem EJ 2025 nicht mehr zur Dokumentation verpflichtet.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – WI-HI-S

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	200 200	342	58,48
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	978 978	1.050	93,14
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.178 1.178	1.392	84,63

Übermittelte QS-Dokumentationsbögen, für die keine Informationen in den Soll-Daten der Datenannahmestellen übermittelt wurden, werden für die Auswertung der QI- und Kennzahlsergebnisse nicht berücksichtigt. Bei Leistungserbringern, die keinen QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant oder stationär) übermittelt haben, ist gemäß DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden die Fragen zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen in den beiden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen angepasst. Anstelle der prozentualen Angabe zum Anteil des geschulten Personals ist seitdem anzugeben, wie viele Personen einer Personalgruppe jeweils insgesamt angehören und wie viele davon geschult wurden. Bezüglich der Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung ist seit dem Erfassungsjahr 2023 statt eines prozentualen Wertes die Anzahl der jeweiligen Stationen und die Anzahl der Stationen, auf denen Compliance-Beobachtungen gemäß den definierten Kriterien durchgeführt wurden, anzugeben. Grund für die Änderung war, dass entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2024) Datenfelder vermieden werden sollen, die eine Berechnung durch die Dokumentierenden erfordern, um eine möglichst hohe Datenvalidität zu erreichen. Einige Leistungserbringer haben bei den Fragen zu Informationsveranstaltungen mehr teilnehmende Personen angegeben, als insgesamt in der jeweiligen Personalgruppe vorhanden waren. Entsprechend wurden auch bei den Compliance-Beobachtungen im stationären Bereich teilweise mehr durchführende Stationen angegeben, als jeweils insgesamt Stationen vorhanden waren. Bei den Leistungserbringern, die unplausibel dokumentiert haben, führte dies zu verzerrten Ergebnissen zum AJ 2024. Betroffen waren die Kennzahlsergebnisse zu Informationsveranstaltungen und zur Durchführung von Compliance-Beobachtungen (nur stationär). Dadurch wurden die QI-Ergebnisse der Leistungserbringer mit unplausiblen Angaben und somit auch das QI-Ergebnis auf Landes- und Bundesebene verzerrt.

Beim Qualitätsindikator zur ambulanten Versorgung (ID 1000) führen die unplausiblen Angaben zu einer stärkeren Verzerrung als beim Qualitätsindikator zur stationären Versorgung (ID 2000). Hin-

tergrund ist, dass die absoluten Zahlen, die für vorhandenes Personal zu Schulungsquoten dokumentiert werden, kleiner sind. Somit führen bereits leicht über den Nennerangaben liegende Zählerangaben zu relativ höheren Abweichungen im QI-Ergebnis als beim QI 2000.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Positiv hervorzuheben ist, dass die Bundeswerte der beiden Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement höher ausfallen als im Vorjahr. Bezogen auf die ambulante Versorgung liegt das aktuelle Ergebnis bei 78,22 von 100 Punkten im Vergleich zum korrigierten Vorjahresergebnis von 74,4 von 100 Punkten (nach Ausschluss der unplausiblen Dokumentationen, siehe letzter Abschnitt in diesem Kapitel). Im Stellungnahmeverfahren wurden 58 von 143 (40,1 %) der ambulant operierenden Leistungserbringer, die einen Dokumentationsbogen abgegeben haben, als qualitativ auffällig bewertet.

Bezogen auf die stationäre Versorgung liegt der aktuelle Wert (78,03/100 Punkte) etwas über dem korrigierten des Vorjahres (77,34/100 Punkte – ebenfalls nach Ausschluss der unplausiblen Dokumentationen). Von den 65 stationären Leistungserbringern, die einen Bogen abgegeben haben, wurden 23 als qualitativ auffällig bewertet (41,1 %).

Festzuhalten bleibt, dass sich die rechnerischen Indikatorergebnisse im Vergleich zum Vorjahr nur leicht verändert haben. Die Qualitätsindikatorergebnisse des Teils HI sind aus Sicht der Expertinnen und Experten noch verbesserungsbedürftig. Die Kennzahlergebnisse liegen für ambulant operierende Leistungserbringer zwischen 53,2 und 94,3 Punkten und für stationäre Leistungserbringer zwischen 37,7 und 98,7 Punkten. Mit Ausnahme der Kennzahlen zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien ist der Anteil der Leistungserbringer, die die Qualitätsanforderungen je Kennzahl gar nicht erfüllt haben (0 Punkte), aus Sicht der Expertinnen und Experten zu hoch.

Tabelle 5: QI 1000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahl- ergebnis	AJ 2025 Leis- tungserbringer mit 0 Punkten
QI – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	78,2 / 100 Punkte	0 / 3.118 (0,00%)
KeZ – Interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	85,6 / 100 Punkte	180 / 3.118 (5,77 %)
KeZ – Interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie	73,5 / 100 Punkte	694 / 3.118 (22,26 %)
KeZ – Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	94,3 / 100 Punkte	164 / 3.118 (5,26 %)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahl- ergebnis	AJ 2025 Leis- tungserbringer mit 0 Punkten
KeZ - Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel	87,8 / 100 Punkte	254 / 3.118 (8,15 %)
KeZ - Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA- Besiedelung/Infektion	85,6 / 100 Punkte	449 / 3.118 (14,40 %)
KeZ - Haarentfernung vor OP	80,9 / 100 Punkte	603 / 3.118 (19,34 %)
KeZ - Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien	91,0 / 100 Punkte	17 / 3.118 (0,55 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenz- lage/-therapie	55,7 / 100 Punkte	863 / 3.118 (27,68 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zur Hygiene und Infekti- onsprävention	53,2 / 100 Punkte	957 / 3.118 (30,69 %)
KeZ - Durchführung von Compliance-Beobachtun- gen	74,8 / 100 Punkte	785 / 3.118 (25,18 %)

Das niedrigste Ergebnis erreichten die Leistungserbringer in der Kennzahl zu Schulungsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention (53,2 / 100 Punkten). Das bedeutet, dass im Schnitt ca. die Hälfte der geforderten Schulungen durchgeführt wurde. Diese Kennzahl ist gleichzeitig diejenige mit dem größten Anteil (ca. 30 %) an Leistungserbringern mit 0 Punkten.

Aus Sicht des Expertengremiums sind die in der Kennzahl zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien abgebildeten Inhalte besonders kritisch und sollten daher unbedingt eingehalten werden. Die ambulant operierenden Leistungserbringer erreichten in dieser Kennzahl 91,0 von 100 Punkten. 17 Leistungserbringer – und damit die wenigsten Leistungserbringer im Vergleich zu den anderen Kennzahlen des QI 1000 – erreichten 0 Punkte.

Tabelle 6: QI 2000: Ergebnisse des QI und der Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung inklusive Anzahl der LE mit 0 Punkten (AJ 2025)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahl- ergebnis	AJ 2025 Leistungserbrin- ger mit 0 Punkten
QI - Hygiene- und Infektionsma- nagement – stationäre Versorgung	78,0 / 100 Punkte	0 / 1.178 (0,00 %)
KeZ - Interne Leitlinie zur periopera- tiven Antibiotikaphylaxe	85,7 / 100 Punkte	27 / 1.178 (2,29 %)
KeZ - Interne Leitlinie zur Antibiotika- therapie	86,9 / 100 Punkte	61 / 1.178 (5,18 %)
KeZ - Arbeitsanweisung zur präope- rativen Antiseptik des OP-Feldes	97,4 / 100 Punkte	25 / 1.178 (2,12 %)

Bezeichnung/Thema	AJ 2025 QI/Kennzahl- er- gebnis	AJ 2025 Leistungserbrin- ger mit 0 Punkten
KeZ - Interner Standard zu Wundver- sorgung und Verbandswechsel	91,4 / 100 Punkte	18 / 1.178 (1,53 %)
KeZ - Patienteninformation zur Hygi- ene bei MRSA-Besiedelung/Infektion	98,7 / 100 Punkte	15 / 1.178 (1,27 %)
KeZ - Haarentfernung vor OP	94,9 / 100 Punkte	60 / 1.178 (5,09 %)
KeZ - Aufbereitung von OP-Instru- menten und OP-Materialien	97,6 / 100 Punkte	0 / 1.178 (0,00 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage/-therapie	33,2 / 100 Punkte	503 / 1.178 (42,70 %)
KeZ - Info-Veranstaltungen zur Hygi- ene und Infektionsprävention	56,7 / 100 Punkte	223 / 1.178 (18,93 %)
KeZ - Durchführung von Compliance- Beobachtungen	37,7 / 100 Punkte	504 / 1.178 (42,78 %)

Das niedrigste Ergebnis erreichten die Leistungserbringer in der Kennzahl zu Info-Veranstaltungen zu Antibiotikaresistenzlage/-therapie (33,2 von 100 Punkten). Das bedeutet, dass im Schnitt ca. ein Drittel der geforderten Schulungen durchgeführt worden ist. Diese Kennzahl ist gleichzeitig diejenige mit dem zweitgrößten Anteil (ca. 42,70 %) an Leistungserbringern mit 0 Punkten. Der Anteil an Leistungserbringern ohne Punkte in dieser Kennzahl hat sich im Vergleich zum AJ 2024 um 1,8 Prozentpunkte verbessert.

Aus Sicht des Expertengremiums sind die in der Kennzahl zur Aufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien abgebildeten Inhalte besonders kritisch und sollten daher unbedingt eingehalten werden. Die stationär operierenden Leistungserbringer erreichten in dieser Kennzahl 97,6 von 100 Punkten. Dies ist die einzige Kennzahl, in der sämtliche Leistungserbringer mehr als 0 Punkte erreichten.

Hinsichtlich der Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000) wurden zum EJ 2023 von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht, was aufgrund einer fehlenden Plausibilitätsprüfung nicht verhindert wurde. Diese unplausiblen Angaben führten zu falsch hohen Ergebnissen bei den betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators im AJ 2024. Zum EJ 2024 wurde eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, welche die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt, sodass die QI-Ergebnisse des AJ 2025 nicht mehr von diesen unplausiblen Angaben betroffen sind. Aufgrund des falsch hohen QI-Ergebnisses im AJ 2024 ist das Ergebnis des QI 2000 im AJ 2025 nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	76,49 ² / 100 Punkte	78,22 / 100 Punkte (≥ 49,56 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-A

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	2023	145 von 2.911	4,98	15
		2024	155 von 3.118	4,97	23

Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	77,34 ³ / 100 Punkte	78,03 / 100 Punkte (≥ 62,17 / 100 Punkte; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	nicht vergleichbar

² Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahl-ergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (91,40); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

³ Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahl-ergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis.

Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-HI-S

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	2023	58 von 1.199	4,84	11
		2024	58 von 1.178	4,92	11

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 11: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	74,47	76,49 ⁴	78,22
rechnerische Auffälligkeiten	127 von 3.079 4,12 %	145 von 2.911 4,98 %	155 von 3.118 4,97 % (Refbereich: ≥ 49,56; 5. Perzentil über alle Leistungs- erbringer)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	62 / 456 (13,60 %)	253 / 580 (43,62 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	62 / 3.079 (2,01 %)	253 / 2.911 (8,69 %)	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators ist ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der ambulanten Versorgung, operationalisiert über die Umsetzung der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Das QI-Ergebnis und die Kennzahlresultate haben sich im Vergleich zum Vorjahr (unter Ausschluss offensichtlich unplausibler Dokumentationen, wie in Tabelle 11 dargestellt und bzw. Abschnitt 2.2.1 beschrieben) leicht verbessert.

Die stärkste Verbesserung wurde für die Kennzahl zur Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung bzw. -Infektion erreicht (+4,1 Punkte).

Im Stellungnahmeverfahren zum AJ 2025 wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich mehr Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Wesentlicher Grund hierfür ist eine andere Dokumentation der Landesarbeitsgemeinschaften in den Qualitätssicherungsergebnisberichten. Für das Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 wurde häufiger als im Vorjahr richtig dokumentiert, wenn für einen Leistungserbringer kein QS-Dokumentationsbogen vorlag. Diese Leistungserbringer wurden im überwiegenden Teil der Fälle als qualitativ auffällig bewertet. Als Grund für qualitative Auffälligkeiten wurde entsprechend häufig genannt, dass die Daten nicht fristgerecht übermittelt wurden.

Von den 580 Auffälligkeiten bezogen sich 143 auf Leistungserbringer, zu denen ein Dokumentationsbogen und ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht vorlag. Von diesen 143 Leistungserbringern wurden 58 (40,1 %) als qualitativ auffällig bewertet.

⁴ Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlresultaten und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (91,4); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

Typische Begründungen für die Bewertung als qualitativ auffällig nach Stellungnahmeverfahren, die basierend auf einer vorliegenden Dokumentation geführt wurden, sind die Abweichung vom Referenzbereich und niedrige Ergebnisse in einzelnen Kennzahlen.

Tabelle 12: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	74,93	77,34 ⁵	78,03
rechnerische Auffälligkeiten	64 von 1.295 4,94 %	58 von 1.199 4,84 %	58 von 1.178 4,92 % (Refbereich: ≥ 62,17; 5. Perzentil über alle Leistungser- bringer)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	30 / 116 (25,86 %)	74 / 189 (39,15 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	30 / 1.295 (2,32 %)	74 / 1.199 (6,17 %)	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators ist ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der stationären Versorgung, operationalisiert mittels der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Das QI-Ergebnis liegt leicht über dem des Vorjahres (unter Ausschluss offensichtlich unplausibler Angaben, wie in Tabelle 12 dargestellt und in Abschnitt 2.2.1 beschrieben).

Dabei haben sich auch einige Kennzahlenergebnisse verbessert. Die stärkste Verbesserung wurde in der Kennzahl zu Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention erreicht (+3,4 Punkte).

Im Stellungnahmeverfahren zum AJ 2024 wurden im Vergleich zum Vorjahr deutlich mehr Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Genauso wie für den QI zur ambulanten Versorgung ist eine andere Dokumentation der LAG der wesentliche Unterschied im Vergleich zum Vorjahr.

Als Grund für die Bewertung „qualitativ auffällig“ wurde entsprechend häufig angegeben, dass die Daten nicht fristgerecht übermittelt wurden.

Von den 189 Auffälligkeiten bezogen sich 56 auf Leistungserbringer, zu denen ein Dokumentationsbogen und ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht vorlag. Von diesen 56 Leistungserbringern wurden 23 (41,1 %) als qualitativ auffällig bewertet.

⁵ Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlenergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (85,2); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

Typische inhaltliche Begründungen für die Bewertung als qualitativ auffällig nach Stellungnahmeverfahren, die basierend auf einer vorliegenden Dokumentation geführt wurden, sind die Abweichung vom Referenzbereich und niedrige Ergebnisse in einzelnen Kennzahlen.

Methodische Limitationen

Wie auch im letzten Bundesqualitätsbericht dargestellt ist die Methodik der Berechnung der Indexindikatoren anpassungsbedürftig (IQTIG 2023: 82). Die Gleichgewichtung der zehn unterschiedlichen Kennzahlen ist nicht angemessen, da sie keinen fairen Leistungserbringervergleich ermöglicht.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Derzeit sind keine Auffälligkeitskriterien für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements definiert. Gemäß § 18 Satz 1 Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL ist bei Leistungserbringern, die keine QS-Dokumentationsbögen übermitteln, obwohl eine Dokumentationspflicht vorlag, das Einleiten eines Stellungnahmeverfahrens vorgesehen. Durch diese Regelung werden Unterdokumentationen adressiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.079	-	2.911	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.079	100,00	2.911	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	127	4,12	145	4,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,79	9	6,21
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	456	100,00	580	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	399	87,50	208	35,86
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	57	12,50	372	64,14
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	225	49,34	144	24,83
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	231	50,66	436	75,17
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	231	100,00	436	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,23
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,23
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	8	3,46	6	1,38
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	27	5,92	41	7,07
Bewertung als qualitativ auffällig	62	13,60	253	43,62
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	20	4,39	73	12,59
Sonstiges	114	25,00	63	10,86

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	25	n. a.	25	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.295	-	1.199	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.295	100,00	1.199	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	64	4,94	58	4,84
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	1	1,72
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	116	100,00	189	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	82	70,69	66	34,92
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	34	29,31	123	65,08
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	27	23,28	60	31,75
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	89	76,72	129	68,25
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	89	100,00	129	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	6	6,74	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	26	22,41	23	12,17
Bewertung als qualitativ auffällig	30	25,86	74	39,15

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	8	6,90	19	10,05
Sonstiges	19	16,38	13	6,88
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	6	n. a.	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsjahr 2024 waren 145 QI-Ergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung“ (ID 1000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch 208 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse zurückgemeldet. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig“ ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegen kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung“) oder 8 („andere Auffälligkeit“) korrekt gewesen.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die unplausible Differenz in der Zeile zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen ohne QSEB-Übermittlung zurückgegangen.

Die QI-Ergebnisse von 8,69 % (253 / 2.911) aller ambulanten Leistungserbringer, für die ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 58,03 % (253 / 436) aller Leistungserbringerergebnisse, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 43,62 % (253 / 580) aller Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen.

143 der ambulant operierenden Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen haben auch einen QS-Dokumentationsbogen abgegeben. Von diesen wurden 58, also 40,1 % als qualitativ auffällig bewertet. Entsprechend wurden 195 Leistungserbringer, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, als qualitativ auffällig bewertet.

Als Begründungen dafür, dass Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende oder unzureichende Stellungnahmen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereiches und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt. Begründungen für die Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden nicht übermittelt.

25-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden insbesondere mit festgestellten qualitativen Auffälligkeiten und der Sicherstellung der Teilnahme am Verfahren begründet. Einmal wurden Maßnahmen der Stufe 2 aufgrund der wiederholten rechnerischen Auffälligkeit

sowie der wiederholten fehlenden Kooperation eines Leistungserbringers im Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Die QI-Ergebnisse von 6,17 % (74 / 1.199) aller stationären Leistungserbringer, für die ein Datensatz im Qualitätssicherungsergebnisbericht übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet, das sind 57,36 % (74 / 129) aller Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 39,15 % aller auffälligen Ergebnisse.

65 der stationär operierenden Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen haben auch einen QS-Dokumentationsbogen abgegeben. Von diesen wurden 23, also 41,1% als qualitativ auffällig bewertet. Entsprechend wurden 51 Leistungserbringer, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, als qualitativ auffällig bewertet.

Als Begründungen dafür, dass Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereiches (ohne nähere Ausführungen) und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Als Begründung für Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden insbesondere Einzelfälle (ohne nähere Ausführungen), Dokumentationsfehler sowie eingeleitete Maßnahmen, die von der zuständigen Fachkommission als zielführend für Qualitätsverbesserungen gewertet wurden, genannt.

Fünfmal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden mit Strukturproblemen aufgrund von Personalmangel, fehlenden Nachweisen bezüglich Informationsveranstaltungen und dem Fehlen einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie begründet.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

1 Hintergrund

Allgemeine Informationen zu dem Verfahren QS WI können Kapitel 1 des Teils zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Von den sechs Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3). Die Kennzahlen ohne Referenzbereich im Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP sowie auf nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen. Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie. Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist dies im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus anzugeben. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen im IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 3 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Code gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter

genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im EJ 2023 mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis erscheint somit akzeptabel. Denn auf der einen Seite mussten im EJ 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die QIs genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leistungserbringer, die ambulant operieren, erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand. Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im zweiten Jahr nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Tabelle 15: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)			
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Daten- quelle	Erfas- sungs- jahr
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresisten- ten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Daten- quelle	Erfas- sungs- jahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Im- plantat-Operationen)			
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-re- sistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Ope- rationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow- up)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresisten- ten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat- Operationen)			
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-re- sistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Ope- rationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresisten- ten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach statio- nären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach statio- nären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Daten- quelle	Erfas- sungs- jahr
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	QS-Doku- mentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul WI-NI-D sind seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, eines zur Unter- und eines zur Überdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul NWIF) definiert. Grundlage für die Jahresauswertung im Auswertungsjahr 2025 sind die QS-Dokumentationsdatensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2024 an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Ergebnisse der fallbezogenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Für die Indikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in den Auswertungsmodulen WI-NI-A und WI-NI-S des Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend der Einrichtung auf Basis der IKNR bzw. BSNR des Leistungserbringers, der die Tracer-Operation abgerechnet hat. Die Auffälligkeitskriterien (Auswertungsmodul WI-NI-D) zur fallbezogenen Dokumentation (NWIF) werden davon abweichend auf Standortebene ausgewertet.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Vollständigkeit liegt bezogen auf entlassende Standorte, die Daten übermittelt haben, bei annähernd 100 %. Lediglich 14 Standorte haben trotz Dokumentationspflicht keine Fälle übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze liegt bei 100,16 % und damit etwas unter dem Vorjahreswert von 100,63 %.

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Insgesamt sind 3.101.227 ambulant und stationär erbrachte Tracer-Operationen für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2023 berücksichtigt worden. Das sind 284.338 mehr als im vorausgehenden Erfassungsjahr 2022 (2.816.889), wobei davon fast 200.000 Fälle auf stationär erbrachte Tracer-Operationen entfallen.

Von den Krankenhäusern wurden Informationen zu 309.160 potenziellen postoperativen Wundinfektionen als QS-Daten mit Entlassung im Jahr 2023 übermittelt.

Für 76.206 der 78.991 Fälle (96,47 %), für die im QS-Dokumentationsbogen eine postoperative Wundinfektion mit Entlassung im Jahr 2023 dokumentiert wurde, konnten für die QI-Auswertung im Auswertungsjahr 2025 oder im Vorjahr zugehörige Sozialdaten verknüpft werden. Diese Verknüpfung ist die Voraussetzung für die Identifikation der Tracer-Operationen mit nachfolgend diagnostizierter postoperativer Wundinfektion.

Nach Überprüfung der Seitenlokalisierung der Tracer-Operation, der fachlichen Plausibilität, der Einhaltung der Follow-up-Zeiträume und der Berücksichtigung weiterer Ausschlüsse konnten 30.262 Fälle (38,31 % aller 78.991 fallbezogen dokumentierten Fälle (Modul NWIF) mit postoperativer Wundinfektion und Entlassung in 2023) mit einer Tracer-Operation verknüpft werden. 90,52 % (27.394 / 30.262) dieser mit Tracer-Operationen verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei denselben (stationären) Leistungserbringern diagnostiziert, bei denen auch die dazugehörige Tracer-Operation stattgefunden hat. Die übrigen 2.868 (9,48 %) der verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei Leistungserbringern diagnostiziert, die nicht die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt haben. Dies betrifft u. a. sämtliche Tracer-Operationen, die in ambulanten Praxen, ambulanten Operationszentren oder MVZ stattfanden.

Tabelle 18: Anzahl von Fällen, zu denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)

	Tracer-Operationen (Sozialdaten NWITR)	Infektionen (Sozialdaten NWIWI)	Infektionen (QS-Bögen NWIF)
Ambulant	706.257	-	-
Krankenhaus	204.008	-	-
Vertragsarzt	502.182	-	-
selektivvertraglich	67	-	-
Stationär	2.394.970	627.881	309.160

Tabelle 19: Anzahl von Leistungserbringern, von denen Daten zur Berechnung der Indikatoren übermittelt wurden (AJ 2025, EJ 2023)

	Tracer-Operationen (Sozialdaten NWITR)	Infektionen (Sozialdaten NWIWI)	Infektionen (QS-Bögen NWIF)
Ambulant	5.101	-	-
Krankenhaus	1.089	-	-
Vertragsarzt	4.004	-	-
selektivvertraglich	24	-	-
Stationär	1.152	1.442	1.610

Tabelle 20: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWIF

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	309.160	308.658	100,16
	Basisdatensatz	309.160		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.610	1.624	99,14

Tabelle 21: Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2025, EJ 2023) – WI-NI-A, WI-NI-S – Erfassungsmodul NWITR

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	706.257	5.101
Bund (Amb. Krankenhäuser)	204.008	1.089
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	502.182	4.004
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	67	24

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Stationäres Operieren)	2.394.970	1.152

Limitationen der Datenbasis

Berücksichtigung ausschließlich stationär dokumentierter, nosokomialer postoperativer Wundinfektionen

Im Verfahren QS WI gehen ausschließlich nosokomiale postoperative Wundinfektionen, die stationär dokumentiert wurden, in die Zähler der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein. Ambulant diagnostizierte postoperative Wundinfektionen werden für dieses QS-Verfahren nicht erfasst. Dies führt zu einer systematischen Unterschätzung insbesondere oberflächlicher Wundinfektionen (A1) nach ambulanten Operationen, weil A1-Wundinfektionen nach ambulanten Operationen in den meisten Fällen auch ambulant versorgt und diagnostiziert werden.⁶

Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Eine grundsätzliche Limitation bei der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist, dass diese zu Verzerrungen der QI-Ergebnisse führen kann. So kann es vorkommen, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) stationär durchgeführte Operationen rückwirkend ambulant abgerechnet werden müssen. Diese Operationen tauchen in den Auswertungen des IQTIG entsprechend als ambulante Operationen auf, obwohl sie stationär durchgeführt worden sind.

Aufgrund unterschiedlicher Interpretationen des Filters in der Sozialdatenspezifikation zwischen dem IQTIG und einigen Krankenkassen kann es zur Übermittlung nicht spezifizierter Datensätze kommen, die nicht als solche identifiziert werden können. Gleichzeitig kann es vorkommen, dass Datensätze nicht übermittelt werden, für die eine Übermittlung intendiert ist. Für das Erfassungsjahr 2025 wurde eine Vereinfachung des Filters umgesetzt, die die Interpretation vereinfachen soll.

Das IQTIG geht derzeit davon aus, dass Verzerrungen aufgrund der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nur einen geringen Einfluss auf den Bundeswert der Qualitätsindikatoren haben. Sollte es noch unbekannte größere Verzerrungen geben, so erwartet das IQTIG Hinweise darauf aus dem Stellungnahmeverfahren.

Selektivvertragliche Leistungserbringer

Zum Erfassungsmodul NWITR liegen dem IQTIG insgesamt 67 Fälle von 24 selektivvertraglichen Leistungserbringern vor. Zu Operationen selektivvertraglicher Leistungserbringer liegen keine operationsbezogenen Datumsangaben vor. Auch eine näherungsweise Ermittlung ist anhand der Daten, die übermittelt werden, nicht ausreichend möglich. Aufgrund dessen können diese Operationen nicht für die Berechnung der Indikatoren genutzt werden.

⁶ Das IQTIG hat im Bericht zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfohlen, A1-Infektionen nicht mehr für das QS-Verfahren QS WI zu erfassen/auszuwerten.

Fehlende Fälle nach § 115b SGB V

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden Teile der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht wie in der Sozialdatenspezifikation spezifiziert übermittelt. Es fehlen ca. 10 % der Fälle, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR). Wenn Daten in NWIWI bzw. NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Zähler bzw. Nenner der Indikatoren aus. Eine fehlende Übermittlung von Daten nach § 115b SGB V in NWIWI führt zu unterschätzten QI-Raten. Fehlen Tracer-Operationen bzw. Abrechnungsdaten nach § 115b SGB V im Modul NWITR, führt dies zu überschätzten QI-Raten.

Ausstehende Datenvalidierung

Bisher wurde noch keine Datenvalidierung zu den über die fallbezogene QS-Dokumentation für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen erfassten Daten (NWIF) durchgeführt. Entsprechend stehen keine direkten Informationen darüber zur Verfügung, in welchem Ausmaß ggf. nicht korrekt dokumentiert wird.

Zusammenfassung von an einem Tag abgerechneten Tracer-OPS-Kodes zu einer Operation

Da die OPS-Kodes ohne Angabe einer Uhrzeit übermittelt werden und je Operation mehrere OPS-Kodes dokumentiert werden können, werden OPS-Kodes, die an einem Tag durchgeführt werden, für die Auswertung der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu einer Tracer-Operation zusammengefasst. Das bedeutet, dass zu sämtlichen OPS-Kodes, die an einem Tag abgerechnet werden, nur ein Nennerfall und entsprechend maximal ein Zählerfall generiert werden kann.

Zuordnung von postoperativer Wundinfektion zu auslösendem Prozeduren- bzw. Diagnosekode in sehr seltenen Fällen nicht eindeutig möglich

Der QS-Dokumentationsbogen, auf dem eine vorliegende postoperative Wundinfektion zu dokumentieren ist, kann durch eine Reihe von OPS- bzw. ICD-Kodes ausgelöst werden. Die Angabe, ob bei einem Fall eine postoperative Wundinfektion vorgelegen hat, kann jedoch nur einmal pro Bogen angegeben werden. Entsprechend kann es in sehr seltenen Fällen – obwohl die Zuordnung einer dokumentierten Wundinfektion zu einer Tracer-Operation auf inhaltliche Sinnhaftigkeit geprüft wird – vorkommen, dass eine Zuordnung von einer Infektion zu einer Operation erfolgt, die mit dieser nicht in einem tatsächlichen Zusammenhang steht.

Identifikation belegärztlicher Leistungen

Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht als solche identifiziert werden. Es kann daher nicht separat angegeben werden, wie hoch der Anteil belegärztlicher Operationen an den stationären Operationen je Krankenhaus ist. Belegärztliche Leistungserbringer erhalten aus diesem Grund keine separaten Berichte zu ihren erbrachten Tracer-Operationen. Diese sind jedoch in den Ergebnissen der Krankenhäuser enthalten, an denen die belegärztlichen Operationen durchgeführt worden sind. Auswirkungen auf die berichteten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren ergeben sich hierdurch nicht.

Aussetzung der Datenerhebung im Jahr 2021 mit Einfluss auf die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2022

Da die Datenerhebung im Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt wurde, fehlen Informationen zu postoperativen Wundinfektionen aus Krankenhausaufenthalten mit Entlassung im Jahr 2021. Aus diesem Grund sind auch „Überlieger“ (Aufnahme im EJ 2021 und Entlassung im EJ 2022) nicht im Datensatz zum EJ 2022 (Auswertungsjahr 2024) enthalten. Dies führt zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 (Auswertungsjahr 2025).

Risikoadjustierung

Risikoadjustierung mittels Komorbiditäten mit unklarem POA-Status

Aufgrund eines Prozessfehlers ist die Risikoadjustierung mit Codes erfolgt, die im letzten Jahr im Vergleich zum vorletzten Jahr nicht mehr berücksichtigt worden sind. Es handelt sich um Codes zu Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen und zu Gerinnungsstörungen. Für diese Codes ist unklar, ob sie sich auf Sachverhalte beziehen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind oder ob sie bereits bei Aufnahme vorlagen (POA – Present on admission). Für die nächste Auswertung werden diese Codes nicht mehr für die Risikoadjustierung genutzt.

Whitelist

Im Verfahren QS WI wird für die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eine Liste von Kodekombinationen von Tracer-Operationen und Codes zu Wundinfektion eingesetzt („Whitelist“). Diese Whitelist ist Teil des Filters, der für die Zuordnung von Tracer-Operationen zu postoperativen Wundinfektionen genutzt wird. Operationen werden nur dann mit Infektionen verknüpft, wenn ein entsprechender Eintrag in der Whitelist vorhanden ist. So können Fehlzusammenhänge, z. B. nicht passende Lokalisationen, weitestgehend ausgeschlossen werden. Die Risikoadjustierung wurde für die vorliegende Auswertung basierend auf einer noch nicht für das EJ 2023 aktualisierten Whitelist durchgeführt. 2.000 Codes waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Whitelist enthalten (ca. 3 %), was zu einem leicht eingeschränkten Model-Fit führte. Zukünftig wird die Whitelist mit den zum Zeitpunkt der Erstellung der Risikoadjustierung vorliegenden Informationen aktualisiert, wodurch diese Limitation reduziert werden wird.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Bezüglich der Bewertung der Ergebnisse sind die in diesem Kapitel aufgeführten methodischen Limitationen (siehe Methodische Limitationen im BQB zum Verfahren QS WI, Teil 2 „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen im Abschnitt 2.2.2 des BQB) und die Limitationen der Datenbasis (siehe Abschnitt 2.1 im BQB zum Verfahren QS WI, Teil 2 „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen) zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Operationen bleiben im Auswertungsjahr 2025 auf dem Niveau des Vorjahres oder liegen

darunter. Von den Expertinnen und Experten des Expertengremiums QS WI werden die Ergebnisse daher – vorbehaltlich der Limitationen – wie auch in den Vorjahren als positiv niedrig bewertet. Nach stationären Operationen würden in der Literatur ca. dreimal höhere Wundinfektionsraten berichtet. Die Ursachen für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen aus dem Verfahren QS WI zu nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen und den Angaben in der Literatur liegen dabei zu großen Teilen in den umfangreichen, inhaltlich gut begründeten Ausschlüssen im Verfahren QS WI, die in der Literatur so häufig nicht erfolgen.

Gleichzeitig ermittelte das IQTIG für die stationären QI ein Verbesserungspotenzial von 17,7 % bis 29,1 %. Dies entspricht gemäß der IQTIG-Methodik einem eher hohen bzw. hohen Qualitätspotenzial. Leistungserbringerindividuell bestehen entsprechend Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten, die sich nach Ansicht des IQTIG durch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens verdichten. Für die ambulanten QI liegt das ermittelte Verbesserungspotenzial bei 2,3 % bzw. 3,8 % und wird als gering bzw. eher gering eingestuft.

Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbe- reich)	Vergleichbar- keit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,08 % O = 469 N = 561.059	0,09 % O = 600 N = 633.826 (≤ 1,00 Fall)	eingeschränkt vergleichbar
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 5 N = 633.826	eingeschränkt vergleichbar
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 0 N = 633.826	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)				
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,16 % O = 89 N = 54.379	0,13 % O = 92 N = 68.245 (≤ 1,00 Fall)	eingeschränkt vergleichbar
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = ≤ 3 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245	eingeschränkt vergleichbar
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 0 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbe- reich)	Vergleichbar- keit zum Vorjahr
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operatio- nen)*	x % 0 = ≤ 3 N = 393	x % 0 = ≤ 3 N = 461	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-A

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergeb- nissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechne- risch auffällig
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implan- tat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2022	57 von 5.103	1,12	-
		2023	88 von 5.013	1,76	8
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Ope- rationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	6 von 2.652	0,23	-
		2023	7 von 2.476	0,28	1

Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbe- reich)	Vergleichbar- keit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	1,14 O/E = 17.858 / 15.702,56 1,53 % O/N = 17.858 / 1.167.048	1,09 O/E = 18.367 / 16.863,05 1,49 % O/N = 18.367 / 1.235.190 (≤ 2,00; 95. Perzentil)	vergleichbar
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 88 N = 1.167.048	0,01 % O = 89 N = 1.235.190	eingeschränkt vergleichbar
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 58 N = 1.167.048	0,00 % O = 52 N = 1.235.190	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)				
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,11 O/E = 10.811 / 9.739,07 1,06 % O/N = 10.811 / 1.024.010	1,04 O/E = 11.419 / 10.949,27 0,99 % O/N = 11.419 / 1.152.761 (≤ 2,16; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 134 N = 1.024.010	0,01 % O = 142 N = 1.152.761	eingeschränkt vergleichbar
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 15 N = 1.024.010	0,00 % O = 22 N = 1.152.761	eingeschränkt vergleichbar
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,13 O/E = 12.251 / 10.819,63 1,05 % O/N = 12.251 / 1.167.048	1,09 O/E = 12.778 / 11.674,55 1,03 % O/N = 12.778 / 1.235.190 (≤ 2,25; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,11 O/E = 8.914 / 8.017,24 0,87 % O/N = 8.914 / 1.024.010	1,06 O/E = 9.578 / 9.003,25 0,83 % O/N = 9.578 / 1.152.761 (≤ 2,26; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbe- reich)	Vergleichbar- keit zum Vorjahr
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operatio- nen)*	8,41 % O = 1.779 N = 21.165	7,76 % O = 1.734 N = 22.356	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – WI-NI-S

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Er- gebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechne- risch auffällig
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat- Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	2022	57 von 1.165	4,89	-
		2023	55 von 1.117	4,92	16
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Opera- tionen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	54 von 1.147	4,71	-
		2023	54 von 1.117	4,83	14
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Im- plantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2022	56 von 1.165	4,81	-
		2023	55 von 1.117	4,92	14

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2022	53 von 1.147	4,62	-
		2023	54 von 1.117	4,83	16

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 26: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,0008 % O = 469 N = 561.059	0,0009 % O = 600 N = 633.826
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	57 von 5.103 1,12 %	88 von 5.061 1,74 % (Refbereich: ≤ 1,00)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	8 / 57 (14,04 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	8 / 5.103 (0,16 %)	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,09 % (600 / 633.826) und damit auf dem Niveau des Vorjahres: 0,08 % (469 / 561.059).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind 8 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 26 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,31 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im Mittelfeld.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass der Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs lag, dass keine Stellungnahme eingegangen ist oder dass die übermittelten Stellungnahmen als nicht ausreichend bewertet wurden. Nur eine Bewertung als qualitativ unauffällig wurde begründet. Hier konnte in zwei Fällen kein Bezug zwischen Infektion und Operation hergestellt werden.

Tabelle 27: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,0016 % O = 89 N = 54.379	0,0013 % O = 92 N = 68.245
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 2.652 0,23 %	7 von 2.677 0,26 % (Refbereich: ≤ 1,00)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 6 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 2.652 (0,00 %)	n. a.

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,13 % (92 / 68.245) und damit etwas unter dem Niveau des Vorjahres: 0,16 % (89 / 54.379).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind keine Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden und 4 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Zu den Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden in den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften keine Begründungen übermittelt.

Tabelle 28: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	x % O = ≤ 3 N = 393	x % O = ≤ 3 N = 461
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind. Im Ergebnis zeigt sich, dass im EJ 2023 weniger als 4 Patientinnen bzw. Patienten innerhalb von 30

Tagen nach einer tiefen postoperativen Wundinfektion in Folge einer ambulanten Operation verstorben sind. Beobachtet wurden 461 Fälle. Das Niveau wurde auf dem bereits sehr niedrigen Stand des Vorjahres gehalten.

Tabelle 29: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	x % $0 \leq 3$ N = 561.059	0,00 % 0 = 5 N = 633.826
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 30: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	x % $0 \leq 3$ N = 561.059	0,00 % 0 = 0 N = 633.826
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 31: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	0,00 % $0 \leq 3$ N = 54.379	0,00 % 0 = 0 N = 68.245
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 32: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 1502, 332400, 1503, 332401) liegen in einem Bereich, der aufgrund sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.⁷

Tabelle 33: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,14 O/E = 17.858 / 15.702,56 1,53 % O/N = 17.858 / 1.167.048	1,09 O/E = 18.367 / 16.863,05 1,49 % O/N = 18.367 / 1.235.190
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	57 von 1.165 4,89 %	55 von 1.117 4,92 % (Refbereich: ≤ 2,00; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	20 / 57 (35,09 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	20 / 1.165 (1,72 %)	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025 bei

⁷ Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Dokumentationsaufwand. Auch Rückmeldungen zu wenigen Fällen können für die betroffenen Leistungserbringer von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

1,49 % (18.367 / 1.235.190) und damit etwas unter dem Niveau des Vorjahres: 1,53 % (17.858 / 1.167.048).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 sind 20 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 29 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,69 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im oberen Drittel.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass keine Stellungnahme eingegangen ist, dass der Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs lag und Hinweise auf Qualitätsmängel durch die Stellungnahme bekräftigt wurden. Verschiedentlich wurden Leistungserbringer aufgefordert, die Qualitätskriterien zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden, insbesondere zu Informationsveranstaltungen und zu internen Leitlinien.

Zu sieben der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Am häufigsten werden die Risikostruktur des jeweiligen Patientenkollektivs bzw. besonders risikoreiche Eingriffe genannt. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen. Das Expertengremium betont darüber hinaus, dass auch nach Operationen mit grundsätzlich hohem Infektionsrisiko je nach Leistungserbringer mehr oder weniger Infektionen entstehen können.

Tabelle 34: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,11 O/E = 10.811 / 9.739,07 1,06 % O/N = 10.811 / 1.024.010	1,04 O/E = 11.419 / 10.949,27 0,99 % O/N = 11.419 / 1.152.761
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	54 von 1.147 4,71 %	54 von 1.117 4,83 % (Refbereich: ≤ 2,16; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	12 / 54 (22,22 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	12 / 1.147 (1,05 %)	n. a.

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infek-

tionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2025/2023 bei 0,99 % (11.419 / 1.152.761) und damit unter dem Niveau des Vorjahres: 1,06 % (10.811 / 1.024.010).

Im Stellungnahmeverfahren sind 12 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 32 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,38 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL etwas oberhalb des Mittelwertes. Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig mit konkreten Hinweisen auf Defizite, z. B. fehlende SOPs, fehlende infektionspräventive Maßnahmen oder die mangelnde Einhaltung von Leitlinien.

Zu einer der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde als Begründung die Risikostruktur des Patientenkollektivs angeführt und dass bereits Maßnahmen eingeleitet wurden. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen.

Tabelle 35: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,13 O/E = 12.251 / 10.819,63 1,05 % O/N = 12.251 / 1.167.048	1,09 O/E = 12.778 / 11.674,55 1,03 % O/N = 12.778 / 1.235.190
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	56 von 1.165 4,81 %	55 von 1.117 4,92 % (Refbereich: ≤ 2,25; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	11 / 56 (19,64 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	11 / 1.165 (0,94 %)	n. a.

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Erfassungsjahr 2023 bei 1,03 % (12.778 / 1.234.190) und damit leicht unter dem Niveau des Vorjahres: 1,05 % (12.251 / 1.167.048).

Im Stellungnahmeverfahren sind 11 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 39 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,28 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im Mittelfeld.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig mit konkreten Hinweisen auf Defizite, z. B. fehlende SOPs, fragwürdiger präoperativer Vorbereitung inklusive Rasur oder Mängeln bezogen auf Informationsveranstaltungen. Teilweise wurden Leistungserbringer aufgefordert, die

Qualitätskriterien zu Informationsveranstaltungen zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden.

Zu sechs der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Am häufigsten genannt werden die Risikostruktur des jeweiligen Patientenkollektivs bzw. besonders risikoreiche Eingriffe. Das Expertengremium kann diese Begründung mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen. Das EXG betont darüber hinaus, dass auch nach Operationen mit grundsätzlich hohem Infektionsrisiko je nach Leistungserbringer mehr oder weniger Infektionen entstehen können.

Tabelle 36: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - - O/N = - / - -	1,11 O/E = 8.914 / 8.017,24 0,87 % O/N = 8.914 / 1.024.010	1,06 O/E = 9.578 / 9.003,25 0,83 % O/N = 9.578 / 1.152.761
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	53 von 1.147 4,62 %	54 von 1.117 4,83 % (Refbereich: ≤ 2,26; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	5 / 53 (9,43 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	5 / 1.147 (0,44 %)	n. a.

Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2503)

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 90 Tagen nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Auswertungsjahr 2025 bei 0,83 % (9.578 / 1.152.761) und damit leicht unter dem Niveau des Vorjahres: 0,87 % (8.914 / 1.024.010).

Im Stellungnahmeverfahren wurden 5 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet und 38 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Das Verhältnis liegt mit 0,13 im Vergleich zu allen anderen Qualitätsindikatoren der DeQS-RL im unteren Drittel.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig z. B. mit der hohen Anzahl an Wundinfektionen oder damit, dass der Eindruck der Fachkommission, dass die chirurgischen Konzepte

für die Infektionen ursächlich sein könnten, im Stellungnahmeverfahren nicht ausgeräumt werden konnte. In einem Fall wurde der Leistungserbringer teilweise aufgefordert, die Qualitätskriterien zu Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und zur Durchführung von Compliance-Beobachtungen zu erfüllen, die im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement adressiert werden.

Zu einer der Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde als Begründung zum einen die Risikostruktur des Patientenkollektivs angeführt und zum anderen bereits eingeleitete Maßnahmen. Diese Begründung kann das Expertengremium mit Verweis auf die Risikoadjustierung ohne weitere Informationen nicht nachvollziehen.

Tabelle 37: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	8,41 % O = 1.779 N = 21.165	7,76 % O = 1.734 N = 22.356
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer stationär behandelten tiefen Wundinfektion (A2 bis A3), die nach einer stationär durchgeführten Operation entstanden ist, verstorben sind. Der Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten lag im Auswertungsjahr 2025 bei 7,76 % (1.734/ 22.356) und damit unter dem Niveau des Vorjahres: 8,41 % (1.779/ 21.165).

Tabelle 38: TKez 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,01 % O = 88 N = 1.167.048	0,01 % O = 89 N = 1.235.190
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 39: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,01 % O = 134 N = 1.024.010	0,01 % O = 142 N = 1.152.761
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 40: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 58 N = 1.167.048	0,00 % O = 52 N = 1.235.190
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 41: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 15 N = 1.024.010	0,00 % O = 22 N = 1.152.761
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 1502, 332400, 1503, 332401) liegen in einem Bereich, der aufgrund sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.⁸

Methodische Limitationen

Das Verfahren QS WI fokussiert auf Wundinfektionen, die stationär diagnostiziert werden. Ob Patientinnen und Patienten mit oder aufgrund einer Wundinfektion stationär versorgt werden, ist dabei unerheblich. Oberflächliche Wundinfektionen (Infektionstiefe A1) nach ambulanten Operationen werden meist nur dann erfasst, wenn Patientinnen oder Patienten aus anderen Gründen als der postoperativen Wundinfektion stationär aufgenommen werden. Oberflächliche Wundinfektionen nach stationär durchgeführten Operationen fallen hingegen meist bereits während des stationären Aufenthalts auf und werden daher im Gegensatz zu oberflächlichen Wundinfektionen nach ambulant durchgeführten Operationen öfter erfasst.

Im Zuge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wurden Einschränkungen der Objektivität hinsichtlich der Erhebung von oberflächlichen Wundinfektionen (A1) aufgrund von Herausforderungen bezüglich der Abgrenzung von nicht infektiösen Wundheilungsstörungen ermittelt. Daher empfahl das IQTIG infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, A1-Infektionen nicht mehr für die Qualitätsmessung zu erheben.

Auch nach stationären Wundinfektionen können im niedergelassenen Bereich postoperative Wundinfektionen diagnostiziert werden, die entsprechend nicht als Zähler in den Qualitätsindikator eingehen können. Grund dafür ist, dass der Dokumentationsbogen zum Erfassungsmodul NWIF, auf dem die nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für dieses Verfahren festgehalten werden, nur in Krankenhäusern ausgefüllt wird.

Oberflächliche postoperative Wundinfektionen (A1) sind von dieser Limitation am stärksten betroffen, weil sie sowohl nach ambulant als auch nach stationär durchgeführten Operationen in der Regel ambulant versorgt werden können. Weniger betroffen von dieser Limitation sind die Indikatoren zu tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (A2 und A3), da diese Infektionen in der Regel stationär behandlungsbedürftig sind.

Auch wenn es keine Limitation der Indikatoren darstellt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu ambulanten und zu stationären Operationen nicht miteinander vergleichbar sind. Grund dafür ist, dass jeweils andere Operationen in die Nenner der Indikatoren einfließen. So werden bspw. ambulant weniger komplizierte und damit weniger risikobehaftete Operationen durchgeführt als stationär.

⁸ Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Aufwand und kann von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul WI-NI-D werden im Erfassungsjahr 2024 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation wurden für das Erfassungsjahr 2023 erstmals berechnet. Das IQTIG wertet die leicht über 100 % liegenden Ergebnisse als unauffällig.

Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≥ 95,00 %)
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≤ 110,00 %)

Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	46 von 1.605	2,87	0
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 1.605	0,81	0

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852303)

Tabelle 44: AK 852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	99,57 % O = 307.317 N = 308.658	100,02 % O = 318.625 N = 318.554
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	92 von 1.626 5,66 %	46 von 1.605 2,87 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	47 / 78 (60,26 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	47 / 1.626 (2,89 %)	n. a.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul WI-NI-D eine Dokumentationsrate von 100,02 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 46 von 1.605 der entlassenden Standorte ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 852304)

Tabelle 45: AK 852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	99,57 % O = 307.317 N = 308.658	100,02 % O = 318.625 N = 318.554
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	24 von 1.626 1,48 %	13 von 1.605 0,81 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	15 / 25 (60,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	15 / 1.626 (0,92 %)	n. a.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul WI-NI-D eine Dokumentationsrate von $100,02\%$, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 13 von 1.605 der entlassenden Standorte ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

2.3.2 Detailergebnisse

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

In den Modulen NWITR und NWIWI werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 insgesamt 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.⁹ Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 46 sind die im AJ 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

⁹ Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollständigkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,94 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,10 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,99 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,17 %.
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	74 von 94	74 von 94	-	-	Es ist von einer Vollständigkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 85,82 %.	Es ist von einer Vollständigkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 86,15 %.	-	-
24	Unplausible Anzahl an Leistungs-	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Kran-	35 von 94	28 von 94	31 von 94	30 von 94	Es ist von einer Vollständigkeit der ambulanten	Es ist von einer Vollständigkeit der ambulanten	Es ist von einer Vollständigkeit der ambulanten	Die geschätzte Vollständigkeit der stationären Fälle nach

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollständigkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWII (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWII (EJ 2024)
	und Medikationsfällen	kenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.					Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 92,66 %.	Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 93,17 %.	Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 91,72 %.	§ 301 SGB V liegt bei 99,88 %, der kollektivvertraglichen Fälle nach § 295 SGB V im Bereich von 99,09 %, sowie der ambulanten Krankenhausfälle nach 115b SGB V im Bereich von 91,66 %.
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.			1 von 94				Es ist von Vollständigkeit der Elixhauser-Diagnosen in Fällen nach § 301 SGB V im Bereich von 99,81 %.	

Von einer Deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teil Datensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „*Fehlende Datenlieferung*“ erzeugt. Hierdurch ist jedoch mit keiner Beeinträchtigung der in AJ 2025 auszuwertenden sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu rechnen.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Der Einfluss unvollzähliger Daten im ambulanten Krankenhausbereich wurde bereits unter „Limitationen der Datenbasis (siehe Abschnitt 2.1) diskutiert.

Tabelle 47: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollständigkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,94 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,10 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,99 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,17 %.
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen gelie-	74 von 94	74 von 94	-	-	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 85,82 %.	Die geschätzte Vollständigkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 86,15 %.	-	-

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollständigkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWWI (EJ 2024)
		fert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.								
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	35 von 94	28 von 94	31 von 94	30 von 94	Die geschätzte Vollständigkeit der ambulanten Krankenhaufälle nach 115b SGB V liegt bei 92,66 %.	Die geschätzte Vollständigkeit der ambulanten Krankenhaufälle nach 115b SGB V liegt bei 93,17 %.	Die geschätzte Vollständigkeit der ambulanten Krankenhaufälle nach 115b SGB V liegt bei 91,72 %.	Die geschätzte Vollständigkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,88 %, der kollektivvertraglichen Fälle nach § 295 SGB V bei 99,09 %, sowie der ambulanten Krankenhaufälle nach 115b SGB V bei 91,66 %.

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollständigkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)	NWITR (EJ 2023)	NWITR (EJ 2024)	NWWI (EJ 2023)	NWIWI (EJ 2024)
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.			1 von 94				Die geschätzte Vollständigkeit der Elixhauser-Diagnosen in Fällen nach § 301 SGB V liegt bei 99,81 %.	

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist jedoch mit keiner Beeinträchtigung der in AJ 2025 auszuwertenden sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu rechnen.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	-	-	15.510	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	-	-	7.755	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	-	-	63	0,81
davon ohne QSEB-Übermittlung	-	-	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	-	-	63	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	-	-	63	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	-	-	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	-	-	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	21	33,33
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	42	66,67
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	42	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	-	-	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	-	-	30	47,62
Bewertung als qualitativ auffällig	-	-	8	12,70
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	-	-	1	1,59
Sonstiges	-	-	3	4,76

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	-	-	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	-	-	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	-	-	6.936	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	-	-	4.624	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	-	-	220	4,76
davon ohne QSEB-Übermittlung	-	-	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	-	-	220	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	-	-	220	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	-	-	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	-	-	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	12	5,45
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	-	-	208	94,55
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	208	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	-	-	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	-	-	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	-	-	138	62,73
Bewertung als qualitativ auffällig	-	-	48	21,82

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	-	-	1	0,45
Sonstiges	-	-	21	9,55
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	-	-	17	n. a.
Maßnahmenstufe 2	-	-	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen wurden 42 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. zwei Drittel aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 8 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (12,7 %). 2 Mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen wurden 208 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. 95 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 48 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (21,82 %). 17 Mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-A

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten
63	0	0	8	0	0

Kein Leistungserbringer hat in Indikatoren bezogen auf ambulante Operationen mehr als eine rechnerische bzw. qualitative Auffälligkeit. Dies steht im direkten Zusammenhang damit, dass Leistungserbringer im Modul WI-NI-A nur in zwei Indikatoren auffällig werden können und im AJ 2024 nur sechs Leistungserbringer im Indikator „Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten.

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – WI-NI-S

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
69	66	6	19	13	1

Da dieselben Fälle in mehrere QI eingehen können, können Leistungserbringer im QS-Verfahren QS WI im Verfahrensteil NI in mehreren QI aufgrund derselben Fälle auffällig werden. Dadurch ist die Aussagekraft der in der Tabelle angegebenen Werte eingeschränkt. Ist ein Leistungsbringer in 3 QI auffällig, so sind jedoch mindestens zwei Indikatoren mit unterschiedlichen Fälle betroffen. Wenn Leistungserbringer ≥ 3 Auffälligkeiten haben, kann dies als Hinweis auf ein größeres Qualitätsproblem gewertet werden. Die Anzahl von nur 6 bzw. 1 Leistungserbringer mit ≥ 3 Auffälligkeiten wertet das IQTIG vor diesem Hintergrund positiv.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Verfahren QS WI sind keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität definiert. Zur Vollzähligkeit wurden die Auffälligkeitskriterien-Ergebnisse erstmals im Auswertungsjahr 2024 (Auswertungsmodul WI-NI-D) berichtet.

Als Begründungen für die insgesamt 62 Bewertungen als qualitativ auffällig wurden nicht dokumentierte Datensätze, nicht vorgelegte Stellungnahmen sowie unzureichende Stellungnahmen genannt.

Als Begründung für die insgesamt 5 Bewertungen als qualitativ unauffällig wurde in erster Linie darauf verwiesen, dass der Bogen aufgrund eines Spezifikationsfehlers nicht abgeschlossen werden konnte.¹⁰ In einem Fall wurden vereinzelte Dokumentationsprobleme ohne Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität genannt.

5-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Diese wurden mit der fehlenden Analyse der Ursache der Unterdokumentation durch die Leistungserbringer bzw. mit der mangelnden Sicherstellung der Teilnahme am Verfahren begründet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht durchgeführt.

¹⁰ Das IQTIG hat über den Fehler im LAG-Informationsschreiben 19.1/2024 berichtet.

Evaluation

Im Verfahrensteil Nosokomiale postoperative Wundinfektionen ist der Anteil der Fälle, für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion mit Entlassung im Jahr 2023 dokumentiert wurde und die mit einem über die Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelten Datensatz verknüpft werden konnten, ein wesentlicher Indikator für die Wirksamkeit des Verfahrens. Dieser Anteil ist über die letzten Jahre kontinuierlich gestiegen und liegt mit 96,47 % auf dem höchsten Niveau seit Einführung des Verfahrens.

Rückmeldungen zur Evaluation des Verfahrens liegen aus Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen vor. Von 12 Landesarbeitsgemeinschaften wurden entsprechend keine Hinweise auf Probleme mit dem QS-Verfahren berichtet. Mit vier Ausnahmen wurden die übermittelten Probleme jeweils von einer Landesarbeitsgemeinschaft genannt. Diese Ausnahmen sind Hinweise auf Verständnisschwierigkeiten bezogen auf die einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, Hinweise auf Herausforderungen im Stellungnahmeverfahren, das Vorliegen nicht entschlüsselter Leistungserbringerpseudonyme sowie auf Stellungnahmeverfahren basierend auf denselben Fällen zu unterschiedlichen QI. Diese wurden von je zwei Landesarbeitsgemeinschaften berichtet. Insgesamt wurden im Vergleich zu den Vorjahren zu deutlich weniger und zu deutlich weniger gravierenden Schwierigkeiten berichtet. Für einen großen Teil der wesentlichen berichteten Probleme wurden bereits Lösungen umgesetzt oder wurden auf den Weg gebracht. Diese sind:

- Anpassung der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen, um Unklarheiten bezüglich der Definition von Stationsarten zu adressieren.
- Anpassung der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen zur Auflösung von Fehlern, die in wenigen Fällen einen Dokumentationsabschluss verhindert haben.
- Empfehlung zur Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.
- Entwicklung einer Methodik für das Stellungnahmeverfahren (QS ASSESS) für einen systematischen Umgang mit rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen.
- Fokussierung auf Infektionstiefen A2 und A3 gemäß den Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Das damit verbundene Aussetzen der Indikatoren 2500 und 2501 würde u. a. zur Beseitigung von Redundanzen im Stellungnahmeverfahren führen.
- Entbindung der belegärztlichen Leistungserbringer von der Dokumentationspflicht gemäß Beschluss des G-BA auf Empfehlung des IQTIG.

Noch nicht gelöst sind zwei Sachverhalte:

- Krankenhäuser können aufgrund von Verbringungsleistungen dokumentationspflichtig werden, was z. B. auch Psychiatrien betrifft, auch wenn eine sinnvolle Dokumentation ggf. nicht möglich ist.
- Weiterhin gibt es Leistungserbringerpseudonyme, die nicht durch die Landesstellen entschlüsselt werden können.

Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht.

Entsprechend den richtungsweisenden Beschlüssen des G-BA vom 17. Juli 2025 ist davon auszugehen, dass das Verfahren ab dem EJ 2026 eingestellt wird. Datenlieferungen des EJ 2025 sind bereits auf das kommende Jahr verlegt, sodass dem IQTIG für das derzeit laufende EJ voraussichtlich unvollständige Daten vorliegen werden. Vollständige Auswertungen wären folglich bis zum EJ 2024 möglich. Somit wird das IQTIG im AJ 2026 voraussichtlich das letzte Mal zum Verfahren *QS WI* berichten.

Die Ergebnisse des Verfahrens zeigen, dass deutschlandweit weiterhin Defizite in der Vermeidung nosokomialer Infektionen bestehen. Viele Leistungserbringer zeigen ein hohes individuelles Verbesserungspotenzial. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens unterstreichen, dass diese von den Landesarbeitsgemeinschaften identifiziert und adressiert wurden.

Entsprechend ist das Thema von hoher Bedeutung für die Patientensicherheit, sodass eine Adressierung durch eine Qualitätssicherung des G-BA auch weiterhin relevant ist – auch, um dem gesetzlichen Auftrag nach § 136a Abs. 1 SGB V auch künftig nachzukommen.

Dies wird u. a. deutlich anhand der bereits bestehenden Erfassung von postoperativen und eingriffsspezifischen (Wund-)Infektionen in verschiedenen QS-Verfahren der DeQS-RL. Zum einen erfolgt die kontinuierliche Erfassung von (Wund-)Infektionen in bislang vier themenspezifischen Bestimmungen (QS-Verfahren *Cholezystektomie*, QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*, QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*, QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren*) sowie in den Verfahren *Hüftgelenkversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung*.

Zum anderen wird im neu implementierten QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis* ebenso die Hygiene in Krankenhäusern adressiert. Ab dem 1. Januar 2026 werden Daten zur im Krankenhaus erbrachten Diagnostik und Behandlung der Sepsis bei volljährigen Patientinnen und Patienten erhoben und mit Daten der Krankenkassen verknüpft, um den Verlauf einer Sepsis aufzuzeigen.

Darüber hinaus wird der G-BA fachlich zusammen mit dem IQTIG weitere Optionen zur Berücksichtigung der hygienebezogenen Qualitätssicherung prüfen sowie beraten und bei Bedarf auch entsprechende Aufträge erteilen.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am: 09.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* im Rahmen der Erprobung. Auftragspunkte I. 2.a), b), d), e), f) und j). Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 20.02.2025).