



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen



QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen

Einrichtungsbefragung 3.1

Stand: 24. November 2015

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Thema:

QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen*. Einrichtungsbefragung 3.1

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stand:

24. November 2015

Hinweis:

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

Anschrift des Herausgebers:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 585826-0
Telefax: (030) 585826-999

info@iqtig.org

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Einrichtungsbefragung 3.1	4
QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen	4
Indikatoren zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“	4
Indikatoren zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“	7
QS-Dokumentationsbogen (einrichtungsbezogen stationär); Berechnung	31
Indikatoren zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“	32
Indikatoren zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“	33
QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – ambulant operierende Einrichtungen	49
Indikator zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“	50
Indikatoren zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“	51
QS-Dokumentationsbogen (ambulante Einrichtungen); Berechnung	79
Indikator zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“	81
Indikatoren zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“	82

Einrichtungsbefragung 3.1

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen

Nr.	Anzahl operativer Fälle	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
1.	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem gesamten Krankenhaus?	----- Fälle	Es sollen nur die im Erfassungsjahr entlassenen Patienten aufgezählt werden. Als operative Fälle gelten alle nach G-DRG-System (Partition O) kodierten Fälle unabhängig von Tracer-Eingriffen oder Fachgebieten

Indikatoren zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 19	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen		
2.		Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Als Intensivstation zählen in Anlehnung an die Krankenhausstatistik des Bundes (www.gbe-bund.de/gbe10/F?F=2036D) alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“ nach Krankenhausplan (Förderbescheid). Zur Abgrenzung einer Station von Einzelbetten ist es erforderlich, dass eine eigene interne Kostenstelle für diesen Bereich geführt

			wird, die es u.a. erlaubt, die Bestell-/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren. Aufwachbereiche/-stationen oder Intermediate Care Stationen sind keine Intensivstationen.
	<i>Wenn Datenfeld 2 = Ja</i>		
3.	Wie viele Patiententage lagen im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?	----- Patiententage	Das Datenfeld dient als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen und lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS/), Intensivstationen mit Schlüssel „Chirurgie“, „andere operative Fächer“ oder „interdisziplinär“). Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen sind keine Intensivstationen. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG auf den eingeschlossenen Intensivstationen.
	<i>Wenn Datenfeld 2 = Ja</i>		
4.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln (in Litern) im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?	-----, _Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 20	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
5.		Wie viele Patiententage lagen im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?	----- Patiententage	Das Datenfeld dient als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen und lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS/). Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, etc.) zählen als Allgemeinstationen. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG auf den eingeschlossenen Stationen.
6.		Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln (in Litern) im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?	-----, _ Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/HAND-KISS/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Indikatoren zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 13_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen		
7.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte Ihres Krankenhauses gelten (fachübergreifende Leitlinie oder Leitlinien für alle Fächer).</p> <p>Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html) dienen.</p>
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>			
8.		Welche Inhalte werden in der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihres Krankenhauses thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe ▪ Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) ▪ Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

	Wenn Datenfeld 7 = Ja		
9.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie Ihres Krankenhauses zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für alle ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie im OP-Bereich und auf den operativen Stationen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
	Wenn Datenfeld 7 = Ja		
10.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihres Krankenhauses erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es sollen nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen (IfSG z.B. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf bzw. Hygieneverordnungen der Länder: http://www.krankenhaushygiene.de/informationen/nachgefragt/288) berücksichtigen.

	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
11.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch die die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neue, leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefarzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
12.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprofylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste, anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten, strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	WHO Surgical Checklist z.B.: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/2/9789241598590_eng_Checklist.pdf
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja UND Datenfeld 12 = Ja</i>		
13.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrem Krankenhaus stichprobenartig ausgewertet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 16_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen		
14.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte Ihres Krankenhauses gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend.</p> <p>Die Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen Leitlinie geregelt sein.</p> <p>Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html dienen.</p>
		<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
15.		Kann jeder ärztliche Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für alle ärztlichen Mitarbeiter elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie im OP-Bereich und auf den

			Stationen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
	<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
16.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihres Krankenhauses erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es sollen nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbearbeiteten Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG z.B. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf bzw. Hygieneverordnungen der Länder: http://www.krankenhaushygiene.de/informationen/nachgefragt/288) berücksichtigen.
	<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
17.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neue, leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefarzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
18.	Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in Ihrem Krankenhaus bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Haarentfernung indiziert ist? Mehrere Antworten möglich	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme		

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
		Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 19-34 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 19-34 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden mehrere Dienstleister verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.		
19.	Ist in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Die Frage bezieht sich auf die hygienische Risikoklassifizierung, wie sie in der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile) niedergelegt ist.

	<i>Wenn Datenfeld 19 = Ja</i>		
20.	Verwenden Sie in Ihrem Krankenhaus bei Ihren Operationen Sterilgut der Klassen <ul style="list-style-type: none"> ▪ kritisch A ▪ kritisch B ▪ kritisch C? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Risikoklassen sind in der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf? blob=publicationFile) beschrieben.
21.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)	
	<i>Wenn Datenfeld 20 = kritisch B = Ja UND Datenfeld 21 = Teilweise ODER Ja</i>		
22.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	
	<i>Wenn Datenfeld 20 = kritisch C = Ja UND Datenfeld 21 = Teilweise ODER Ja</i>		
23.	Führen sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	

24.	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein. Grundlage ist die KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile).
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
25.	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine Arbeitsanweisung gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für die betroffenen Mitarbeiter in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in dem Arbeitsbereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit dort eingesehen werden
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
26.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Dokumentation der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen sowohl textlich als auch bildlich (z.B. Foto) erfolgen.
27.	Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte(s) (RDG) erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.

			Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.
28.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“</p> <p>Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.</p> <p>Bei mehreren RDGs in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p> <p>Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen ▪ dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden. <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist</p>

			nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen. Siehe KRINKO-Empfehlung: (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Med-prod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile)
29.	Die letzte Wartung des Siegelnahtgeräts erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Bei mehreren Siegelnahtgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
30.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Dokumentation der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen sowohl textlich als auch bildlich (z.B. Foto) erfolgen.
31.	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.

32.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“</p> <p>Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.</p> <p>Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p> <p>Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen, dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden</p> <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.</p>
-----	---	---------	--

			Siehe KRINKO-Empfehlung: (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile) und Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/empfehlung_heissluft_validation.pdf).
33.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
34.	Gab es im Jahr (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gefragt wird nach einem systematischen Fehlermanagement über den gesamten Bereich der Sterilgutaufbereitung, für das eine Standardarbeitsanweisung und eine fortlaufende schriftliche Fehlerdokumentation (Fehlerdatum, -art, -ursache, -behebung) vorliegen müssen. (vergl. MPBetreibV §4)

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
35.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss im Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder

			<p>unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine entsprechende fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung entwickelt wurde bzw. bereits vorliegt <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für alle operativen Abteilungen eine fachgebietspezifische Arbeitsanweisung entwickelt wurde bzw. bereits vorliegt.
	<i>Wenn Datenfeld 34 = Ja</i>		
36.	<p>Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung Ihres Krankenhauses zur präoperativen Antiseptik thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion ▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels ▪ Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten
	<i>Wenn Datenfeld 34 = Ja</i>		
37.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betroffenen Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie im gesamten Krankenhaus elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nicht-sterilen Bereich des Krankenhauses in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können.

	<i>Wenn Datenfeld 34 = Ja</i>		
38.	Wurde die Arbeitsanweisung Ihres Krankenhauses zur präoperativen Antiseptik durch die Geschäftsführung/Hygienekommission freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neue, leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Aufgabe	Ausfüllhinweise
	ID 43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel		
39.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Der interne Standard muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards können nicht berücksichtigt werden. Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel soll sich sowohl auf chronische, als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen.

		<p>Die Frage kann nur mit „Ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein entsprechender, fachgebietsübergreifender interner Standard entwickelt wurde bzw. bereits vorliegt, <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für alle operativen Abteilungen ein fachgebietspezifischer interner Standard vorliegt. <p>Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um einen internen Standard handeln, der sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.</p> <p>Der interne Standard kann sich z.B. an der „Leitlinie Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel orientieren (http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Leitlinie_Wundmanagement/LLgesamtdokument.pdf).</p>
--	--	--

	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
40.	<p>Welche Inhalte werden in dem internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel Ihres Krankenhauses thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) ▪ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ▪ Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ▪ Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
41.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Der interne Standard gilt als für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich, wenn er im gesamten Krankenhaus elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in allen Räumen, in denen eine Wundversorgung stattfindet in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.
	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
42.	Die letzte Aktualisierung des internen Standards Ihres Krankenhauses zu Wundversorgung und Verbandwechsel erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.

	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
43.	Wurde der interne Standard Ihres Krankenhauses zu Wundversorgung und Verbandwechsel durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Sowohl ein neuer interner Standard als auch dessen Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden.</p> <p>Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung gelten hier als Teil der Geschäftsführung und sind zur Freigabe berechtigt.</p>

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie		
44.		Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ mit nebenstehender Mindestanforderung teilgenommen haben?	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben --- %	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln, die durch Fortbildungspunkte der Ärztekammern dokumentiert werden. Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lokales Erregerspektrum und Resistenzlage ▪ Antibiotikaphylaxe, Antibiotikatherapie ▪ Indikation für mikrobiologische Untersuchungen ▪ Antibiotika-Initialtherapie

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung																		
	ID 45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise																
45.		<p>Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihres Krankenhauses, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Küche 	<p><input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1115 655 1265 794">Anteil:</th> <th data-bbox="1265 655 1413 794">Personal nicht vorhanden:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1115 794 1265 853">___ %</td> <td data-bbox="1265 794 1413 853"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 853 1265 912">___ %</td> <td data-bbox="1265 853 1413 912"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 912 1265 971">___ %</td> <td data-bbox="1265 912 1413 971"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 971 1265 1031">___ %</td> <td data-bbox="1265 971 1413 1031"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 1031 1265 1090">___ %</td> <td data-bbox="1265 1031 1413 1090"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 1090 1265 1149">___ %</td> <td data-bbox="1265 1090 1413 1149"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1115 1149 1265 1184">___ %</td> <td data-bbox="1265 1149 1413 1184"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Anteil:	Personal nicht vorhanden:	___ %		___ %		___ %	<input type="checkbox"/>	___ %	<input type="checkbox"/>	___ %		___ %		___ %	<input type="checkbox"/>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Sterilgut-Mitarbeiter, der Reinigungskräfte und der Küchen-Mitarbeiter sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <p>Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flächendesinfektion ▪ Aufbereitung von Sterilgut
Anteil:	Personal nicht vorhanden:																			
___ %																				
___ %																				
___ %	<input type="checkbox"/>																			
___ %	<input type="checkbox"/>																			
___ %																				
___ %																				
___ %	<input type="checkbox"/>																			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
46.		<p>Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschieds der Besiedelung durch und Infektion mit MRSA) ▪ Risiken der MRSA Besiedelung/Infektion für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen ▪ Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer Seife/Shampoo) ▪ Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes und bei besonderen Gegebenheiten im ambulanten Bereich ▪ Bakteriologische Kontrolluntersuchungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Es können zum Beispiel folgende Flyer Verwendung finden:</p> <p>http://www.kbv.de/media/sp/ Informationsblatt zum Umgang mit MRSA fuer Patienten in Krankenhaeusern und deren Angehoerige NEU.pdf</p> <p>und http://www.kbv.de/media/sp/ Informationsblatt zum Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen.pdf</p>

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
ID 50_a_b		Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen		
47.		Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Der interne Standard muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Der interne Standard soll sich auf alle Patienten beziehen und Besonderheiten postoperativer Entlassungen berücksichtigen. Er kann sich z.B. am Expertenstandard <i>Entlassungsmanagement in der Pflege</i> des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (http://www.dnqp.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf) orientieren und soll für Ihr Krankenhaus spezifische Besonderheiten einbeziehen.</p>

	<i>Wenn Datenfeld 47 = Ja</i>		
48.	<p>Welche Aspekte beinhaltet der interne Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement Ihres Krankenhauses?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten ▪ Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen ▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE)) ▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Im internen Standard muss festgelegt sein, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.</p>
	<i>Wenn Datenfeld 47 = Ja</i>		
49.	<p>Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement zugreifen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Ein interner Standard gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn er für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses sowie den Sozialdienst elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er auf allen Stationen und in den Büros des Sozialdienstes in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.</p>
	<i>Wenn Datenfeld 47 = Ja</i>		
50.	<p>Die letzte Aktualisierung des internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement Ihres Krankenhauses erfolgte:</p>	mm.jjjj	<p>Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.</p>

	Wenn Datenfeld 47 = Ja		
51.	Wurde der interne Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Pflegedienstleitung ist hier der ggf. nicht vorhandenen Pflegedirektion gleichzusetzen und zur Freigabe berechtigt.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 52_B	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen		
52.		<p>Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden im Jahr (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Händedesinfektion ▪ Wundversorgung und Verbandwechsel ▪ Dauer der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe 	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Als anlassbezogene Compliance-Prüfung soll jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Die Überprüfung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen.</p> <p>Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Als Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertungsbogen der Aktion „Saubere Hände“ dienen: http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/formblaetter/Anleitung_zur_Beobachtung_05.2014.pdf und http://www.aktion-</p>

sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul1/Beobachtungsbogen_mit_Kurzanleitung_2014.pdf. Weitere Arbeitsmittel hierzu unter <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/>

Eine Compliance-Überprüfung ist z.B. die Überprüfung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
53.	Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrem Krankenhaus durch?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS ▪ Systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams ▪ Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen ▪ Weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) ▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) Ihres Krankenhauses sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamtes Krankenhaus. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen.</p> <p>Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu post-operativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.</p>

QS-Dokumentationsbogen (einrichtungsbezogen stationär); Berechnung

Berechnung:

- Der Index wird als Prozentanteil ausgedrückt. Jeder der 12 zu wertenden Indikatoren erhält 8,333% Anteil am Index.
- Jeder Indikator ist durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items.
- Um den Indikator zu 100% zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen positiv beantwortet werden.
- Jede einzelne bewertete Frage des Indikators hat den gleichen Anteil am Indikator (Bsp.: Bei einem Indikator mit 4 Fragen geht jede Frage mit 25% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls entsprechend anteilig berechnet (Bsp.: Bei der obigen Frage mit 5 Items geht jedes Item mit 5% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Am Ende wird der Prozentwert als Punktwert angegeben: 100% im Index entsprechen 100 Punkten im Index.

Rechenregeln:

- Prozentwert im Indikator = Summe aus jeweils (Anteil Item an Frage*Anteil Frage am Indikator)
 - Beispiel für die Berechnung eines Gesamtwertes eines Indikators anhand von QI ID 13_A_a, bei positiver Beantwortung aller Fragen (Gesamtwert = 100%):

Frage 7	Frage 8			Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12	Frage 13
(1*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%)

- Indexwert = Summe aus jeweils (Prozentwert im Indikator*Anteil am Index)
- Beispiel für QI ID 13_A_a: $1 * 14,286% * 8,333% + \dots$

Nr.	Anzahl operativer Fälle	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
1.	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem gesamten Krankenhaus?	_____ Fälle	Keine bewertete Frage

Indikatoren zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 19	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen		
2.		Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine bewertete Frage
		<i>Wenn Datenfeld 2= Ja</i>		
3.		Wie viele Patiententage lagen im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?	_____ Patiententage	Keine bewertete Frage
		<i>Wenn Datenfeld 2= Ja</i>		
4.		Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln (in Litern) im Jahr (Erfassungsjahr) (Erfassungsjahr) auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?	_____, _Liter	Frage ist nicht Teil des Index

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 20	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
5.		Wie viele Patiententage lagen im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?	_____ Patiententage	Keine bewertete Frage
6.		Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel (in Litern) im Jahr (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?	_____, _____ Liter	Frage ist nicht Teil des Index

Indikatoren zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 13_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
7.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Fragen 8–13 = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
8.	<p>Welche Inhalte werden in der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihres Krankenhauses thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe ▪ Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) ▪ Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 33%, Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
9.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie Ihres Krankenhauses zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
10.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihres Krankenhauses erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
11.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch die die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja</i>		
12.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste, anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten, strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 13 = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 7 = Ja UND Datenfeld 12= Ja</i>		
13.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrem Krankenhaus stichprobenartig ausgewertet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:7 = 1,190% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 16_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
14.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Fragen 15–17 = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
15.		Kann jeder ärztliche Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
16.		Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
		<i>Wenn Datenfeld 14 = Ja</i>		
17.		Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:4 = 2,083% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
18.	Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in Ihrem Krankenhaus bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Haarentfernung indiziert ist? Mehrere Antworten möglich	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme	0% 100% 100% 100%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch bei Angabe mehrerer Antworten ist max. ein Gesamtwert von 100% zu erreichen. ▪ Jede Kombination der Antworten mit der Angabe „Rasierer“ führt zu 0% im Gesamtwert.
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 19 bis 34 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 19 bis 34 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden mehrere Dienstleister verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.				

19.	Ist in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 19 = Ja</i>		
20.	Verwenden Sie in Ihrem Krankenhaus bei Ihren Operationen Sterilgut der Klassen <ul style="list-style-type: none"> ▪ kritisch A ▪ kritisch B ▪ kritisch C? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine bewertete Frage
21.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)	Keine bewertete Frage
	<i>Wenn Datenfeld 20 = kritisch B = Ja UND Datenfeld 21 = Teilweise ODER Ja</i>		
22.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	Keine bewertete Frage

	<i>Wenn Datenfeld 20 = kritisch C = Ja UND Datenfeld 21= Teilweise ODER Ja</i>		
23.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	Keine bewertete Frage
24.	Wurden für alle, in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 25 = 0% dann auch Frage 26 = 0% dann auch Frage 30 = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
25.	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
26.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
27.	Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte(s) (RDG) vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
28.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%

29.	Die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	<i>Wenn Datenfeld 24 = Ja</i>		
30.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
31.	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
32.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
33.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
34.	Gab es im Jahr (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:12 = 0,694% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes		
35.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Fragen 35–37 = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 35 = Ja</i>			
36.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung Ihres Krankenhauses zur präoperativen Antiseptik thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion ▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels ▪ Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 33%	Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 35 = Ja</i>			
37.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100%	Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 35 = Ja</i>			
38.	Wurde die Arbeitsanweisung Ihres Krankenhauses zur präoperativen Antiseptik durch die Geschäftsführung/Hygienekommission freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100%	Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:4 = 2,083% im Index				

Nr	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Aufgabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel		
39.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch in Fragen 39, 40, 41,42 = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 39= Ja</i>		
40.	<p>Welche Inhalte werden in dem internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel Ihres Krankenhauses thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) ▪ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) ▪ Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe ▪ Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Ja = 20% Nein = 0%</p>
	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
41.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
42.	Die letzte Aktualisierung des internen Standards Ihres Krankenhauses zu Wundversorgung und Verbandwechsel erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>Im betreffenden Erfassungsjahr: 100%</p> <p>Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%</p>

	<i>Wenn Datenfeld 39 = Ja</i>		
43.	Wurde der interne Standard Ihres Krankenhauses zu Wundversorgung und Verbandwechsel durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:5 = 1,667% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie		
44.		Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ mit nebenstehender Mindestanforderung teilgenommen haben?	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben ---%	Daten nicht erhoben = 0% Die eingetragene Prozentangabe wird als Gesamtprozentwert für diesen Indikator übernommen
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe		Prozentwert auf Fragenebene
	ID 45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention			
45.		<p>Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr <u>mindestens an einer</u> Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Küche 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben		Daten nicht erhoben = 0%
				Anteil:	Personal nicht vorhanden:
			___%		
			___%		
			___%	<input type="checkbox"/>	
			___%	<input type="checkbox"/>	
			___%		
			___%		
			___%	<input type="checkbox"/>	

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird angegeben, dass eine oder mehrere der aufgeführten Berufsgruppen nicht vorhanden sind, werden diese in der Berechnung des Gesamtprozentwertes nicht berücksichtigt: Berechnung: <ul style="list-style-type: none"> - Bei 6 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 16,667% - Bei 5 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 20% - Bei 4 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 25% - Bei 3 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 33,3% - Bei 2 angegebenen BG: Pro BG: angegebener Wert * 50% - Bei 1 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 100%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion		
46.		Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann in Frage 46 = 0%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschieds der Besiedelung durch und Infektion mit MRSA) ▪ Risiken der MRSA Besiedelung/Infektion für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen ▪ Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer Seife/Shampoo) ▪ Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes und bei besonderen Gegebenheiten im ambulanten Bereich ▪ Bakteriologische Kontrolluntersuchungen 		
--	---	--	--

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 50_a_b	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen		
47.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch in Fragen 48–51 = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 47= Ja</i>		
48.		Welche Aspekte beinhaltet der interne Standard zum Entlassungs- und Überleitungs-management Ihres Krankenhauses? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten ▪ Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 25% Nein = 0%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE)) ▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<i>Wenn Datenfeld 47 = Ja</i>		
49.	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes Ihres Krankenhauses jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 47= Ja</i>		
50.	Die letzte Aktualisierung des internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement Ihres Krankenhauses erfolgte:	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	<i>Wenn Datenfeld 47 = Ja</i>		
51.	Wurde der interne Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:2 = 1,667% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 52_B	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
52.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden im Jahr (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Händedesinfektion ▪ Wundversorgung und Verbandwechsel ▪ Dauer der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe 	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Keine Kontrollen: 0%</p> <p>1-10 Kontrollen pro 1000 ambulant operierte GKV-Patienten: 16,666%</p> <p>Mehr als 10 Kontrollen pro 1000 ambulant operierte GKV-Patienten: 33,333%</p>
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene		
53.		<p>Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrem Krankenhaus durch?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS ▪ Systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams ▪ Systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen ▪ Weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) ▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Ja = 16,667% Nein = 0%</p>
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – ambulant operierende Einrichtungen

Nr.	Art der ambulant operierenden Einrichtung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
1.	Zu welcher Art der ambulant operierenden Einrichtungen zählt Ihre Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Arztpraxis/MVZ ohne eigenen OP <input type="checkbox"/> Arztpraxis/MVZ mit eigenem OP <input type="checkbox"/> ambulant operierendes Krankenhaus (§115b SGB V)	Der Begriff des „eigenen OPs“ bezieht sich auf das Betreiben eines Operationssaals. Hierzu zählt auch die Mitgliedschaft in einer Betreibergemeinschaft. Ob diese lediglich eine Betriebsgesellschaft ist oder auch Eigentümerin des OPs, ist hier bedeutungslos. Die vertragliche Nutzung eines funktionstüchtigen OPs mit oder ohne weiteren Dienstleistungen ist nicht als „eigener“ OP zu werten, auch wenn der Leistungserbringer u.U. der einzige Nutzer dieses OPs ist.
Nr.	Anzahl durchgeführter Operationen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
2.	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert? Für Gemeinschaftspraxen/MVZ/ambulant operierende Krankenhäuser gilt hier die Zahl der in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen insgesamt ambulant operierten GKV Quartalsfälle in Ihrer gesamten Einrichtung.	----- Quartalsfälle	Hier sollen alle Quartalsfälle mit in der Einrichtung durchgeführten ambulanten Operationen eingetragen werden unabhängig von Tracer-Eingriffen (oder Fachgebieten im Krankenhaus). Die letzten 4 vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch.

			Als Quartalsfälle mit ambulanter Operation zählen nur die Abrechnungsfälle mit GOP nach Kapitel 31.2 des EBM (Vertragsärzte) bzw. Kap.31.2. in der Anwendung des AOP-Katalogs nach §115b (Krankenhäuser). Reine Nachsorgefälle (Kap. 31.3) zählen nicht als operative Fälle.
--	--	--	---

Indikator zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 21	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen und MVZ	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
		<i>Wenn Datenfeld 1 = Arztpraxis/MVZ ohne OP ODER Arztpraxis/MVZ mit OP</i>		
3.		Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen vor? Für Gemeinschaftspraxen/MVZ/ambulant operierende Krankenhäuser gilt hier die Zahl der in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen insgesamt ambulant operierten GKV Patienten in Ihrer gesamten Einrichtung	----- Quartalsfälle	Hier sollen alle GKV-Quartalsfälle eingetragen werden unabhängig von Operationen und Erkrankungen. Die letzten 4 vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch.
		<i>Wenn Datenfeld 1 = Arztpraxis/MVZ ohne OP ODER Arztpraxis/MVZ mit OP</i>		
4.		Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?	-----, _Liter	Als Verbrauchsmenge wird die Menge der im Erfassungsjahr verbrauchten Händedesinfektionsmittel ge-

			<p>wertet. Es zählen nur Desinfektionsmittel der hygienischen Händedesinfektion; also jene, die in den Sprechstundenräumen benutzt werden, und nicht im OP (ggf. andere Desinfektionsmittel, andere Behältergrößen).</p> <p>Die Frage lehnt sich an die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im HAND-KISS-AMBU an (http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/hand/HAND-KISS-Protokoll_AMBU_April_2012_Stand%2003.05.12_final.pdf). Auf der Website der „Aktion Saubere Hände“ finden sich weitere Erläuterungen und Arbeitsmaterialien zur Händedesinfektion in ambulanten Einrichtungen (http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-medicin).</p>
--	--	--	--

Indikatoren zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 14_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen		
5.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In

		<p>Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt. Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend. Für Krankenhäuser gilt: Es kann sich auch um eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.</p> <p>Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html) dienen.</p>
--	--	---

	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
6.	<p>Welche Inhalte werden in der leitlinienbasierten Regelung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationsstellung zur Antibiotikaprohylaxe ▪ Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) ▪ Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprohylaxe 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige leitlinienbasierte Empfehlung/ interne Leitlinie zu beantworten.
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
7.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Regelung/interne Leitlinie Ihrer Einrichtung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist, oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nicht-sterilen Bereich in Papierform vorhanden sind, und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden können.
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
8.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es sollen nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG z.B. http://www.gesetze-im-

			internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf bzw. Hygieneverordnungen der Länder: http://www.krankenhaushygiene.de/informationen/nachgefragt/288) berücksichtigen.
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
9.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/ Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen freigegeben werden. Der/die Praxisinhaber, Ärztliche Leiter eines MVZ oder der Ärztliche Direktor des Krankenhauses wird/werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigte/r anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
10.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	WHO Surgical Checklist z.B.: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/2/9789241598590_eng_Checklist.pdf
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja UND Datenfeld 10 = Ja</i>		
11.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrer Einrichtung stichprobenartig ausgewertet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 17_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen		
12.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzt interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt. Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend.</p> <p>Die Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie geregelt sein.</p>

			<p>Für Krankenhäuser gilt: Es kann sich auch um eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.</p> <p>Als Orientierung kann die Leitlinie der AWMF zur rationalen Antibiotikatherapie (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001I_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf) dienen.</p>
	<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
13.	Können alle Ärzte der Einrichtung jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn alle Ärzte der Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) darauf zugreifen können, oder wenn sie in der Einrichtung in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
	<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
14.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>Es sollen nur Aktualisierungen bis Ende (Erfassungsjahr) eingetragen werden.</p> <p>Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen.</p>

	<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
15.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung muss durch eine der genannten Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Leiter eines MVZ oder der Ärztliche Direktor des Krankenhauses wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
16.		Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		<i>Wenn Datenfeld 16 = Ja</i>		
17.		Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in Ihrer Einrichtung bei Patienten eingesetzt, bei denen eine präoperative Haarentfernung indiziert ist? <i>Mehrere Antworten möglich</i>	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme	

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
ID	40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
<p>Es soll in den Fragen 18 bis 35 über die Sterilgutaufbereitung der OP-Instrumente inkl. Anästhesie berichtet werden, nicht über die Aufbereitung der Instrumente des Sprechstundenalltags. Die Fragen 18 bis 35 sind bei Praxen mit eigenem OP für die Sterilgutversorgung in diesem Bereich zu beantworten, auch wenn Operationen ggf. zusätzlich in Fremd-OPs durchgeführt werden. Leistungserbringer, die in mehreren Fremd-OPs operieren, sollen die Fragen 18 bis 35 für den Bereich beantworten, in dem sie die meisten Operationen durchführen. Ggf. sind einzelne Angaben von den beauftragten Dienstleistern einzuholen.</p> <p>Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 18 bis 35 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 18 bis 35 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden für eine OP-Stätte mehrere Dienstleister vom Leistungserbringer verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.</p>				
18.	Ist für alle in der Einrichtung durchgeführten Operationen für die eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Die Frage bezieht sich auf die hygienische Risikoklassifizierung, wie sie in der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile), aber auch im Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV niedergelegt ist. (http://www.hygiene-me</p>	

			dizinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Hygieneleitfaden/Hygiene_in_der_Arztpraxis_Ein_Leitfaden.pdf)
	Wenn Datenfeld 18 = Ja		
19.	<p>Verwenden Sie bei Ihren ambulanten Operationen Sterilgut der Klassen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kritisch A ▪ kritisch B ▪ kritisch C? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Die Risikoklassen sind in der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf? blob=publicationFile), aber auch im Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV beschrieben. (http://www.hygiene-medizinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Hygieneleitfaden/Hygiene_in_der_Arztpraxis_Ein_Leitfaden.pdf).</p> <p>An die Aufbereitung von Kritisch C Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich. (Vergl.: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf? blob=publicationFile, <i>Medizinproduktebetriebsverordnung</i> (http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpbetreibv/gesamt.pdf))</p>

20.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung selbst durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)	
	<i>Wenn Datenfeld 19 = kritisch B UND Datenfeld 20 = Teilweise ODER Ja</i>		
21.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	
	<i>Wenn Datenfeld 19 = kritisch C UND Datenfeld 20 = Teilweise ODER Ja</i>		
22.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	<p>An die Aufbereitung von Kritisch-C-Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich.</p> <p>Vergl.: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?__blob=publicationFile, Medizinproduktebetrieiberverordnung (http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpbetreibv/gesamt.pdf)</p>

23.	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein. Grundlage ist die KRINKO-Empfehlung <i>Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten</i> (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile).
	<i>Wenn Datenfeld 23 = Ja</i>		
24.	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm auf die interne Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie für die betroffenen Mitarbeiter in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in dem Arbeitsbereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand dort eingesehen werden kann
25.	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?	<input type="checkbox"/> ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad <input type="checkbox"/> mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	
	<i>Wenn Nr. 23 = Ja UND Frage 25 = mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)</i>		
26.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Definition der Beladungsmuster kann in der Standardarbeitsanweisung textlich oder bildlich erfolgen.

	Wenn Nr. 23 = Ja UND Frage 25 = mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		
27.	Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende (Erfassungsjahr) (hier wird das Erfassungsjahr angegeben) eingetragen werden.</p> <p>Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p> <p>Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §4 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“).</p> <p>Es wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen (http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/leitlinien/2014_11_Validierung_und_Routineueberwachung_maschineller_Reinigungs_und_thermischer_Desinfektionsprozesse_f%C3%BCr_Medizinpro-</p>

			<p>dukte.pdf, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf? blob=publication-File, http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygienische-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf, und http://www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Hygiene-und-Medizinprodukte/Medizinprodukte/binarywriterservlet?imgUid=9e160c9f-eb0b-1b21-f886-7f2600eb1ae4&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111).</p>
28.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgerätes (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	<p>§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“</p> <p>Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende des Jahres (Erfassungsjahr) eingetragen werden.</p> <p>Bei mehreren RDGs in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p>

			<p>Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen, dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden</p> <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.</p> <p>Siehe: KRINKO-Empfehlung (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf? blob=publicationFile)</p>
29.	<p>Wie wird das OP-Sterilgut verpackt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siegelnahtverpackung ▪ Containerverpackung ▪ Klebebeutel 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Siehe auch Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (http://www.dgsv-ev.de/conpresso/_data/2015_Leitlinie_Validierung_Verpackungsprozesse.pdf)</p>
	<i>Wenn Datenfeld 29 Siegelnahtverpackung = Ja</i>		
30.	Die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende des Jahres (Erfassungsjahr) eingetragen werden.

		<p>Bei mehreren Siegelnahtgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p> <p>Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §4 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“).</p> <p>Es wird auf einschlägige Leitlinien des RKI und Informationsschriften der KBV verwiesen. (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Med-prod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile und http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Hygiene-Aufbereitung-Medizinprodukte.pdf).</p> <p>Siehe auch Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (http://www.dgsv-ev.de/congresso_data/2015_Leitlinie_Validierung_Verpackungsprozesse.pdf)</p>
--	--	---

	<i>Wenn Nr. 23 = Ja</i>		
31.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Definition der Beladungsmuster kann in der Standardarbeitsanweisung textlich oder bildlich erfolgen.
32.	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende des Jahres (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.
33.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	§4 (1) MPBetreibV: Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“ Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr) gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende des Jahres (Erfassungsjahr) eingetragen werden. Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.

			<p>Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen ▪ dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.</p> <p>Siehe KRINKO-Empfehlung (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?blob=publicationFile) und Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/empfehlung_heissluft_validation.pdf).</p>
34.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
35.	Gab es im Jahr (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gefragt wird nach einem systematischen Fehlermanagement über den gesamten Bereich der Sterilgutaufbereitung, für das eine Standardarbeitsanweisung und eine fortlaufende schriftliche Fehlerdokumentation (Fehlerdatum, -art, -ursache, -behebung) vorliegen müssen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
36.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Entsprechende Hygienepläne mit OP-Art-spezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung“</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Die Frage kann nur mit „Ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine entsprechende fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung vorliegt, <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für alle operativen Abteilungen eine fachgebietspezifische Arbeitsanweisung vorliegt.
		<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
37.		<p>Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion ▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels ▪ Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.

	<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
38.	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal Ihrer Einrichtung jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betroffenen Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nicht-sterilen Bereich der Praxis/MVZ/Krankenhaus in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können. Diese Anforderung gilt auch für gestelltes Assistenzpersonal in einem Fremd-OP ein.
	<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
39.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen von den genannten Institutionen freigegeben werden.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Aufgabe	Ausfüllhinweise
	ID 43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel		
40.		Galt in Ihrer Einrichtung im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel soll sich sowohl auf chronische, als auch

		<p>auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen</p> <p>Die Frage kann nur mit „Ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein entsprechender fachgebietsübergreifender interner Standard entwickelt wurde bzw. bereits vorliegt, <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für alle operativen Abteilungen ein fachgebietspezifischer interner Standard vorliegt. <p>Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um einen internen Standard handeln, der sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.</p> <p>Der interne Standard kann sich z.B. an der Leitlinie „Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel orientieren. (http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Leitlinie_Wundmanagement/LLgesamtdokument.pdf)</p>
--	--	--

	<i>Wenn Datenfeld 40 = Ja</i>		
41.	<p>Welche Inhalte werden in dem internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel Ihrer Einrichtung thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) ▪ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik), sterile Einmalhandschuhe) ▪ antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauf- lage ▪ Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
	<i>Wenn Datenfeld 40 = Ja</i>		
42.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte,...) jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel Ihrer Einrichtung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Der interne Standard gilt als für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich, wenn er in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in allen Räumen, in denen eine Wundversorgung stattfindet in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.

	Wenn Datenfeld 40 = Ja		
43.	Die letzte Aktualisierung des internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx Fehler! Textmarke nicht definiert. eingetragen werden.
	Wenn Datenfeld 40 = Ja		
44.	Wurde der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sowohl ein neuer interner Standard als auch dessen Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der/die Praxisinhaber/ Ärztliche Leiter des MVZ, Direktor des Krankenhauses oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung gelten hier als Teil der Geschäftsführung und sind zur Freigabe berechtigt.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie		
45.		Wie hoch ist der Anteil, der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte (Krankenhaus: nur ärztliche Mitarbeiter), die im Jahr (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ mit nebenstehender Mindestanforderung teilgenommen haben?	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben ---- %	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln, die durch Fortbildungspunkte der Ärztekammern dokumentiert werden.

		<p>In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle ärztlichen Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lokales Erregerspektrum und Resistenzlage ▪ Antibiotikaprophylaxe Indikation für mikrobiologische Untersuchungen ▪ Antibiotika-Initialtherapie
--	--	---

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise								
	ID 45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention										
46.		<p>Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung, die im Jahr (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ Examinierte Krankenpfleger ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes 	<p><input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Anteil</th> <th style="width: 50%;">Personal nicht vorhanden:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>___ %</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>___ %</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>___ %</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Anteil	Personal nicht vorhanden:	___ %	<input type="checkbox"/>	___ %	<input type="checkbox"/>	___ %	<input type="checkbox"/>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen.</p> <p>Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe.</p>
Anteil	Personal nicht vorhanden:											
___ %	<input type="checkbox"/>											
___ %	<input type="checkbox"/>											
___ %	<input type="checkbox"/>											

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) 	<p>___ %</p> <p>___ %</p> <p>___ %</p>	<input type="checkbox"/>	<p>In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <p>Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flächendesinfektion ▪ Aufbereitung von Sterilgut
--	--	--------------------------	---

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion		
47.		Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert? Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschiedes zwischen Besiedelung durch und Infektion mit MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Es können die Flyer der KBV zum Umgang mit MRSA infizierten Patienten Verwendung finden. (http://www.kbv.de/media/sp/ Informationsblatt zum Umgang mit MRSA fuer Patienten in Krankenhaeusern und deren Angehoerige NEU.pdf oder

<p>Risiken der MRSA Besiedelung für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen</p> <p>Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer seife/Shampoo)</p> <p>Barrieremaßnahmen während eines Krankenhausaufenthaltes und bei besonderen Gegebenheiten im ambulanten Bereich bakteriologische Kontrolluntersuchungen</p>		<p>http://www.kbv.de/media/sp/Informationsblatt_zum_Umgang_mit_MRSA_in_der_Arztpraxis_und_bei_Hausbesuchen.pdf</p>
---	--	--

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 50_a_a	Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen		
48.		Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Das Verlassen der Einrichtung durch den Patienten nach der ambulanten Operation, zum Beispiel nach Hause, wird gleichermaßen auf Praxen/MVZ und Krankenhäuser bezogen.</p> <p>Die interne, schriftliche Regelung zum Überleitungsmanagement kann sich z.B. am Expertenstandard <i>Entlassungsmanagement in der Pflege</i> des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (http://www.dnqp.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf) orientieren und soll einrichtungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Das Verteilen eines Info-Blatts an</p>

			entlassene Patienten kann Teil eines solchen Konzepts sein, reicht allein hierfür aber nicht aus. Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um eine einrichtungsinterne Regelung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
	<i>Wenn Datenfeld 48 = Ja</i>		
49.	<p>Welche Aspekte beinhaltet das Konzept zum Überleitungsmanagement Ihrer Einrichtung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten ▪ Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen ▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE)) ▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
	<i>Wenn Datenfeld 48 = Ja</i>		
50.	Wurde das in Ihrer Einrichtung entwickelte Konzept durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Für Krankenhäuser: Der Ärztliche Direktor und die Pflegedirektion werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und sind zur Freigabe des Konzeptes berechtigt.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 53_A	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen		
51.		<p>Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden im Jahr (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete im ambulanten Bereich durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Händedesinfektion bei operierten Patienten ▪ Wundversorgung und/oder Verbandwechsel 	<p>----- Überprüfungen</p> <p>----- Überprüfungen</p>	<p>Als anlassbezogene Compliance-Prüfung soll jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Die Überprüfung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen.</p> <p>Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Als Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertbogen der Aktion „Saubere Hände“ dienen: http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul1/Anleitung_zur_Beobachtung_11.2014.pdf und http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul1/Beobachtungsbogen_11.2014.pdf.</p> <p>Weitere Arbeitsmittel hierzu http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-medizin/fortbildungsmaterialien/</p>

	Eine Compliance-Überprüfung ist z.B. die Überprüfung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten.
--	---

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene		
52.		Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrer Einrichtung durch? <ul style="list-style-type: none"> ▪ prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS ▪ systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams ▪ systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen ▪ weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) ▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diese Frage soll der Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS,...) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen. Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu post-operativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung (MVZ, Krankenhaus) verantwortlich.

QS-Dokumentationsbogen (ambulante Einrichtungen); Berechnung

Berechnung:

- Der Index wird als Prozentanteil ausgedrückt. Jeder der 12 zu wertenden Indikatoren erhält 8,333% Anteil am Index.
- Jeder Indikator ist durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items.
- Um den Indikator zu 100% zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen positiv beantwortet werden.
- Jede einzelne bewertete Frage des Indikators hat den gleichen Anteil am Indikator (Bsp.: Bei einem Indikator mit 4 Fragen geht jede Frage mit 25% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls entsprechend anteilig berechnet (Bsp.: Bei der obigen Frage mit 5 Items geht jedes Item mit 5% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Am Ende wird der Prozentwert als Punktwert angegeben: 100% im Index entsprechen 100 Punkten im Index.

Rechenregeln:

- Prozentwert im Indikator = Summe aus jeweils (Anteil Item an Frage*Anteil Frage am Indikator)
 - Beispiel für die Berechnung eines Gesamtwertes eines Indikators anhand von QI ID 14_A_a, bei positiver Beantwortung aller Fragen (Gesamtwert = 100%):

Frage 5	Frage 6			Frage 7	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11
(1*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(0,33*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%) +	(1*14,286%)

- Indexwert = Summe aus jeweils (Prozentwert im Indikator*Anteil am Index)
- Beispiel für QI ID 14_A_a: $1*14,286%*8,333% + \dots$

Nr.	Art der ambulant operierenden Einrichtung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
1.	Zu welcher Art der ambulant operierenden Einrichtungen zählt Ihre Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Arztpraxis/MVZ ohne eigenen OP <input type="checkbox"/> Arztpraxis/MVZ mit eigenem OP <input type="checkbox"/> ambulant operierendes Krankenhaus (§115b SGB V)	Keine bewertete Frage

Nr.	Anzahl durchgeführter Operationen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
2.	<p>Wie viele GKV-Abrechnungsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?</p> <p>Für Gemeinschaftspraxen/MVZ/ambulant operierende Krankenhäuser gilt hier die Zahl der in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen insgesamt ambulant operierten GKV-Abrechnungsfälle in Ihrer gesamten Einrichtung.</p>	_____ Abrechnungsfälle	Keine bewertete Frage

Indikator zum „Händedesinfektionsmittelverbrauch“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 21	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen und MVZ	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
		<i>Wenn Datenfeld 1 = Arztpraxis/MVZ ohne OP ODER Arztpraxis/MVZ mit OP</i>		
3.	Wie viele ambulante GKV-Abrechnungsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen vor? Für Gemeinschaftspraxen/MVZ/ambulant operierende Krankenhäuser gilt hier die Zahl der in den letzten 4 vollständig abgerechneten Quartalen insgesamt ambulant operierten GKV Patienten in Ihrer gesamten Einrichtung	----- Abrechnungsfälle	Keine bewertete Frage	
		<i>Wenn Datenfeld 1 = Arztpraxis/MVZ ohne OP ODER Arztpraxis/MVZ mit OP</i>		
4.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?	-----, Liter	Frage geht nicht in Index ein	

Indikatoren zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 14_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in ambulanten Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
5.	Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%	dann auch Fragen 6–11 = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>			
6.	Welche Inhalte werden in der leitlinienbasierten Regelung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe ▪ Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) ▪ Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 33%	Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>			
7.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Regelung/interne Leitlinie Ihrer Einrichtung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100%	Nein = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
8.	Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
9.	Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja</i>		
10.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten strukturiert überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 11 = 0%
	<i>Wenn Datenfeld 5 = Ja UND Datenfeld 10 = Ja</i>		
11.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben in Ihrer Einrichtung stichprobenartig ausgewertet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:7 = 1,190% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 17_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen		
12.		Gab es im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Fragen 13–15 = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
13.		Können alle Ärzte der Einrichtung jederzeit und aufwandsarm auf die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
14.		Die letzte Aktualisierung der leitlinienbasierte Empfehlung/internen Leitlinie Ihrer Einrichtung erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
		<i>Wenn Datenfeld 12 = Ja</i>		
15.		Wurde die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:4 = 2,083% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
16.		Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine bewertete Frage Wenn Nein dann Frage 17 = 100%
		<i>Wenn Datenfeld 16 = Ja</i>		
17.		Welche Methode der präoperativen Haarentfernung am OP-Tag wird in Ihrer Einrichtung bei Patienten eingesetzt, bei denen eine präoperative Haarentfernung indiziert ist? <i>Mehrere Antworten möglich</i>	<input type="checkbox"/> Rasierer <input type="checkbox"/> Schere <input type="checkbox"/> Haarschneidemaschine (Clipper) <input type="checkbox"/> Enthaarungscreme	0% 100% 100% 100% <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch bei Angabe mehrerer Antworten ist max. ein Gesamtwert von 100% zu erreichen. ▪ Jede Kombination der Antworten mit der Angabe „Rasierer“ führt zu 0% im Gesamtwert.
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
		<p>Es soll in den Fragen 18 bis 35 über die Sterilgutaufbereitung der OP-Instrumente inkl. Anästhesie berichtet werden, nicht über die Aufbereitung der Instrumente des Sprechstundenalltags. Die Fragen 18 bis 35 sind bei Praxen mit eigenem OP für die Sterilgutversorgung in diesem Bereich zu beantworten, auch wenn Operationen ggf. zusätzlich in Fremd-OPs durchgeführt werden. Leistungserbringer, die in mehreren Fremd-OPs operieren, sollen die Fragen 17 bis 27 für den Bereich beantworten, in dem sie die meisten Operationen durchführen. Ggf. sind einzelne Angaben von den beauftragten Dienstleistern einzuholen.</p> <p>Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 18 bis 35 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 18 bis 35 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden für eine OP-Stätte mehrere Dienstleister vom Leistungserbringer verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet.</p>		
18.		Ist für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 18 = Ja</i>		
19.		Verwenden Sie bei Ihren ambulanten Operationen Sterilgut der Klassen <ul style="list-style-type: none"> ▪ kritisch A ▪ kritisch B ▪ kritisch C? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine bewertete Frage

20.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung selbst durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)	Keine bewertete Frage
<i>Wenn Datenfeld 19 = kritisch B UND Datenfeld 20 = Teilweise ODER Ja</i>			
21.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	Keine bewertete Frage
<i>Wenn Datenfeld 19 = kritisch C UND Datenfeld 20 = teilweise ODER Ja</i>			
22.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?	<input type="checkbox"/> eigene Aufbereitung <input type="checkbox"/> externer Dienstleister	Keine bewertete Frage
23.	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 24 = 0% dann auch Frage 26 = 0% dann auch Frage 31 = 0%
<i>Wenn Datenfeld 23 = Ja</i>			
24.	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm auf die interne Standardarbeitsanweisung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

25.	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?	<input type="checkbox"/> ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad <input type="checkbox"/> mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	Keine bewertete Frage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ausschließlich manuell UND Frage 19 (kritisch B = JA ODER kritisch C = Ja) dann Frage 27, 28 = 0% ▪ Wenn ausschließlich manuell UND Frage 23 = Ja UND Frage 19 (kritisch B = JA ODER kritisch C = Ja) dann Frage 27, 28 = 0% ▪ Wenn ausschließlich manuell UND NICHT Frage 19 (kritisch B = Ja ODER kritisch C = Ja) dann Frage 27, 28 = 90% (nicht 100%, da kein validierbares Verfahren) ▪ Wenn ausschließlich manuell UND Frage 23 = Ja UND NICHT Frage 19 (kritisch B = Ja ODER kritisch C = Ja) dann Frage 27, 28 = 90% (nicht 100%, da kein validierbares Verfahren)
	<i>Wenn Nr. 23 = Ja UND Frage 25 = mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)</i>		
26.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
	<i>Wenn Nr. 23 = Ja UND Frage 25 = mit einem automatischen Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)</i>		
27.	Die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte(s) (RDG) erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
28.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte:	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%

29.	Wie wird das OP-Sterilgut verpackt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siegelnahtverpackung ▪ Containerverpackung ▪ Klebebeutel 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keine bewertete Frage Wenn Klebebeutel = Ja dann Frage 29 = 90% (nicht 100%, da kein validierbares Verfahren)
	<i>Wenn Datenfeld 29 Siegelnahtverpackung = Ja</i>		
30.	Die letzte Wartung des Siegelnahtgeräts erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	<i>Wenn Nr. 23 = Ja</i>		
31.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
32.	Die letzte Wartung des Sterilisators erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
33.	Die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
34.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
35.	Gab es im Jahr (Erfassungsjahr) ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:12 = 0,694% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes		
36.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 37–39 = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
37.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion ▪ Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels ▪ Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen 	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	Ja = 33% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
38.		Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal Ihrer Einrichtung jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 36 = Ja</i>		
39.		Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:4 = 2,083% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	Antwort/Aufgabe	Prozentwert auf Fragenebene
40.		Galt im gesamten Jahr (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Fragen 41–44 = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 40 = Ja</i>		
41.		Welche Inhalte werden in dem internen Standard Ihrer Einrichtung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) ▪ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik), sterile Einmalhandschuhe) ▪ antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ▪ Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ▪ Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 20% Nein = 0%
		<i>Wenn Datenfeld 40 = Ja</i>		
42.		Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte,...) jederzeit und aufwandsarm auf den internen Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel Ihrer Einrichtung zugreifen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

	Wenn Datenfeld 40 = Ja		
43.	Die letzte Aktualisierung des internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel erfolgte vor Ablauf des Jahres (Erfassungsjahr):	mm.jjjj	Im betreffenden Erfassungsjahr: 100% Früher als im betreffenden Erfassungsjahr: 0%
	Wenn Datenfeld 40 = Ja		
44.	Wurde der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:5 = 1,667% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie		
45.		Wie hoch ist der Anteil, der in der Einrichtung tätigen Ärzte (Krankenhaus: nur ärztliche Mitarbeiter), die im Jahr (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben ----%	Daten nicht erhoben = 0% Die eingetragene Prozentangabe wird als Gesamtprozentwert für diesen Indikator übernommen
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe		Prozentwert auf Fragenebene
	ID 45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention			
46.		<p>Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung, die im Jahr (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ mit nebenstehender Mindestanforderung teilgenommen haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Krankenpfleger ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben		Daten nicht erhoben = 0%
			Anteil	Personal nicht vorhanden:	Prozentwert bei 6 angegebenen Berufsgruppen ___% * 16,667%
			___%	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die eingetragene Prozentangabe wird zur Berechnung des Gesamtprozentwertes für diesen Indikator übernommen.
			___%	<input type="checkbox"/>	
			___%	<input type="checkbox"/>	
			___%	<input type="checkbox"/>	
			___%		
			___%		

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird angegeben, dass eine oder mehrere der aufgeführten Berufsgruppen nicht vorhanden sind, werden diese in der Berechnung des Gesamtprozentwertes nicht berücksichtigt: Berechnung: <ul style="list-style-type: none"> - Bei 5 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 20% - Bei 4 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 25% - Bei 3 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 33,3% - Bei 2 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 50% - Bei 1 angegebenen BG: pro BG: angegebener Wert * 100%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen $100:12 = 8,333\%$ im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
47.		Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann Frage 48 = 0%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zu MRSA im Allgemeinen (Erklärung des Unterschiedes zwischen Besiedelung durch und Infektion mit MRSA) ▪ Risiken der MRSA Besiedelung für Kontaktpersonen (Übertragung von MRSA auf andere Personen/Ansteckungsrisiken) und Schutzmaßnahmen ▪ Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate (ggf. unter Angabe von geeigneten Händedesinfektionsmitteln, antiseptischer seife/Shampoo) ▪ Barrieremaßnahmen während eines Krankenhausaufenthaltes und bei besonderen Gegebenheiten im ambulanten Bereich ▪ bakteriologische Kontrolluntersuchungen 		
--	---	--	--

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 50_a_a	Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen		
48.		Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0% dann auch Frage 49 = 0% Frage 50 = 0%

	<i>Wenn Datenfeld 48 = Ja</i>		
49.	<p>Welche Aspekte beinhaltet das Konzept zum Überleitungsmanagement?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten ▪ Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen ▪ Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multiresistenten Erregern (MRE)) ▪ Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Ja = 25% Nein = 0%</p>
	<i>Wenn Datenfeld 48 = Ja</i>		
50.	Wurde das in Ihrer Einrichtung entwickelte Konzept durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus) freigegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12:3 = 2,778% im Index			

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 53_A	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
51.		<p>Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden im Jahr (Erfassungsjahr) hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Aspekte/Themengebiete im ambulanten Bereich durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Händedesinfektion bei operierten Patienten ▪ Wundversorgung und Verbandwechsel 	<p>----- Überprüfungen</p> <p>----- Überprüfungen</p>	<p>Keine Kontrollen: 0%</p> <p>1-10 Kontrollen pro 1000 ambulant operierte GKV-Patienten : 25%</p> <p>Mehr als 10 Kontrollen pro 1000 ambulant operierte GKV-Patienten: 50%</p>
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
52.		<p>Welche Art von Maßnahmen zur Förderung der Compliance führen Sie in Ihrer Einrichtung durch?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS ▪ systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ▪ Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams ▪ systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen ▪ weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) ▪ Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Ja = 16,667% Nein = 0%</p>
Gesamt: 100% in einer bewerteten Frage dieses Indikators entsprechen 100:12 = 8,333% im Index				