

KVB • 80684 München

An alle Praxen,
die ambulante und/oder belegärztliche
Traceroperationen im Jahr 2022 durchgeführt
haben

Qualitätssicherung

Geschäftszeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: qs-cerniti
Ansprechpartner:
Telefon:
Telefax: 089 57093-55 49 36
E-Mail: sQS-WI@KVB.de

Elsenheimerstraße 39
80687 München

17. Januar 2023

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung „Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen“ (sQS WI)

- Einrichtungsbefragung: Datenerfassung bis zum 28. Februar 2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Abstimmung mit den bayerischen Berufsverbänden der Chirurgen, der Frauenärzte, der Orthopäden und Unfallchirurgen sowie mit dem Aktionsbündnis Urologie und dem Landesverband für Ambulantes Operieren Bayern möchten wir Sie über die anstehende Datenerfassung im Rahmen des Verfahrens zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen (sQS WI)“ informieren.

Das Verfahren fußt auf zwei Säulen:

Zum einen werden durch die Verknüpfung von im Krankenhaus erhobenen Daten zu postoperativen Wundinfektionen mit Sozialdaten der Krankenkassen sog. **Wundinfektionsraten** erhoben. Im Jahr 2022 wurden Ihnen erstmals Ergebnisse zu den Wundinfektionsraten aus dem Jahr 2020 zur Verfügung gestellt. Wie erwartet sind die Wundinfektionsraten im vertragsärztlichen Bereich sehr niedrig. Sie können Ihren Rückmeldebericht zur Wundinfektionsrate im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter dem Onlineservice „Unterlagen einsehen“ unter dem Aktentyp „Info-Akte BSNR“ abrufen. Sie finden Ihren Rückmeldebericht unter dem Quartal 20201.

Zum anderen beantworten operierende Ärzte und Belegärzte in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern jährlich **Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement** ihrer Einrichtung. Dies erfolgt im vertragsärztlichen Bereich **im Rahmen einer webbasierten Einrichtungsbefragung**, die sich immer auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Vorjahres bezieht.

Aus den Abrechnungsdaten haben wir ermittelt, dass für Ihre Einrichtung eine entsprechende Befragung ansteht, da im Jahr 2022 über Ihre Hauptbetriebsstätten-Nummer (HBSNR) mindestens ein sogenannter Tracer-Eingriff ambulant und/oder belegärztlich abgerechnet worden ist.

Wenn Sie bereits im Jahr 2022 an der Einrichtungsbefragung teilgenommen haben und sich bei Ihrem Hygiene- und Infektionsmanagement nichts geändert hat, können Sie Ihre Angaben aus der letzten Befragung diesmal übernehmen und im Webportal eintragen, da sich die Inhalte der Einrichtungsbefragung nicht geändert haben.

Bitte prüfen Sie sehr genau – insbesondere, wenn Sie bereits im Vorjahr wegen einer rechnerischen Auffälligkeit zu einer Rückmeldung an die Fachkommission aufgefordert wurden - **ob Sie die Daten aus dem Vorjahr überarbeiten müssen und berücksichtigen Sie unsere beigefügten Ausfüllhinweise.**

Bitte beachten Sie, dass das Datenfeld „Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben“ immer als Auffälligkeit gewertet wird.

Die Abgabefrist für die im Webportal ausgefüllte Einrichtungsbefragung für das Datenerfassungsjahr 2022 ist der **28. Februar 2023.**

Wir wissen, dass das Ausfüllen des Fragebogens für Sie viel Aufwand bedeutet. Wir bitten Sie jedoch um Ihre Mitwirkung, die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements beim ambulanten Operieren zu verbessern. **Ihr Aufwand wird über den Zuschlag nach GOP 01650 des EBM vergütet.**

Wenn Sie Fragen zur Einrichtungsbefragung oder technische Probleme haben, wenden Sie sich bitte schriftlich per E-Mail an sQS-WI@KVB.de oder mittels Fax an 089/5 70 93 - 55 49 36.

Freundliche Grüße
gez.

P. Hausbeck, Assessor jur.
Leiter Qualitätssicherung

Anlage 1: Ausfüllhinweise

Anlage 2: Ambulanter und stationärer Fragebogen in Druckversion
Bitte nur als Vorlage für die Übertragung ins Webportal oder persönliche Dokumentation nutzen.
Nur die Eingabe ins Webportal gilt als Teilnahme an der Einrichtungsbefragung!

Anlage 1: Ausfüllhinweise

Bei mehreren operierenden Ärzten in der Praxis

- Pro Praxis muss nur eine Einrichtungsbefragung ausgefüllt werden.
- Wenn in Ihrer Praxis mehrere Ärzte operativ tätig sind, bestimmen Sie bitte einen Arzt, der die Einrichtungsbefragung für Ihre Praxis ausfüllt.
- Empfehlenswert ist es, dass der Arzt in Ihrer Praxis die Einrichtungsbefragung ausfüllt, der am meisten operiert.

Bei mehreren Standorten oder Standorten außerhalb der Praxis

- Falls Sie an mehreren Standorten operieren, füllen Sie die Einrichtungsbefragung bitte für den Standort aus, an dem Sie am meisten operieren.
- Auch wenn Sie nicht in Ihrer Praxis, sondern in einer anderen Praxis, an einem ambulanten Operationszentrum oder an einer Klinik operieren, ist es erforderlich, die Einrichtungsbefragung für Ihre BSNR auszufüllen.

Bei ambulanten Operationen in anderen Praxisräumen, OP-Zentren oder Kliniken

- Bitte füllen Sie den **ambulanten Fragebogen** im Webportal aus.
- Als Operateur müssen Sie die **Fragen 1-4** (Basisdokumentation) für Ihre Praxis beantworten.
- Auch die **Fragen 5-17** (Leitlinien), **43-48** (Arbeitsanweisungen), Fragen **49-57** (interne Standards) und Fragen **58-59** (Teilnahme an Informationsveranstaltungen) sollten Sie nach Möglichkeit für Ihre Praxis beantworten.
- Falls Sie die Strukturen des Hygiene- und Infektionsmanagements eines Operationszentrums, einer Klinik oder einer anderen Praxis nutzen, **holen Sie bitte die entsprechenden Informationen für Ihre Einrichtungsbefragung dort ein.** Dazu kontaktieren Sie bitte den Leiter des OP-Zentrums bzw. den Hygienebeauftragten oder Datenmanager der Klinik, um die relevanten Angaben über die als Anlage beigefügte Druckversion der Einrichtungsbefragung einzuholen. **Bitte übertragen Sie anschließend diese Angaben im Webportal in Ihren elektronischen Fragebogen.**
- **Bei den Fragen 5-17** (Leitlinien), **43-48** (Arbeitsanweisungen) und **49-57** (interne Standards) muss, wenn in der Praxis keine Leitlinien/ Arbeitsanweisungen/ interne Standards vorliegen, zumindest eine **Erklärung (Sonderbestimmung)** in Ihrer Praxis vorliegen, dass die genannten Leitlinien/ Arbeitsanweisungen/ internen Standards in der operativen Einrichtung vorliegen und Ihrem Vorgehen entsprechen. In der Regel ist dies in Ihrer **QM-Dokumentation** enthalten.
- **Bei den Fragen 58-67** (Informationsveranstaltungen, Patienteninformation, Compliance) sollte die Einrichtung, an der operiert wird, die Angaben zur Verfügung stellen. Sie als **Operateur** sollten bei diesen Punkten **zumindest informell eingebunden** sein.
- **Bei der Frage 66** (Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedelung/ Infektion) finden Sie **neu** auf unserer Homepage eine **abrufbare Patienteninformation** zum Vorhalten und Aushändigen: <https://www.patienten-information.de/medien/kurzinfomationen/operationswunde-kip.pdf>.

Bei belegärztlicher Tätigkeit

- Bitte füllen Sie den **stationären Fragebogen** im Webportal aus.
- Laut aktueller Spezifikation des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) haben die Belegärzte seit letztem Jahr auch die **Möglichkeit, sich über die Krankenhaussoftware (KIS) den Dokumentationsangaben zum Hygiene- und Infektionsmanagement des Krankenhauses anzuschließen und diese Daten an unsere Datenannahmestelle zu exportieren**. Ob diese Funktion in der Software des jeweiligen Krankenhauses tatsächlich eingerichtet wurde, erfragen Sie bitte über den Softwareanbieter bzw. Datenmanager des Krankenhauses.
- Falls Sie diese technische Möglichkeit nicht nutzen können, **holen Sie bitte die entsprechenden Informationen für Ihre Einrichtungsbefragung** beim Hygienebeauftragten oder Datenmanager der Klinik mittels der als Anlage beigefügten Druckversion der Einrichtungsbefragung ein. **Bitte übertragen Sie anschließend diese Angaben im Webportal in Ihren elektronischen Fragebogen**.

Bei ambulanten Operationen und belegärztlicher Tätigkeit

- Bitte füllen Sie sowohl den **ambulanten als auch den stationären Fragebogen** im Webportal aus.

So gelangen Sie ins Webportal

Die Einrichtungsbefragung muss von jeder betroffenen Einrichtung elektronisch über das Webportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfasst werden. Ausgefüllte Druckversionen der Einrichtungsbefragung können nicht angenommen werden.

- Melden Sie sich im Mitgliederportal „Meine KVB“ an.
- Gehen Sie in der Kategorie „Qualität“ auf den Onlineservice „sQS und Krebsfrüherkennung“.
- Den Zugang zum Webportal der KBV erhalten Sie über den Button „Einrichtungsbefragung NWI durchführen“.

Bitte beachten Sie, dass Sie die sichere Verbindung ins Webportal (SNK) nur über KV-Safenet oder über die Telematikinfrastruktur aufrufen können. Das Webportal funktioniert nicht über das Token-Verfahren (KV-Ident Plus).

- Wählen Sie den Fragebogen aus. Auf der Startseite des Portals können Sie zwischen dem ambulanten und dem stationären Fragebogen auswählen.
- Klicken Sie jeweils auf das blaue Feld, um die Befragung zu starten.

Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Praxis → Qualität → Sektorenübergreifende Qualitätssicherung → Postoperative Wundinfektionen

- Ausfüllhilfen ambulante Operationen/ ambulanter Fragebogen
- Ausfüllhilfe Belegärzte/ stationärer Fragebogen
- Leitfaden zur Nutzung des Webportals
- Leitfaden zum Abrufen Ihres Rückmeldeberichts

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant Operieren)

NWIEA (Spezifikation 2022 EDOK V02)

BASIS		wenn Feld 5 = 1		12>	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden					
1-4	Basisdokumentation				
1-2	Art der ambulant operierenden Einrichtung				
1	Status des Leistungserbringers	6> Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? 0 = nein 1 = ja		Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten 0 = nein 1 = ja	
1 = Krankenhaus 2 = vertragsärztlicher Leistungserbringer		7> Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? 0 = nein 1 = ja		wenn Feld 12 = 1 13>> Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? 0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 1 = 2					
2>	Grundlage der Leistungserbringung	8> Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? 0 = nein 1 = ja		14-17 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung	
1 = kollektivvertragliche Leistung 2 = ermächtigte vertragsärztliche Leistung		9> Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? 0 = nein 1 = ja		14 Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? 0 = nein 1 = ja	
3-4	Leistungserbringeridentifizierende Daten				
3	Krankenhaus				
wenn Feld 1 = 1					
3>	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de	10> Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022? MM.JJJJ □□.□□□□		wenn Feld 14 = 1 15> Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? 0 = nein 1 = ja	
4 Arztpraxis/MVZ/ermächtigter Krankenhausarzt/ermächtigtes Krankenhaus		11> Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? 0 = nein 1 = ja		16> Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022? MM.JJJJ □□.□□□□	
wenn Feld 1 = 2					
4>	Betriebsstättennummer BSNR				
5-13 Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung					
5	Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? 0 = nein 1 = ja 2 = aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaphylaxe erforderlich			17> Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? 0 = nein 1 = ja	

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)

18-22	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	25>>>	Übernahmen im Jahr 2022 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?	wenn Feld 25 IN (0;2)	29>>>	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?
18	Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?		0 = nein 1 = ja 2 = teilweise			1 = ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) 2 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) 3 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator 4 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator 5 = ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) 6 = ausschließlich mittels Sterilisator 7 = mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator
wenn Feld 18 = 1		wenn Feld 25 IN (1;2)		wenn Feld 27 = 1 und wenn Feld 29 IN (2;3;5;7)		
19>	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?	26>>>	Lag im Jahr 2022 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?	30>>>>	30>>>>	Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?
	0 = nein 1 = ja		0 = nein 1 = ja			0 = nein 1 = ja
20>	Wurde dazu eine Schere genutzt?	wenn Feld 25 IN (0;2)		wenn Feld 29 IN (2;3;5;7)		
	0 = nein 1 = ja	27>>>>	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?	31>>>>	31>>>>	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2022?
	0 = nein 1 = ja		0 = nein 1 = ja			Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ
21>	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?	wenn Feld 27 = 1		32>>>>	32>>>>	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?
	0 = nein 1 = ja	28>>>>	Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?			Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ
22>	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?			wenn Feld 25 IN (0;2)		
	0 = nein 1 = ja			33>>>>	33>>>>	Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?
23-42	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien					0 = nein 1 = ja
wenn Feld 1 = 2						
23>	Wurde im Jahr 2022 ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird?					
	0 = nein 1 = ja					
wenn Feld 23 IN (0;LEER)						
24>>	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen verwendeten Arten steriler Medizinprodukte?					
	0 = nein 1 = ja					

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant Operieren)

34>>>	Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt? 0 = nein 1 = ja	40>>>>	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ	46>	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? 0 = nein 1 = ja
35>>>	Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt? 0 = nein 1 = ja	41>>>>	Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? 0 = nein 1 = ja	47>	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? 0 = nein 1 = ja
36>>>	Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt? Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben. 0 = nein 1 = ja	42>>>>	Galt im gesamten Jahr 2022 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? 0 = nein 1 = ja	48>	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 33 = 1					
37>>>>	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ	43-48	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	49-57	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel
wenn Feld 27 = 1 und wenn Feld 29 IN (3;4;6;7)					
38>>>>	Waren die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? 0 = nein 1 = ja	43	Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? 0 = nein 1 = ja	49	Galt im gesamten Jahr 2022 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 29 IN (3;4;6;7)					
39>>>>	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ	wenn Feld 43 = 1		wenn Feld 49 = 1	
		44>	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? 0 = nein 1 = ja	50>	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? 0 = nein 1 = ja
		45>	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? 0 = nein 1 = ja	51>	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) 0 = nein 1 = ja

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)

52>	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? ☐ 0 = nein 1 = ja	58.2	ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	61.2>	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja
53>	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? ☐ 0 = nein 1 = ja	58.3	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	61.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
54>	Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? ☐ 0 = nein 1 = ja	59.1-65.2	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	wenn Feld 59.1 = 1	
55>	Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, ... ☐ 0 = nein 1 = ja	59.1	Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2022 stattgefunden haben, vor? ☐ 0 = nein 1 = ja	62.1>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben □□□ %
56>	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022? MM.JJJJ □□.□□□□	59.2	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	62.2>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja
57>	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? ☐ 0 = nein 1 = ja	wenn Feld 59.1 = 1		62.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
58.1-58.3	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	60.1>	Ärzte Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben □□□ %	wenn Feld 59.1 = 1	
58.1	Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? □□□ %	60.2>	ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	63.1>	Medizinische Fachangestellte Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben □□□ %
		60.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	63.2>	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja
		wenn Feld 59.1 = 1		63.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
		61.1>	Pflegepersonal Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat □□□ %	wenn Feld 59.1 = 1	
				64.1>	Reinigungspersonal Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat □□□ %

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)

64.2>	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig 0 = nein 1 = ja	☐
64.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben 1 = ja	☐
wenn Feld 59.1 = 1		
65.1>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben	%
65.2>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig 0 = nein 1 = ja	☐
65.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben 1 = ja	☐
66	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	
66	Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen - Risiken der MRSA-Besiedlung-/Infektion für Kontaktpersonen - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes 0 = nein 1 = ja	☐

67	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der ambulanten Versorgung
67	Wurden Compliancebeobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? 0 = nein 1 = ja

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

NWIES (Spezifikation 2022 EDOK V02)

BASIS		6>		Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		wenn Feld 11 = 1	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden						12>>	
1-3	Basisdokumentation					Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?	
1	Art der stationär operierenden Einrichtung					0 = nein 1 = ja	
1	Status des Leistungserbringers						
1 = Krankenhaus nach § 108 SGB V 2 = Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V							
2-3	Leistungserbringeridentifizierende Daten	7>		Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?		13-16	
2	Krankenhaus			0 = nein 1 = ja		Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung	
wenn Feld 1 = 1		8>		Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		13	
2>	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de			0 = nein 1 = ja		Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?	
3	Belegarzt					0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 1 = 2		9>		Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?		wenn Feld 13 = 1	
3>	Betriebsstättennummer BSNR			MM.JJJJ		14>	
4-12	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung			□□.□□□□		Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	
4	Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	10>		Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		15>	
0 = nein 1 = ja				0 = nein 1 = ja		Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?	
wenn Feld 4 = 1		11>		Wird der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?		16>	
5>	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?			z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten		Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?	
0 = nein 1 = ja				0 = nein 1 = ja		0 = nein 1 = ja	
						17-21	
						Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	
						17	
						Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?	
						0 = nein 1 = ja	

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

wenn Feld 17 = 1		wenn Feld 23 IN (0;2)		wenn Feld 27 IN (2;3;5;7)	
18>	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? 0 = nein 1 = ja ☐	25>	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? 0 = nein 1 = ja ☐	29>>	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ □□.□□□□
19>	Wurde dazu eine Schere genutzt? 0 = nein 1 = ja ☐	wenn Feld 25 = 1		30>>	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ □□.□□□□
20>	Wurde dazu ein Haarschneider(Clipper) genutzt? 0 = nein 1 = ja ☐	26>>	Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? 0 = nein 1 = ja ☐	wenn Feld 23 IN (0;2)	
21>	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? 0 = nein 1 = ja ☐	27>	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? 1 = ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) 2 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) 3 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator 4 = mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator 5 = ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) 6 = ausschließlich mittels Sterilisator 7 = mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator ☐	31.1>	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ □□.□□□□
22-36	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	wenn Feld 25 = 1 und wenn Feld 27 IN (2;3;5;7)		31.2>	Siegelnahtgerät nicht vorhanden 1 = ja ☐
22	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? 0 = nein 1 = ja ☐	wenn Feld 23 IN (1;2)		32>>	Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? 0 = nein 1 = ja ☐
23	Übernahmen im Jahr 2022 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? 0 = nein 1 = ja 2 = teilweise ☐	28>>	Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? 0 = nein 1 = ja ☐	wenn Feld 27 IN (3;4;6;7)	
wenn Feld 23 IN (1;2)		wenn Feld 25 = 1 und wenn Feld 27 IN (2;3;5;7)		33>>	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ □□.□□□□
24>	Lag im Jahr 2022 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? 0 = nein 1 = ja ☐				

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

34>>	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. MM.JJJJ	.
wenn Feld 23 IN (0;2)		
35>	Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? 0 = nein 1 = ja	☐
36>	Galt im gesamten Jahr 2022 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? 0 = nein 1 = ja	☐
37-42	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	
37	Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? 0 = nein 1 = ja	☐
wenn Feld 37 = 1		
38>	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
39>	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
40>	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
41>	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? 0 = nein 1 = ja	☐
42>	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? 0 = nein 1 = ja	☐
43-51	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	
43	Galt im gesamten Jahr 2022 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? 0 = nein 1 = ja	☐
wenn Feld 43 = 1		
44>	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
45>	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) 0 = nein 1 = ja	☐
46>	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
47>	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
48>	Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? 0 = nein 1 = ja	☐
49>	Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? 0 = nein 1 = ja	☐
50>	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022? MM.JJJJ	.
51>	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? 0 = nein 1 = ja	☐
52.1-52.3	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	
52.1	Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? %	

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

52.2	ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	55.2>	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	58.2>	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 0 = nein 1 = ja
52.3	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	55.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	58.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
53.1-60.3 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention		wenn Feld 53.1 = 1		wenn Feld 53.1 = 1	
53.1	Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2022 stattgefunden haben, vor? ☐ 0 = nein 1 = ja	56.1>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben %	59.1>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben %
53.2	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	56.2>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	59.2>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 53.1 = 1		56.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	59.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
54.1>	Ärzte Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben %	wenn Feld 53.1 = 1		wenn Feld 1 = 1 und wenn Feld 53.1 = 1	
54.2>	ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	57.1>	Medizinische Fachangestellte Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben %	60.1>	Küchenpersonal Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat %
54.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	57.2>	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja	60.2>	Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig ☐ 1 = ja
wenn Feld 53.1 = 1		57.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja	60.3>	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben ☐ 1 = ja
55.1>	Pflegepersonal Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat %	wenn Feld 53.1 = 1			
		58.1>	Reinigungspersonal Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2022 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat %		

Datensatz Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

61	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen - Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes - Kontrolluntersuchungen 0 = nein 1 = ja	64.2> keine IMC/Aufwachstation vorhanden 1 = ja
wenn Feld 62 =1		
62-66.2	Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? 0 = nein 1 = ja	65.2> keine Intensivstation vorhanden 1 = ja
wenn Feld 62 =1		
63.1>	Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? %	66.1> Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? %
63.2>	keine Normalstation vorhanden 1 = ja	66.2> Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst 1 = ja
wenn Feld 62 =1		
64.1>	Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? %	