KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG 2024

ZUR EINRICHTUNSGBEZOGENEN DOKUMENTATION DES SEKTORENÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHRENS „VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN – POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN“

DEZERNAT ÄRZTLICHE UND VERANLASSTE LEISTUNGEN

17. DEZEMBER 2024

VERSION 1.0

INHALT

AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG **3**

Fragen und Angaben zur "Basisdokumentation“ (1-4) 3
Fragen zur „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe“ (5-13) 4
Fragen zur „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der ambulanten Versorgung“ (14-17) 7
Fragen zu „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“ (18-22) 9
Fragen zur „Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien“ (23-42) 11
Fragen zur „Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes“ (43-48) 20
Fragen zur „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie “ (58-59.3) 25
Fragen zur „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“ (60.1-71.3) 27
Fragen zu "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion" (72) 35
Frage zur "Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung" (73) 36

AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Kurze Erläuterungen, passgenaue Musterdokumente und weiterführende Linktipps: Dieses Serviceangebot richtet sich an alle operativ tätigen Ärzte, die an der einrichtungsbezogenen Befragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement teilnehmen, und soll sie bei der Beantwortung unterstützen. Die Dokumentationspflicht beginnt erstmalig im ersten Quartal 2018 und bezieht sich auf das Jahr 2017. Es empfiehlt sich daher, dass sich betroffene Ärzte bereits jetzt mit den Inhalten der Befragung auseinandersetzen.

FRAGEN UND ANGABEN ZUR "BASISDOKUMENTATION“ (1-4)

1. Status des Leistungserbringers

Dieses Datenfeld dient der Identifikation des dokumentationspflichtigen Arztes. Das Datenfeld „vertragsärztlicher Leistungserbringer“ ist im Portal bereits vorbelegt, da die „Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene“ ausschließlich für die Vertragsärzte zur Verfügung gestellt wird. Hierbei kann es sich um Leistungen, die in der (Gemeinschafts)Praxis, im ambulanten OP-Zentrum oder in einem MVZ erbracht werden, handeln.

2. Grundlage der Leistungserbringung

Handelt es sich um kollektivvertragliche Leistungen durch einen vertragsärztlichen Leistungserbringer, ist Schlüsselwert „kollektivvertragliche Leistung“ zu wählen. Hierbei kann es sich z.B. um Leistungen in der (Gemeinschafts)Praxis, im ambulanten OP-Zentrum oder im MVZ handeln.

Handelt es sich um Leistungen im Rahmen persönlicher Ermächtigungen von Krankenhausärzten oder um Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen von Krankenhäusern, ist Schlüsselwert „ermächtigte vertragsärztliche Leistung“ zu wählen. Damit sind Ärztinnen oder Ärzte gemeint, die im Krankenhaus angestellt sind und über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verfügen, um Krankenversicherte ambulant behandeln zu können. Die Ermächtigung beschränkt sich auf die befristete Erbringung einzelner, im Ermächtigungsbescheid aufgeführte Leistungen (nicht auf das gesamte Spektrum des Fachgebiets).

3. Institutionskennzeichen

Nicht relevant für Vertragsärzte. Dieses bedingte Feld öffnet sich nur, wenn Sie bei Frage 1 "Krankenhaus" angeben.

4. Betriebsstättennummer

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung vergebene "Betriebsstättennummer (BSNR)" identifiziert die Hauptbetriebsstätte Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei bezieht sich die Einrichtungsbefragung auf die Praxis oder das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) bzw. die Hauptbetriebsstätte unabhängig davon, in welcher Einrichtung die ambulanten Operationen durchgeführt werden.

Dieses Datenfeld ist bereits vorbelegt von der Software. Gleichen Sie die Information ab. Sollte die vorbelegte Betriebsstättennummer nicht übereinstimmen kontaktieren Sie bitte Ihre KV. Nur die KV kann die richtige BSNR für Sie einpflegen.

FRAGEN ZUR „ENTWICKLUNG, AKTUALISIERUNG UND UMSETZUNGSÜBERPRÜFUNG EINER INTERNEN LEITLINIE ZUR PERIOPERATIVEN ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE“ (5-13)

5. Galt im gesamten Erfassungsjahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?

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.

Die perioperative Antibiotikaprophylaxe und die allgemeine Antibiotikatherapie können in einer gemeinsamen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie geregelt sein.

Für die Erstellung der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie kann auf die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe zurückgegriffen werden. Ein Musterdokument im Wordformat steht Ihnen zum Abgleich weiter unten zur Verfügung. Hinweise zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe (PAP) sind ebenfalls in der KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ enthalten.

Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss für alle operierenden Ärzte gegolten haben. Unterjährig aktualisierte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien werden berücksichtigt, sofern sichergestellt war, diese bis 30.06.2024 eingeführt wurden. In Entwicklung befindliche oder im zweiten Halbjahr in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.
Erfolgt die Leistungserbringung an unterschiedlichen Orten, können sich die Inhalte der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie je Ort der Leistungserbringung unterscheiden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die wesentlichen Anforderungen an die perioperative Antibiotikaprophylaxe gleichermaßen enthalten sind.

Achtung: Sofern keine perioperative Antibiotikaprophylaxe schriftlich fixiert wurde, weil diese aufgrund des Behandlungsspektrums generell nicht indiziert war, ist „aufgrund des Behandlungsspektrums keine perioperative Antibiotikaprophylaxe erforderlich“ anzugeben.

Für Vertragsärzte gilt:
Die Frage kann nur mit "ja" beantwortet werden, wenn:

- eine entsprechende fachgebietsübergreifende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie vorlag

oder

- leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien für ihre jeweiligen operativen Fachgebiete vorlagen.

Der Vertragsarzt kann bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung tätigen Ärzte können nach einer leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie der Einrichtung(en) handeln, in der er seine bzw. sie ihre Operationen durchgeführt hatte bzw. hatten,

oder

nach einer eigenen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie handeln.
Sofern der Vertragsarzt bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung tätigen Ärzte nach einer eigenen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie handelte bzw. handelten, muss bzw. müssen diese an jedem Ort, an dem ambulante Operationen durchgeführt wurden, oder in der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) vorgelegen haben.

Musterdokumente

- Interne Regelung ("Leitlinie") zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe, QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ (S. 457)
- Leitlinie Sign 104-Antibiotic prophylaxis in surgery (Update 2019 / PDF)
- DGKH: Hygiene-Tipp: Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- AWMF-Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe (PDF)

Weiterführende Informationen

- Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS): Seiten des RKI
- Infektionsdiagnostik und orale Antibiotikatherapie bei Erwachsenen - Leitfaden für den ambulanten Bereich, Herausgeber: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- Die Bayerische Antibiotikaresistenz-Datenbank BARDa
- Nationales Referenzzentrum für Surveillance für nosokomiale Infektionen: Referenzdaten 2011-2015 bei OP-KISS

6. Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?

Erläuterungen siehe Frage 5.

7. Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?

Erläuterungen siehe Frage 5.

8. Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?

Erläuterungen siehe Frage 5.

9. Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Eine interne 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 ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.

Die geforderten Inhalte der Fragen 5-12 sind in der "Internen Regelung zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 5.

10. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es sollen nur Daten bis Ende 2024 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (§23 IfSG bzw. Hygieneverordnungen der Länder) berücksichtigen.

Die geforderten Inhalte der Fragen 5-12 sind in der "Internen Regelung zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 5.

11. Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?

Neue interne Leitlinien und deren Aktualisierungen müssen durch die Praxisinhaberin / den Praxisinhaber oder durch die ärztliche Leitung der vertragsärztlichen Einrichtung inhaltlich freigegeben werden.

Handelte der Vertragsarzt bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung (z.B. Arztpraxis, MVZ) tätigen Ärzte nach einer eigenen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie, muss diese durch den/die Praxisinhaber oder durch die/den ärztlichen Leiter der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) freigegeben worden sein.

Die geforderten Inhalte der Fragen 5-12 sind in der "Internen Regelung zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 5.

12. Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprophylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?

Für die Überprüfung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe kann die WHO-Checkliste verwendet werden.

Musterdokumente

- WHO Checkliste (PDF)

13. Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?

Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).

Musterdokumente

- WHO Checkliste (PDF)

FRAGEN ZUR „ENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG EINER INTERNEN LEITLINIE ZUR ANTIBIOTIKA-INITIALTHERAPIE IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG“ (14-17)

14. Galt im gesamten Erfassungsjahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?

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.

Die perioperative Antibiotikaprophylaxe und die allgemeine Antibiotikatherapie können in einer gemeinsamen leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie geregelt worden sein.

Als Orientierung kann die Leitlinie der AWMF zur rationalen Antibiotikatherapie (2019) dienen.
Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss für alle Ärzte gegolten haben. Unterjährig aktualisierte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien werden berücksichtigt, sofern sichergestellt war, dass diese bis 30.06.2024 eingeführt wurden. In Entwicklung befindliche oder im zweiten Halbjahr in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.

Erfolgt die Leistungserbringung an unterschiedlichen Orten, können sich die Inhalte der leitlinienbasierten Empfehlung/internen Leitlinie je Ort der Leistungserbringung unterscheiden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die wesentlichen Anforderungen an die Antibiotikatherapie gleichermaßen enthalten sind.

Musterdokumente

- Interne Regelung ("Leitlinie") zur Antibiotikainitialtherapie, QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- Infektionsdiagnostik und orale Antibiotikatherapie bei Erwachsenen - Leitfaden für den ambulanten Bereich, Herausgeber: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Weiterführende Informationen

- Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS): Seiten des RKI

- Die Bayerische Antibiotikaresistenz-Datenbank BARDa
- Nationales Referenzzentrum für Surveillance für nosokomiale Infektionen: Referenzdaten 2011-2015 bei OP-KISS

15. Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Eine interne "Leitlinie" Regelung 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.

Die geforderten Inhalte der Fragen 14-17 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 14.

16. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es sollen nur Daten bis Ende 2024 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (§23 IfSG bzw. Hygieneverordnungen der Länder) berücksichtigen.

Die geforderten Inhalte der Fragen 14-17 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 14.

17. Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?

Sowohl eine neue interne Regelung ("Leitlinie") als auch deren Aktualisierung muss freigegeben werden. Die Freigabe der internen leitlinienbasierten Empfehlung muss durch den/die Praxisinhaber oder durch den/die ärztlichen Leiter der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) erfolgt sein.

Die geforderten Inhalte der Fragen 14-17 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 14.

FRAGEN ZU „GEEIGNETE HAARENTFERNUNG VOR OPERATIVEM EINGRIFF“ (18-22)

18. Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?

Qualitätsziel: Sofern eine (Teil-) Haarentfernung aus operationstechnischen Gründen indiziert ist, sollte dies entweder durch das Kürzen mit einer Schere, einer elektrischen Haarschneidemaschine (clippen) oder durch chemische Depilation (Enthaarungscremes) erfolgen. Auf das Rasieren mit einem Klingenrasierer sollte verzichtet werden, da dieser Mikroverletzungen der Hautbarriere verursacht.

Weitere Informationen sind der KRINKO-Empfehlung "Prävention postoperative Wundinfektionen" und den Musterhygieneplänen zu entnehmen.

Es ist „ja“ anzugeben, wenn im Jahr 2024 bei mindestens einem Patienten eine Haarentfernung durchgeführt wurde. Die Angabe ist für alle ambulanten Operationen zu machen, die über die in diesem Bogen angegebene BSNR abgerechnet wurden

Die schriftliche Verortung zur Art der Haarentfernung gehört in einen Hygieneplan, welcher an der Hauptbetriebsstätte vorgehalten werden muss. Der geforderte Inhalt der Frage 18 ist in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Hygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

oder

- Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis (Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte)

Linktipp

- KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ (S. 452,460)
- Video: Richtige Haarentfernung verringert Wundinfektionen

Weiterführende Informationen

- DGKH: Hygiene-Tipp: Präoperative Haarentfernung

19. Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?

Es ist „ja“ anzugeben, wenn im Jahr 2024 bei mindestens einem Patienten die Kürzung der Haare auf Hautniveau mit einer scharfen Klinge erfolgte.

Musterdokumente und Links siehe Frage 18.

20. Wurde dazu eine Schere genutzt?

Es ist „ja“ anzugeben, wenn im Jahr 2024 bei mindestens einem Patienten eine Haarentfernung mittels einer Schere durchgeführt wurde.

Musterdokumente und Links siehe Frage 18.

21. Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?

Es ist „ja“ anzugeben, wenn im Jahr 2024 bei mindestens einem Patienten eine Haarentfernung mittels eines Haarschneiders (Clippers) durchgeführt wurde.

Musterdokumente und Links siehe Frage 18.

22. Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?

Es ist „ja“ anzugeben, wenn im Jahr 2024 bei mindestens einem Patienten eine Haarentfernung mittels Enthaarungscreme durchgeführt wurde.

Musterdokumente und Links siehe Frage 18.

FRAGEN ZUR „VALIDIERUNG DER STERILGUTAUFBEREITUNG VON OP-INSTRUMENTEN UND OP-MATERIALIEN“ (23-42)

Hinweis: Die Angabe ist bei Hauptbetriebsstätten mit eigenem ambulanten OP nur für das an dieser Hauptbetriebsstätte genutzte oder das durch den Betreiber des OPs bereitgestellte Sterilgut zu machen, auch wenn ambulante Operationen zusätzlich an Nebenbetriebsstätten durchgeführt wurden. Sofern die ambulanten Operationen ausschließlich an einer Nebenbetriebsstätte durchgeführt wurden, soll sich die Angabe auf das an dieser Nebenbetriebsstätte genutzte oder das durch den Betreiber des OPs bereitgestellte Sterilgut beziehen. Bei mehreren Nebenbetriebsstätten ist die Angabe für die Nebenbetriebsstätte zu machen, an der die meisten ambulanten Operationen erbracht und über die in diesem Bogen angegebene BSNR abgerechnet wurden.

Es soll in den Fragen 24 bis 42 über die Sterilgutaufbereitung der OP-Instrumente inkl. Anästhesie berichtet werden, nicht über die Aufbereitung der Instrumente des Sprechstundenalltags.

Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 24 bis 42 nur bezogen auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe der Aufbereitung an einen externen Dienstleister sowie einer bestehenden vertraglichen Vereinbarung mit diesem, müssen nur die Fragen 24 bis 26 beantwortet werden. Sofern die ambulanten Operationen ausschließlich an einer Nebenbetriebsstätte durchgeführt wurden, soll sich die Angabe auf das an dieser Nebenbetriebsstätte genutzte oder das durch den Betreiber des OPs bereitgestellte Sterilgut beziehen. Bei mehreren Nebenbetriebsstätten ist die Angabe für die Nebenbetriebsstätte zu machen, an der die meisten ambulanten Operationen erbracht und über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer (BSNR) abgerechnet wurden.

Linktipp

- Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis
- Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis (Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

23. Wurde im Erfassungsjahr ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird?

Es ist nur über die OP-Instrumente inkl. Anästhesie zu berichten, nicht über die Instrumente des Sprechstundenalltags.

Bei der ausschließlichen Verwendung von Einmalsterilgut sind die weiteren Fragen zur Sterilgutaufbereitung nicht zu beantworten.

Linktipp

- Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis
- Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis (Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

24. Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?

Die Frage bezieht sich auf die hygienische Risikoklassifizierung, wie sie in der KRINKO/BfArm-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aber auch im Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV beschrieben ist. Der Praxisinhaber ist für die korrekte Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte verantwortlich und muss diese unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers schriftlich festlegen. Bestehen Zweifel an der Einstufung des Medizinproduktes, wird jeweils die nächsthöhere Risikostufe gewählt. Die geforderten Inhalte sind in dem Formblatt "Risikoeinstufung Medizinprodukte" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Formblatt Risikoeinstufung Medizinprodukte QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Hinweis: Bestandteil des Musterhygieneplans des Kompetenzzentrums Hygiene

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“: Kapitel 1.2.1 / Tabelle 1
- Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis

Weiterführende Informationen

- DGSV: Flussdiagramm (PDF)
- DGKH Hygiene Tipp: Einstufung von Medizinprodukten
- Eckpunkte zur Vertragsgestaltung bei externer Aufbereitung (PDF)

25. Übernahmen im Erfassungsjahr ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn für das gesamte aufbereitungspflichtige Sterilgut ein oder mehrere externe(r) Dienstleister beauftragt wurde(n).

Erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts ausschließlich in Eigenleistung mit eigenem Personal, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten.

Erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts weder ausschließlich in Eigenleistung noch ausschließlich durch externe Dienstleister, ist die Frage mit "teilweise" zu beantworten. Tochterunternehmen gelten nicht als externer Dienstleister.

Erfolgt die Aufbereitung durch den Betreiber des OPs (z.B. AOP-Zentrum), handelt es sich nicht um einen externen Dienstleister und die Frage ist mit „nein“ oder „teilweise“ zu beantworten.

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“: Kapitel 1.2.1 / Tabelle 1
- Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis

Weiterführende Informationen

- DGSV: Flussdiagramm (PDF)
- Eckpunkte zur Vertragsgestaltung bei externer Aufbereitung (PDF)

26. Lag im Erfassungsjahr ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?

Die Rechte und Pflichten des Betreibers und des Auftragnehmers und die Modalitäten der Übergabe, Rückgabe und Aufbereitung der Medizinprodukte müssen schriftlich in einem Vertrag fixiert sein. Das auftragnehmende Unternehmen („externer Dienstleister“) hat ein Qualitätsmanagementsystem, das die Erfüllung der hier genannten Anforderungen sicherstellt, nachzuweisen und muss zusätzlich - sofern es ausschließlich für Dritte aufbereitet - zugelassen sein (bis 25.05.2021 gemäß §§ 10, 25 MPG; seit 26.05.2021 gemäß §§ 4, 86 MPDG). Das Qualitätsmanagementsystem für die Aufbereitung von Medizinprodukten mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung („kritisch C“) soll durch eine von der zuständigen Behörde anerkannten Stelle (gemäß § 17b MPDG) nach DIN EN 13485 in Verbindung mit der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ zertifiziert sein. Sollten Sie angeben, dass kein Vertrag mit dem externen Dienstleister vorliegt, werden alle Angaben zum Themengebiet der Sterilgutaufbereitung mit null Punkten gewertet.

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“: Kapitel 1.2.1 / Tabelle 1
- Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis

Weiterführende Informationen

- DGSV: Flussdiagramm (PDF)
- Eckpunkte zur Vertragsgestaltung bei externer Aufbereitung (PDF)

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?

Standardarbeitsanweisungen (Englisch: ***SOP*** – ***S****tandard* ***O****perating* ***P****rocedure*) sind intern erstellte Dokumente mit denen wichtige Arbeitsprozesse beschrieben werden. Eine SOP stellt für die Beschäftigten eine schriftliche Orientierung dar und ist eine gute Arbeitshilfe, um hausinternen Abläufe zu standardisieren. Auch die Kommunikation innerhalb eines Teams wird dadurch erleichtert. Der Einarbeitungsprozess neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird ebenso entlastet.

Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein. Grundlage ist die KRINKO/BfArM-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten". Bitte passen Sie das Musterdokument "Ablaufbeschreibung" den praxisinternen Gegebenheiten an. Es ist nur über die

Aufbereitung der OP-Instrumente inkl. Anästhesie zu berichten, nicht über die Aufbereitung der Instrumente des Sprechstundenalltags.

Hinweis: Es ist ausschließlich auf die eigene Aufbereitung Bezug zu nehmen. Nicht gemeint ist die Aufbereitung durch externe Dienstleister.

Musterdokumente

- Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP Word-Version (doc)
- Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP Word-Version (doc)
- Ablaufbeschreibung Herstellung RD-Lösung, QEP Word-Version (doc)

Hinweis: Im Anhang der Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte finden sich Arbeitsanweisungen zur manuellen und maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten.

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 2.2. (PDF)

Weiterführende Informationen

- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

28. Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?

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.

Musterdokumente und Links siehe Frage 27.

29. Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?

Musterdokumente und Links siehe Frage 27.

30. Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?

Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen. Informationen hierzu finden sich auch in den Herstellerangaben und den Validierungsberichten.

Musterdokumente und Links siehe Frage 27.

31. Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2024 dokumentiert werden. Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten ist das Datum für das Gerät einzutragen, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.
Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §7 MPBetreibV Instandhaltung von Medizinprodukten. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §4 (6) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt "Wartungs- und Reparaturdokumentation"). Es wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen (siehe Links).

Musterdokumente

- Wartungsplan QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.4 (PDF)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

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 Erfassungsjahres?

§8 (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 Erfassungsjahres gefragt. Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten ist das Datum für das Gerät einzutragen, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. 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. Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.

Musterdokumente

- Validierungsplan QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.3; Anlage 1 (PDF)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

33. Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?

Als Siegelnahtverpackung wird eine Endverpackung aus zwei Folien oder einer Deckelfolie und dem entsprechenden Behälter bezeichnet. Diese sind durch eine Verbindungsnaht versiegelt.

Bitte passen Sie das Musterdokument "Ablaufbeschreibung Verpackung" Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Ablaufbeschreibung Verpackung MP Sterilisationsbogen QEP (PDF) Word-Version (docx)
- Ablaufbeschreibung Verpackung MP Folie oder Papier QEP (PDF) Word-Version (docx)
- Ablaufbeschreibung Verpackung MP Sterilisationscontainer QEP (PDF) Word-Version (docx)

Hinweis: Im Anhang der Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte finden sich Arbeitsanweisungen zur Verpackung von Medizinprodukten

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 2.2.4 (PDF)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

34. Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?

Musterdokumente und Links siehe Frage 33.

Sterilisationscontainer dienen der Beladung von wiederverwendbaren Instrumenten für die Sterilisation und zur Lagerung. Die Container benötigen passende Einmalpapierfilter, die vor jeder Sterilisation ausgetauscht werden müssen.

35. Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?

Hinweis der DGSV: Klebebeutel sind nicht validierbar und damit lt. § 8 Absatz 1 MPBetreibV nicht gesetzeskonform.

Musterdokumente und Links siehe Frage 33.

36. Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt?

Musterdokumente und Links siehe Frage 33.

37. Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2024 dokumentiert werden.

Bei mehreren Siegelnahtgeräten ist das Datum für das Gerät einzutragen, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.

Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §7 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §4 (6) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt "Wartungs- und Reparaturdokumentation"). Es wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen (siehe Links).

Bitte passen Sie das Musterdokument "Wartungsplan" Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Wartungsplan QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

38. Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?

Eine ordnungsgemäße Beladung des Sterilisators mit dem unterschiedlichem Sterilgut führt zu einer erfolgreichen Sterilisation. Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen. Informationen hierzu finden sich auch in den Herstellerangaben und den Validierungsberichten.

Linktipp

- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

39. Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Bei mehreren Sterilisatoren ist das Datum für das Gerät einzutragen, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.

Bitte passen Sie das Musterdokument "Wartungsplan" Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Wartungsplan QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

40. Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?

§ 8 (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 Erfassungsjahres gefragt. Bei mehreren Sterilisatoren ist das Datum für das Gerät einzutragen, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.

Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen, dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen, dass die im Validierungsprotokoll festgelegten Parameter eingehalten werden. Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen. Es wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen (siehe Links).

Musterdokumente

- Validierungsplan QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.3; Anlage 1 (PDF)
- Homepage der DGSV mit Fachinformationen

Weiterführende Informationen

- Homepage der DGSV mit Fachinformationen (siehe Frage 39)

41. Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?

Bitte passen Sie das Musterdokument "Fortbildungsplan" Ihren praxisinteren Gegebenheiten an.

Musterdokumente

- Fortbildungsplan
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO/BfArM-Empfehlung: Anlage 6 (PDF)

42. Galt im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?

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.

Musterdokumente

- Formblatt Fehler- /Ereignisdokumentation Word-Version (doc)

Linktipp

- KBV: Risiko- und Fehlermanagement

FRAGEN ZUR „ENTWICKLUNG EINER ARBEITSANWEISUNG ZUR PRÄOPERATIVEN ANTISEPTIK DES OP-FELDES“ (43-48)

43. Galt im gesamten Erfassungsjahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?

Entsprechende Hygienepläne mit OP-Artspezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung. In Entwicklung befindliche oder im zweiten Halbjahr in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden. Unterjährig aktualisierte Arbeitsanweisungen werden berücksichtigt, sofern sichergestellt war, dass diese bis 30.06.2024 eingeführt wurden.

Die geforderten Inhalte der Fragen 43-48 sind in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Musterhygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an. Die Frage kann nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn eine entsprechende fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung vorliegt oder Arbeitsanweisungen für ihre jeweiligen operativen Fachgebiete vorlagen. Die Antiseptik des OP-Feldes ist auch Inhalt der KRINKO-Empfehlung "Prävention postoperative Wundinfektionen" (siehe Link).

Musterdokumente

- Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

oder

- Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis (Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte)

Linktipp

- KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ (S. 453)

Weiterführende Informationen

- DGKH: Hygiene-Tipp: Desinfektion talgdrüsenreicher Haut

44. Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 43-48 sind in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Musterhygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.
Musterdokumente und Links siehe Frage 43.

45. Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?

Hinweis: Die Einwirkzeiten werden von den Herstellern der Desinfektionsmittel in den Gebrauchsinformationen angegeben.
Die geforderten Inhalte der Fragen 43-48 sind in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Musterhygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.
Musterdokumente und Links siehe Frage 43.

46. Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 43-48 sind in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Musterhygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 43.

47. Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

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 nichtsterilen Bereich der Praxis oder MVZ in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können. Die Anforderung schließt gestelltes Assistenzpersonal in einem Fremd- OP ein.

Musterdokumente und Links siehe Frage 43.

48. Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?

Sowohl eine neue Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung muss freigegeben werden. Der Praxisinhaber oder Ärztliche Leiter eines MVZ werden als zur Freigabe Berechtigte anerkannt.
Musterdokumente und Links siehe Frage 43.

FRAGEN ZUR „ENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG EINES INTERNEN STANDARDS ZU WUNDVERSORGUNG UND VERBANDSWECHSEL“ (49-57)

49. Galt im gesamten Erfassungsjahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?

Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel soll sich sowohl auf chronische als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen. Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der "Ablaufbeschreibung Wundversorgung" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Der interne Standard muss für alle Ärzte gegolten haben. Unterjährig aktualisierte interne Standards werden berücksichtigt, sofern sichergestellt war, dass diese bis 30.06.2024 eingeführt wurden. In Entwicklung befindliche oder im zweiten Halbjahr in Kraft gesetzte interne Standards können nicht berücksichtigt werden.

"Ja" kann auch angegeben werden, wenn der Vertragsarzt bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung tätigen Ärzte generell keine Verbandswechsel durchführen, weil diese nicht erforderlich sind, und ein interner Standard zur Wundversorgung vorlag.

Hinweise zum Ort der Leistungserbringung

Der Vertragsarzt kann bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung tätigen Ärzte können nach einem internen Standard der Einrichtung(en) handeln, in der er seine bzw. sie ihre Operationen durchgeführt hatte bzw. hatten, oder nach einem eigenen internen Standard handeln. Sofern der Vertragsarzt bzw. die an der vertragsärztlichen Einrichtung tätigen Ärzte nach einem eigenen internen Standard handelte bzw. handelten, muss bzw. müssen diese an jedem Ort, an dem ambulante Operationen durchgeführt wurden, oder in der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) vorgelegen haben.

Musterdokumente

- Ablaufbeschreibung Wundversorgung (PDF)
- Word-Version (doc)

Linktipp

- KRINKO-Empfehlung: Prävention postoperativer Wundinfektionen (S.462 / PDF)
- Fortbildung zur KRINKO-Empfehlung "Prävention postoperative Wundinfektionen"

Weiterführende Informationen

- DGKH Hygiene-Tipp: Verbandswechsel und Wundversorgung

50. Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der "Ablaufbeschreibung Wundversorgung" abgebildet.

Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

51. Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der " Ablaufbeschreibung Wundversorgung " abgebildet.

Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

52. Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der " Ablaufbeschreibung Wundversorgung " abgebildet.

Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

53. Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der " Ablaufbeschreibung Wundversorgung " abgebildet.

Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

54. Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 49-57 sind in der " Ablaufbeschreibung Wundversorgung " abgebildet.

Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

55. Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Der interne Standard gilt als für alle Ärzte und 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.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

56. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Überprüfung der Aktualität bzw. Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Daten bis Ende 2024 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen.

Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

57. Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?

Sowohl ein interner Standard als auch dessen Aktualisierung müssen freigegeben werden. Der Praxisinhaber oder Ärztliche Leiter eines MVZ werden als zur Freigabe Berechtigte anerkannt.
Musterdokumente und Links siehe Frage 49.

FRAGEN ZUR „TEILNAHME AN INFORMATIONSVERANSTALTUNGEN ZUR ANTIBIOTIKARESISTENZLAGE UND -THERAPIE “ (58-59.3)

58. Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?

Die Ärzte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die Teilnahme der Ärzte sollte in einer Unterschriftenliste dokumentiert werden. Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Die Anzahl der Ärzte ist auf Basis aller Ärzte (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) in der Patientenversorgung tätig waren, anzugeben. Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden.

Auszuschließen aus der Angabe sind Ärzte, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag. Sofern alle Ärzte unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit kein Arzt ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Ärzte zu machen und für das Feld "Ärztliches Personal nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente

- Einweisungs- und Schulungsplan, QEP (PDF)
- Word-Version (doc)

59.1 Wie viele Ärzte haben im Jahr 2024 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 58** „Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?“ gezählt wurden.

Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln. Die Teilnahme der Ärzte ist in einer Liste dokumentiert.

Qualitätsziel: In jedem Erfassungsjahr sollten 100% aller Ärzte an einer entsprechenden Fortbildung oder einer Informationsveranstaltung teilgenommen haben. Beachten Sie, dass für eine Teilnahme an einer Infoveranstaltung keine CME-Punkte vorausgesetzt werden.

Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein:

- lokales Erregerspektrum und Resistenzlage
- Antibiotikaprophylaxe
- Indikation für mikrobiologische Untersuchungen
- Antibiotika-Initialtherapie

59.2 Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein ärztliches Personal für die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

Achtung: Wurde bei Feld 59.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 59.1 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

59.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an Informationsveranstaltungen muss in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zur Antibiotikaprophylaxe stattgefunden.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

Achtung: Wurde bei Feld 59.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 59.1 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

FRAGEN ZUR „TEILNAHME AN INFORMATIONSVERANSTALTUNGEN ZUR HYGIENE UND INFEKTIONSPRÄVENTION“ (60.1-71.3)

60.1 Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Erfassungsjahr stattgefunden haben, vor?

Achtung: Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln.

Qualitätsziel:
In jedem Erfassungsjahr sollten 100% aller Berufsgruppen an einer entsprechenden Informationsveranstaltung teilgenommen haben.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein (für alle Berufsgruppen): Allgemeine Hygiene, Händedesinfektion, Hygiene bei multiresistenten Erregern.
Für einige Berufsgruppen: Flächendesinfektion, Aufbereitung von Sterilgut.

Allgemeine Hinweise:
Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 für mindestens eine der folgenden Berufsgruppen Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programme zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" stattgefunden haben und Daten zur Teilnahme des Personals erhoben worden sind:

Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, Medizinische Fachangestellte, Reinigungspersonal, Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)
Wenn für keine der vorgenannten Berufsgruppen Daten erhoben worden sind, obwohl innerhalb dieser Berufsgruppen im Jahr 2024 Personal in der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist „nein“ anzugeben.

Musterdokumente

- Fortbildungsplan (PDF)
- Word-Version (doc)

60.2 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

61.1 Wie viele Ärzte haben im Erfassungsjahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem ELearning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur ärztliche Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 58** „Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?“ gezählt wurden.
Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen oder E-Learning Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Liste dokumentiert. Die Ärzte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.
Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung oder eines solchen E-Learning-Programmes müssen sein:
- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

61.2 Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein ärztliches Personal für die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

Achtung: Wurde bei Feld 61.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 61.1 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

61.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei 61.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 61.1 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

62. Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Erfassungsjahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?

Die Pflegekräfte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll-oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.
Die Anzahl der Pflegekräfte ist auf Basis aller Pflegekräfte (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) in der Patientenversorgung tätig waren, zu ermitteln.
Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden. Auszuschließen aus der Angabe sind Pflegekräfte, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag.

Sofern alle Pflegekräfte unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit keine Pflegekraft ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Pflegekräfte zu machen und für das Feld "Pflegepersonal nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

63.1 Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Erfassungsjahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem ELearning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 62** „Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr 2024 ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?“ gezählt wurden.
Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen oder E-Learning Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Liste dokumentiert. Die Pflegekräfte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. In Anlehnung an die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser umfasst das "Pflegepersonal" Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger, Pflegeassistenten und (Kranken-)Pflegehelfer, Altenpfleger und Operationstechnische Assistenten. Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen. "Medizinische Fachangestellte" werden in einer separaten Berufsgruppe erfasst.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung oder eines solchen E-Learning-Programmes müssen sein:
- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern.

63.2 Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein Pflegepersonal für das Krankenhaus bzw. die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

Achtung: Wurde bei Feld 63.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 62 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

63.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei Feld 63.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 62 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

64. Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Erfassungsjahr ganzjährig tätig?

Die Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Die Anzahl der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ist auf Basis aller Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) tätig waren, zu ermitteln. Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden. Auszuschließen aus der Angabe sind Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag. Sofern alle Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit kein Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes zu machen und für das Feld "Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

65.1 Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes haben im Erfassungsjahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem ELearning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 64** „Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?“ gezählt wurden.
Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen oder E-Learning Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Liste dokumentiert. Die Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes werden dem "Medizinisch-Technischen Dienst" u.a. zugeordnet: Apothekenpersonal, Chemiker, Diätassistenten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Logopäden, Masseure, Medizinisch-technische Assistenten, Orthoptisten, Psychologen, Schreibkräfte und Sozialarbeiter.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung oder eines solchen E-Learning-Programmes müssen sein:
- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern.

65.2 Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst für das Krankenhaus bzw. die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

Achtung: Wurde bei Feld 65.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 64 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

65.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei Feld 65.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 64 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

66. Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?

Die Medizinischen Fachangestellten werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die Medizinischen Fachangestellten sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Die Anzahl Medizinischer Fachangestellter ist auf Basis aller Medizinischen Fachangestellten (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) in der Patientenversorgung tätig waren, zu ermitteln. Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden. Auszuschließen aus der Angabe sind Medizinische Fachangestellte, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag. Sofern alle Medizinischen Fachangestellten unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit kein Medizinischer Fachangestellter ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Medizinischen Fachangestellten zu machen und für das Feld "Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58

67.1 Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem ELearning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 66** „Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?“ gezählt wurden.

Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen oder E-Learning Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Medizinischen Fachangestellten werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die Medizinischen Fachangestellten sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung oder eines solchen E-Learning-Programmes müssen sein

- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern.

67.2 Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein Medizinischer Fachangestellter für das Krankenhaus bzw. die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58.

Achtung: Wurde bei Feld 67.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 66 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

67.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei Feld 67.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 66 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

68. Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?

Die Reinigungskräfte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.
Die Anzahl der Reinigungskräfte ist auf Basis aller Reinigungskräfte (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) tätig waren, zu ermitteln. Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden.
Auszuschließen aus der Angabe sind Reinigungskräfte, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag.
Sofern alle Reinigungskräfte unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit keine Reinigungskraft ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Reinigungskräfte zu machen und für das Feld "Reinigungspersonal nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58.

69.1 Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 68** „Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?“ gezählt wurden.
Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen oder E-Learning Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Liste dokumentiert. Die Reinigungskräfte werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die hier gezählten Personen sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:
- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern.

69.2 Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein Reinigungspersonal für die Hauptbetriebsstätte (ganzjährig) tätig war.
Musterdokumente und Links siehe Frage 58.

Achtung: Wurde bei Feld 69.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 68 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

69.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei Feld 69.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 68 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

70. Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?

Die Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OPSterilgut) werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OPSterilgut) sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Die Anzahl der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) ist auf Basis aller Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OPSterilgut) (inkl. Personal extern beauftragter Dienstleister und Beamte), die ganzjährig an der Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) tätig waren, zu ermitteln. Es ist auf die Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) Bezug zu nehmen, für die Leistungen über die in diesem Bogen angegebene Betriebsstättennummer abgerechnet wurden.

Auszuschließen aus der Angabe sind Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von durchgehend mehr als sechs Wochen im Jahr 2024 durch z.B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. vorlag. Sofern alle Mitarbeiter in der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) unterjährig im Jahr 2024 ihre Tätigkeit aufgenommen hatten und somit kein Mitarbeiter in der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) ganzjährig im Jahr 2024 an der Hauptbetriebsstätte tätig war, ist keine Angabe zur Anzahl der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) zu machen und für das Feld "Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden" "ja" anzugeben.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58.

71.1 Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?

Achtung: Es sollen nur Mitarbeiter einbezogen werden, die für die Angabe im **Feld 70** „Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr 2024 ganzjährig tätig?“ gezählt wurden.
Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen E-Learning-Programme handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OPSterilgut) werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Die Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OPSterilgut) sind nur einmal mit der jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Sämtliche Mitarbeiter, die in der Sterilgut-Versorgungsabteilung tätig sind, sind in der Gruppe der "Mitarbeiter Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)" zu erfassen. Mitarbeiter, die Sterilgut aufarbeiten, aber nicht in der Sterilgut-Versorgungsabteilung tätig sind, sind in den Berufsgruppen "Pflegepersonal", "Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes" oder "Medizinische Fachangestellte" zu erfassen.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung oder eines solchen E-Learning-Programmes müssen sein:
- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern
- Aufbereitung von Sterilgut.

71.2 Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

Es ist "ja" anzugeben, wenn im Jahr 2024 kein Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) für die Hauptbetriebsstätte ganzjährig tätig war.

Musterdokumente und Links siehe Frage 58.

Achtung: Wurde bei Feld 71.2 „ja“ angegeben, muss das Feld 70 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

71.3 Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben

Die Teilnehmer müssen in einer Unterschriftenliste dokumentiert sein. Wenn Sie angeben, dass die Daten nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben wurden, wird der gesamte Themenblock so gewertet, als hätte keine Teilnahme an einer Fortbildung zu Hygiene- und Infektionsprävention stattgefunden.

Achtung: Wurde bei Feld 71.3 „ja“ angegeben, muss das Feld 70 leer bleiben. In diesem Fall, darf auch keine 0 angegeben werden.

FRAGEN ZU "PATIENTENINFORMATION ZUR HYGIENE BEI MRSA-BESIEDLUNG/INFEKTION" (72)

72. Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch MRSA vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert?

Inhalte des Informationsblatts sind:

Informationen zu MRSA im Allgemeinen
Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandelnden Einrichtung

Die Frage ist mit "ja" zu beantworten, wenn die Informationsblätter in der Hauptbetriebsstätte vorgehalten werden.

Linktipp

- Patienteninformation MRSA (PDF)
- ÄZQ Patienteninformation "Operationswunde"

Weiterführende Informationen

- KBV: Themenseite MRSA
- ÄZQ: Multiresistente Erreger
- BZgA: MRSA Steckbrief

FRAGE ZUR "DURCHFÜHRUNG VON COMPLIANCE-BEOBACHTUNGEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG" (73)

73. Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt?

Als Compliance-Beobachtungen zählen Überprüfungen einzelner Situationen bei einem Patienten. Die Beobachtung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen. Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Eine Compliance-Beobachtung ist z.B. die Beobachtung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten oder die Beobachtungen eines aseptischen Wundverbandes. Teilnehmer der „Aktion Saubere Hände“ nehmen bspw. an Compliance-Beobachtungen teil.

Qualitätsziel: Mindestens 10 Beobachtungen sollten bei 1000 Patientenfällen (1 Fall entspricht einem Quartalsfall) pro Erfassungsjahr vorliegen. Bsp.: Hat eine Praxis ca. 2000 Patientenfälle pro Jahr, so sollten hier mindestens 20 Beobachtungen pro Jahr durchgeführt werden. Die Frage ist mit "ja" zu beantworten, wenn die Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion in der Hauptbetriebsstätte durchgeführt wurden.

Linktipp

- Aktion Saubere Hände: Messmethoden

Ansprechpartnerin:

Dezernat Ärztliche und Veranlasste Leistungen
Corinna Friedemann, Tel.: 030 4005-1252, CFriedemann@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

www.kbv.de