

Ausfüllhinweise

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant)(NWIEA)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der ambulant operierenden Einrichtung			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt	Das Datenfeld "Status des Leistungserbringers" dient der Identifikation des dokumentationspflichtigen Leistungserbringers. Handelt es sich um am Krankenhaus erbrachte Leistungen, ist Schlüsselwert 1 zu wählen. Handelt es sich um Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen oder um kollektivvertragliche Leistungen durch einen Vertragsarzt, ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Hierbei kann es sich um Leistungen in der Praxis, im MVZ oder ermächtigt im Krankenhaus handeln.
wenn Feld 1 = 2			
2	Grundlage der Leistungserbringung	1 = kollektivvertragliche Leistung 2 = ermächtigte vertragsärztliche Leistung	Handelt es sich um kollektivvertraglichen Leistungen durch einen Vertragsarzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen. Hierbei kann es sich um Leistungen in der Praxis oder im MVZ handeln. Handelt es sich um Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen im Krankenhaus, ist Schlüsselwert 2 zu wählen.
wenn Feld 2 = 1			
3	Betreiben Sie einen eigenen OP?	0 = nein 1 = ja	Der Begriff des „eigenen OPs“ bezieht sich auf das Betreiben eines Operationssaales. Hierzu zählt auch die Mitgliedschaft in einer Betreibergemeinschaft. Ob diese lediglich eine Betriebsgesellschaft ist oder auch Eigentümerin des OPs, ist hier bedeutungslos. Die vertragliche Nutzung eines funktionstüchtigen OPs mit oder ohne weitere Dienstleistungen ist nicht als „eigener“ OP zu werten, auch wenn der Leistungserbringer u.U. der einzige Nutzer dieses OPs ist.
wenn Feld 2 = 2			
4	Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?	0 = nein 1 = ja	-
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
wenn Feld 1 = 1			
5	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige

			<p>Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Arztpraxis/MVZ			
wenn Feld 1 = 2			
6	Betriebsstättennummer ambulant	-	<p>Die von der KV vergebene "Betriebsstättennummer (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
bei angegebener Betriebsstätte optional			
7	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn Feld 1 = 2			
8	lebenslange Arztnummer	-	<p>Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Anzahl durchgeführter Operationen			
9	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?	Angabe in: Behandlungsfälle	<p>Hier sollen alle Quartalsfälle mit in der Einrichtung durchgeführten ambulanten Operationen eingetragen werden unabhängig von Tracer-Eingriffen (oder Fachgebieten im Krankenhaus). Die letzten 4 vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch. Als Quartalsfälle mit ambulanter Operation zählen nur die Abrechnungsfälle mit GOP nach Kapitel 31.2 des EBM (Vertragsärzte) bzw. Kap.31.2. in der Anwendung des AOP-Katalogs nach §115b (Krankenhäuser). Reine Nachsorgefälle (Kap. 31.3) zählen nicht als operative Fälle.</p>
Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ			
wenn Feld 2 = 1			
10	Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?	Angabe in: Behandlungsfälle	<p>Hier sollen alle GKV-Quartalsfälle eingetragen werden unabhängig von Operationen und Erkrankungen. Die letzten 4 vollständig abgerechneten Quartale sind</p>

			u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch.
11	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?	Angabe in: Liter	Als Verbrauchsmenge wird die Menge der im Erfassungsjahr verbrauchten Händedesinfektionsmittel gewertet. Es zählen nur Desinfektionsmittel der hygienischen Händedesinfektion, also jene, die in den Sprechstundenräumen benutzt werden und nicht im OP (ggf. andere Desinfektionsmittel, andere Behältergrößen). Die Frage lehnt sich an die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de). Auf der Website der „Aktion Saubere Hände“ finden sich weitere Erläuterungen und Arbeitsmaterialien zur Händedesinfektion in ambulanten Einrichtungen (http://www.aktion-sauberehaende.de).
Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen			
12	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?	0 = nein 1 = ja	Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Eine interne Leitlinie beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt. Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend. Für Krankenhäuser gilt: Es kann sich auch um eine interne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist. Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaphylaxe (http://www.chemotherapiejournal.de oder http://www.p-e-g.org) dienen.
wenn Feld 12 = 1			
13	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zu beantworten.
14	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimpektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zu beantworten.
15	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zu beantworten.
16	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als für alle ärztlichen Mitarbeiter

			zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nicht-sterilen Bereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.
17	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJ	Es sollen nur Daten bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG z.B. http://www.gesetze-im-internet.de bzw. Hygieneverordnungen der Länder: http://www.krankenhaushygiene.de) berücksichtigen.
18	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung muss freigegeben werden. Der Praxisinhaber, Ärztliche Leiter eines MVZ oder der Ärztliche Direktor des Krankenhauses wird/werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigte/r anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
wenn Feld 12 = 1			
19	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 19 = 1			
20	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?	0 = nein 1 = ja	Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen			
21	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	0 = nein 1 = ja	Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt. Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend. Die Antibiotikaprophylaxe und

			<p>Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen Leitlinie geregelt sein.</p> <p>Für Krankenhäuser gilt: Es kann sich auch um eine interne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.</p> <p>Als Orientierung kann die Leitlinie 092/001 der AWMF zur rationalen Antibiotikatherapie (http://www.awmf.org) dienen.</p>
wenn Feld 21 = 1			
22	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn alle Ärzte der Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) darauf zugreifen können oder wenn sie in der Einrichtung in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
23	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJJ	Es sollen nur Daten bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG z.B. http://www.gesetze-im-internet.de bzw. Hygieneverordnungen der Länder: http://www.krankenhaushygiene.de) berücksichtigen.
24	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung muss durch eine der genannten Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Leiter eines MVZ oder der Ärztliche Direktor des Krankenhauses wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff			
25	Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 25 = 1			
26	Nutzen Sie dazu einen Rasierer?	0 = nein 1 = ja	-
27	Nutzen Sie dazu eine Schere?	0 = nein 1 = ja	-
28	Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?	0 = nein 1 = ja	-
29	Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?	0 = nein 1 = ja	-
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien			
30	Ist in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?	0 = nein 1 = ja	Die Frage bezieht sich auf die hygienische Risikoklassifizierung, wie sie in der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“

			(http://www.rki.de), aber auch im Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV niedergelegt ist. (http://www.hygiene-medizinprodukte.de)
wenn Feld 30 = 1			
31	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?	0 = nein 1 = ja	Die Risikoklassen sind in der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (http://www.rki.de), aber auch im „Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV beschrieben. (http://www.hygiene-medizinprodukte.de). An die Aufbereitung von Kritisch C Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich. (Vergl.: Medizinproduktebetrieiberverordnung (http://www.gesetze-im-internet.de/))
wenn Feld 30 = 1			
32	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?	0 = nein 1 = ja	Die Risikoklassen sind in der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (http://www.rki.de), aber auch im „Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV beschrieben. (http://www.hygiene-medizinprodukte.de). An die Aufbereitung von Kritisch C Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich. (Vergl.: Medizinproduktebetrieiberverordnung (http://www.gesetze-im-internet.de/))
wenn Feld 30 = 1			
33	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?	0 = nein 1 = ja	Die Risikoklassen sind in der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (http://www.rki.de), aber auch im „Leitfaden Hygiene in der Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der KV und der KBV beschrieben. (http://www.hygiene-medizinprodukte.de). An die Aufbereitung von Kritisch C Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich. (Vergl.: Medizinproduktebetrieiberverordnung (http://www.gesetze-im-internet.de/))
34	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte) 2 = teilweise	-
wenn Feld 32 = 1 und wenn Feld 34 = 1			

35	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?	0 = externer Dienstleister 1 = eigene Aufbereitung	-
wenn Feld 33 = 1 und wenn Feld 34 = 1			
36	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?	0 = externer Dienstleister 1 = eigene Aufbereitung	An die Aufbereitung von Kritisch C Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich. Vergl.: http://www.rki.de , Medizinproduktebetreiberverordnung (http://www.gesetze-im-internet.de)
37	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	Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein. Grundlage ist die KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" (http://www.rki.de). Gegebenenfalls sind hier die Angaben des externen Dienstleisters zu dokumentieren.
wenn Feld 37 = 1			
38	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	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.
39	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?	1 = ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad 2 = mit einem automatisierten Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	-
wenn Feld 37 = 1 und wenn Feld 39 = 2			
40	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	0 = nein 1 = ja	Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen.
wenn Feld 39 = 2			
41	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJ	Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §4 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“). Es wird auf einschlägige Leitlinien und

			<p>Informationsschriften verwiesen: „Leitlinie von DGKH, DGSV und AKI für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und thermischer Desinfektionsprozesse für Medizinprodukte“ (http://www.krankenhaushygiene.de), „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (http://www.rki.de), „Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxis und im MVZ“ (http://www.kvb.de) und „Anforderungen an maschinelle Reinigung und Desinfektion“ (http://www.kvn.de).</p>
42	<p>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?</p>	Format: MM.JJJJ	<p>§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“</p> <p>Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.</p> <p>Bei mehreren RDGs in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen • dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.</p> <p>Siehe: KRINKO-Empfehlung (http://www.rki.de)</p>
43	<p>Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Siehe auch „Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse nach DIN EN ISO 11607-2“ der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (http://www.dgsv-ev.de)</p>

44	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?	0 = nein 1 = ja	Siehe auch „Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse nach DIN EN ISO 11607-2“ der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (http://www.dgsv-ev.de)
45	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?	0 = nein 1 = ja	Siehe auch „Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse nach DIN EN ISO 11607-2“ der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (http://www.dgsv-ev.de)
wenn Feld 43 = 1			
46	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJJ	<p>Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.</p> <p>Bei mehreren Siegelnahtgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p> <p>Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §4 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §2 (5) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Gerätes gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §4 (1) MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgerätes auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt „Wartungs- und Reparaturdokumentation“). Es wird auf einschlägige Leitlinien des RKI und Informationsschriften der KBV verwiesen: „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (http://www.rki.de) und „Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxis und im MVZ“ (http://www.kvb.de) sowie „Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse nach DIN EN ISO 11607-2“ (http://www.dgsv-ev.de)</p>
wenn Feld 37 = 1			
47	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	0 = nein 1 = ja	Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen.
48	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJJ	<p>Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.</p> <p>Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.</p>
49	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators	Format: MM.JJJJ	§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß

	zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		<p>keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“</p> <p>Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen.</p> <p>Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen • dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden <p>Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.</p> <p>Siehe: KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" (http://www.rki.de) und "Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit trockener Hitze für Medizinprodukte" (http://www.krankenhaushygiene.de).</p>
50	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	0 = nein 1 = ja	-
51	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?	0 = nein 1 = ja	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.
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes			
52	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	0 = nein 1 = ja	<p>Entsprechende Hygienepläne mit OP-Art-spezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung.</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig</p>

			<p>in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden. Die Frage kann nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> eine entsprechende fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung vorliegt <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> für alle operativen Abteilungen eine fachgebietspezifische Arbeitsanweisung vorliegt.
wenn Feld 52 = 1			
53	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
54	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
55	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
56	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	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/MVZ/Krankenhaus in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können. Die Anforderung schließt gestelltes Assistenzpersonal in einem Fremd-OP ein.
57	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen von den genannten Institutionen freigegeben werden.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel			
58	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?	0 = nein 1 = ja	<p>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.</p> <p>Die Frage kann nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ein entsprechender fachgebietsübergreifender interner Standard vom 1.1. bis zum 31.12. des Erfassungsjahres durch die Leitungsebene freigegeben war. <p>oder</p>

			<ul style="list-style-type: none"> für alle operativen Abteilungen ein fachgebietsspezifischer interner Standard vorliegt. <p>Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um einen internen Standard handeln, der sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist. Der interne Standard kann sich z.B. an der „Leitlinie Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel (http://www.unispital-basel.ch) orientieren.</p>
wenn Feld 58 = 1			
59	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
60	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
61	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
62	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
63	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste Version des internen Standards zu beantworten.
64	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Der interne Standard gilt als für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich, wenn er in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in allen Räumen, in denen eine Wundversorgung stattfindet in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.
65	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJJ	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 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen.
66	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?	0 = nein 1 = ja	Sowohl ein neuer interner Standard als auch dessen Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Die Ärztliche Direktion oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung gelten hier als Teil der Geschäftsführung und sind zur Freigabe berechtigt.
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie			
67	Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben?	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle ärztlichen Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.

			<p>Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> lokales Erregerspektrum und Resistenzlage Antibiotikaphylaxe Indikation für mikrobiologische Untersuchungen Antibiotika-Initialtherapie
68	Daten wurden nicht erhoben	1 = ja	-
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention			
69	<p>Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Hygiene Händedesinfektion Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Flächendesinfektion Aufbereitung von Sterilgut
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
70	Ärzte	<p>Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %</p>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind</p>

			<p>oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
71	<p>examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer</p>	<p>Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %</p>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
72	<p>examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden</p>	<p>1 = ja</p>	-
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
73	<p>Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes</p>	<p>Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %</p>	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die</p>

			<p>in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe.</p> <p>In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
74	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden	1 = ja	-
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
75	medizinische Fachangestellte	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe.</p> <p>In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
76	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden	1 = ja	-
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			

77	Reinigungskräfte	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
78	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe. In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>Für einige Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion

			<ul style="list-style-type: none"> • Aufbereitung von Sterilgut
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion			
79	Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA- Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Es können die Flyer der KBV zum Umgang mit MRSA infizierten Patienten Verwendung finden: „Informationsblatt zum Umgang mit MRSA“ (http://www.kbv.de).
Entwicklung eines Konzeptes zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen			
80	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?	0 = nein 1 = ja	Das Verlassen der Einrichtung durch den Patienten nach der ambulanten Operation, zum Beispiel nach Hause wird gleichermaßen auf Praxen/MVZ und Krankenhäuser bezogen. Die interne, schriftliche Regelung zum Überleitungsmanagement kann sich z.B. am „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ (https://www.dnqp.de) orientieren und soll einrichtungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Das Verteilen eines Info-Blatts an entlassene Patienten kann Teil eines solchen Konzeptes sein, reicht allein hierfür aber nicht aus. Für Krankenhäuser: Es kann sich auch um eine einrichtungsinterne Regelung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
wenn Feld 80 = 1			
81	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
82	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
83	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
84	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
85	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?	0 = nein 1 = ja	Für Krankenhäuser: Der Ärztliche Direktor und die Pflegedirektion werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und sind zur Freigabe des Konzeptes berechtigt.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen			
86	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?	Angabe in: Überprüfungen	Als anlassbezogene Compliance-Prüfung soll jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Die Überprüfung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen. Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Als

			<p>Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertungsbogen der „Aktion Saubere Hände“ dienen: http://www.aktion-sauberehaende.de</p> <p>Eine Compliance-Überprüfung ist z.B. die Überprüfung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten.</p>
87	<p>Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?</p>	<p>Angabe in: Überprüfungen</p>	<p>Als anlassbezogene Compliance-Prüfung soll jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden, in der die angesprochene Maßnahme indiziert war. Die Überprüfung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen.</p> <p>Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Als Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die entsprechende Anleitung und der Auswertungsbogen der „Aktion Saubere Hände“ dienen: http://www.aktion-sauberehaende.de</p> <p>Eine Compliance-Überprüfung ist z.B. die Überprüfung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten.</p>
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene			
88	<p>Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen.</p> <p>Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.</p>
89	<p>Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen.</p> <p>Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen</p>

			ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.
90	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?	0 = nein 1 = ja	Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen. Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.
91	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?	0 = nein 1 = ja	Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen. Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.
92	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?	0 = nein 1 = ja	Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-Ergebnisse angesehen. Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.
93	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?	0 = nein 1 = ja	Diese Frage soll die Verzahnung der externen Qualitätssicherung mit dem internen Qualitätsmanagement dienen und damit die Einbindung der Qualitätssicherung in regelmäßige Verbesserungszyklen (PDCA) der Einrichtung sicherstellen. Sie bezieht sich auf die gesamte Einrichtung. Die Ergebnisse anderer einrichtungsbezogener Erhebungen von postoperativen Wundinfektionen (IfSG, KISS, etc.) werden hier auch als QS-

			<p>Ergebnisse angesehen. Für eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.</p>
--	--	--	---