

Ausfüllhinweise

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär)(NWIES)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der stationär operierenden Einrichtung			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Belegarzt nach § 121	-
wenn Feld 1 = 2			
2	Gelten für die belegärztlichen stationären 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			
3	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Belegarzt			
wenn Feld 1 = 2			
4	Betriebsstättennummer ambulant	-	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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
bei angegebener Betriebsstätte optional			
5	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn Feld 1 = 2			
6	lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine

			<p>"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 operativer Fälle			
7	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Erfassungsjahr in Ihrem gesamten Krankenhaus?	Angabe in: Fälle	Es sollen nur die im Erfassungsjahr entlassenen Patienten aufgezählt werden. Als operative Fälle gelten alle nach G-DRG-System (Partition O) kodierten Fälle unabhängig von Tracer-Eingriffen oder Fachgebieten.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen			
8	Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?	0 = nein 1 = ja	Als Intensivstation zählen in Anlehnung an die Krankenhausstatistik des Bundes (http://www.gbe-bund.de) alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“ nach Krankenhausplan (Förderbescheid). Zur Abgrenzung einer Station von Einzelbetten ist es erforderlich, dass eine eigene internen Kostenstelle für diesen Bereich geführt wird, die es u.a. erlaubt, die Bestell-/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren. Aufwachbereiche/-stationen oder Intermediate Care Stationen sind keine Intensivstationen.
wenn Feld 8 = 1			
9	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?	Angabe in: Patiententage	Das Datenfeld dient als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen und lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de), Intensivstationen mit Schlüssel „Chirurgie“, „andere operative Fächer“ oder „interdisziplinär“). Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen sind keine Intensivstationen. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG auf den eingeschlossenen Intensivstationen.
10	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?	Angabe in: Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen			
11	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?	Angabe in: Patiententage	Das Datenfeld dient als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen und lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de). Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, etc.) zählen als Allgemeinstationen. Als Patiententage zählen die Belegungstage nach DRG auf den eingeschlossenen Stationen.

12	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?	Angabe in: Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in stationären Einrichtungen			
13	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?	0 = nein 1 = ja	Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Die interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten (fachübergreifende Leitlinie oder Leitlinien für alle Fächer). Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe (http://www.chemotherapie-journal.de oder http://www.p-e-g.org) dienen.
wenn Feld 13 = 1			
14	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten.
15	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten.
16	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten.
17	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Eine interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für alle ärztlichen Mitarbeiter elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie im OP-Bereich und auf den operativen Stationen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
18	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.

19	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter, nicht dagegen einzelne Chefarzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
wenn Feld 13 = 1			
20	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 20 = 1			
21	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 stationären Einrichtungen			
22	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?	0 = nein 1 = ja	Die leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Die leitlinienbasierte Empfehlungen/interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend. Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung kann die Leitlinie 092/011 der AWMF zur rationalen Antibiotikatherapie (http://www.awmf.org) dienen.
wenn Feld 22 = 1			
23	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Eine interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für alle ärztlichen Mitarbeiter elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie im OP-Bereich und auf den Stationen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
24	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.
25	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff			
26	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu einen Rasierer?	0 = nein 1 = ja	-
27	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu eine Schere?	0 = nein 1 = ja	-
28	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu einen Haarschneider(Clipper)?	0 = nein 1 = ja	-
29	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme?	0 = nein 1 = ja	-
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien			
30	Ist in Ihrem Krankenhaus 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) niedergelegt ist.
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) beschrieben.
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) beschrieben.
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) beschrieben.
34	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus 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	-
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 der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Eine Arbeitsanweisung gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn sie für die betroffenen Mitarbeiter in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in dem Arbeitsbereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit dort eingesehen werden kann.
39	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen.
40	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. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.
41	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?	Format: MM.JJJ	§4 (1) MPBetreibV: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.“ Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende 2017 dokumentiert werden. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren RDGs in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen, <ul style="list-style-type: none"> • dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben und nachweisen

			<ul style="list-style-type: none"> 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>
42	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>
wenn Feld 37 = 1			
43	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen.
44	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>
45	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?	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 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>
46	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?	0 = nein 1 = ja	-
47	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses 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			
48	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	0 = nein 1 = ja	<p>Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung.</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden. Die Frage kann 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 48 = 1			
49	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
50	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?	0 = nein 1 = ja	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.

51	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.
52	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter 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 nicht-sterilen Bereich der Praxis/MVZ/Krankenhaus in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können.
53	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?	0 = nein 1 = ja	Sowohl eine neue leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie, als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Freigabe aussprechen können.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel			
54	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?	0 = nein 1 = ja	<p>Der interne Standard muss in Ihrem Krankenhaus ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards können nicht berücksichtigt werden. Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel soll sich sowohl auf chronische, als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen.</p> <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 orientieren (http://www.unispital-basel.ch).</p>
wenn Feld 54 = 1			
55	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.

56	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.
57	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.
58	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.
59	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.
60	Kann jeder ärztliche und pflegerische 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.
61	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.
62	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission?	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			
63	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die 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. Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein: <ul style="list-style-type: none"> • lokales Erregerspektrum und Resistenzlage • Antibiotikaphylaxe, Antibiotikatherapie • Indikation für mikrobiologische Untersuchungen • Antibiotika-Initialtherapie
64	Daten wurden nicht erhoben	1 = ja	-
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention			
65	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben?	0 = nein 1 = ja	-

wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
66	Ärzte	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
67	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer	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
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
68	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	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. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Hygiene • Händedesinfektion • Hygiene bei multiresistenten Erregern Für einige Berufsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Flächendesinfektion • Aufbereitung von Sterilgut
69	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden	1 = ja	-
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
70	medizinische Fachangestellte	Angabe in: % Gültige Angabe: <= 100 %	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. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: Für alle Berufsgruppen:

			<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
71	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden	1 = ja	-
wenn Daten zum Anteil der Mitarbeiter erhoben wurden			
72	Reinigungskräfte	<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
73	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)	<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			
74	Mitarbeiter der Küche	<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.</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
75	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden	1 = ja	-
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion			
76	Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Es können die Flyer der MRSA-Netzwerke verwendet werden (http://www.rki.de).</p>
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen			

77	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	0 = nein 1 = ja	Der interne Standard muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards können nicht berücksichtigt werden. Der interne Standard soll sich auf alle Patienten beziehen und Besonderheiten postoperativer Entlassungen berücksichtigen. Er kann sich z.B. am „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ (https://www.dnqp.de) orientieren und soll einrichtungsspezifische Besonderheiten einbeziehen.
wenn Feld 77 = 1			
78	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im internen Standard muss festgelegt sein, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
79	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im internen Standard muss festgelegt sein, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
80	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im internen Standard muss festgelegt sein, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
81	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?	0 = nein 1 = ja	Im internen Standard muss festgelegt sein, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.
82	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Ein interner Standard gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn er für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sowie den Sozialdienst elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er auf allen Stationen und in den Büros des Sozialdienstes in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
83	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?	Format: MM.JJJ	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.
84	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion?	0 = nein 1 = ja	Die Pflegedienstleitung ist hier der ggf. nicht vorhandenen Pflegedirektion gleichzusetzen.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen			
85	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion 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 Anleitung zur Compliance-Überprüfung der Händedesinfektion können die

			<p>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>
86	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandwechsels durchgeführt?	Angabe in: Überprüfungen	<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>
87	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?	Angabe in: Überprüfungen	<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	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?	0 = nein 1 = ja	<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</p>

			Wundinfektionen und die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist der Praxisinhaber oder die Geschäftsführung des Krankenhauses verantwortlich.
89	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen 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.
90	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus 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 Ihrem Krankenhaus 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 Ihrem Krankenhaus 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

			<p>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>
93	<p>Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln 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>