

Länderbericht

WI-HI-S: Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren – Verfahren in Erprobung

Hamburg

Auswertungsjahr 2024

Erfassungsjahr 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

**Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren – Verfahren in Erprobung.
Länderbericht. Auswertungsjahr 2024**

Datum der Abgabe 31.05.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einleitung..... | 5 |
| Datengrundlagen..... | 8 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 8 |
| Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben..... | 9 |
| Ergebnisübersicht..... | 10 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023..... | 12 |
| Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen..... | 13 |
| 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung..... | 13 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 16 |
| Basisauswertung..... | 19 |
| Basisdokumentation – einrichtungsbezogen..... | 19 |
| Art der stationär operierenden Einrichtung..... | 19 |
| Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung..... | 19 |
| Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung..... | 22 |
| Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff..... | 24 |
| Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien..... | 25 |
| Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP- Feldes..... | 33 |
| Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel..... | 34 |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und - therapie..... | 37 |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention..... | 37 |
| Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion..... | 43 |
| Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung..... | 43 |

Impressum..... 47

Einleitung

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2]. Das Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105>) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.

Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.

Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA). Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs abgerechnet haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (IDs 1000 und 2000) sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren werden wiederum unterschiedlich berechnet.

Jede der Kennzahlen geht gleich gewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten. Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum AJ 2024 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.

[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364.

URL:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?__blob=publicationFile
(abgerufen am: 08.05.2024).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Zu den Kennzahlen „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie“, „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ und „Durchführung von Compliance-Beauftragungen“ wurden von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer falsche Angaben gemacht. Diese Falschangaben führen zu einem falsch hohen Ergebnis der beiden betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000). Der Bundesqualitätsbericht wird eine Sonderauswertung mit Ergebnissen der betroffenen Kennzahlen und des QI enthalten, die um die fehlerhaften Angaben bereinigten sind. Für die Spezifikation zum EJ 2024 wird eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt.

Zu diesem Bericht steht unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>

eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Tabelle „Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten“ stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit dar.

In der Tabelle werden darüber hinaus Informationen zu den Leistungserbringern (Praxen/MVZ und Krankenhäuser) auf Bundesebene dargestellt.

In den Tabellen der Länder- und Leistungserbringerauswertungen sind darüber hinaus zusätzliche Informationen zum eigenen Ergebnis und zu den Ergebnissen aller Leistungserbringer auf Landesebene enthalten.

In den Auswertungen der Leistungserbringer wird in der Zeile "Ihre Daten nach IKNR/BSNR" bei "geliefert" und "erwartet" die Zahl 1 angezeigt. Dies liegt daran, dass von jedem Leistungserbringer maximal ein QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement zum stationärem Operieren übermittelt wird. Wird ein Bogen übermittelt, ergibt sich eine Vollzähligkeit von 100 %.

Leistungserbringer, die keinen QS- Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) übermittelt haben, erhalten keine Leistungserbringerauswertung zum stationären Operieren.

In der Tabelle „Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben“ wird dargestellt, wie viele Leistungserbringer ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben. Die Grundgesamtheit bildet die Anzahl der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben und die Anzahl der Leistungserbringer, von denen ein QS-Dokumentationsbogen erwartet wurde (vgl. Angabe „erwartet“ in der darüber liegenden Tabelle).

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|----------------------|-------------------|-----------|----------|---------------------|
| Land (Belegärzte) | Datensätze gesamt | 0 | 4 | 0,00 |
| | Basisdatensatz | 0 | | |
| Land (Krankenhäuser) | Datensätze gesamt | 26 | 29 | 89,66 |
| | Basisdatensatz | 26 | | |

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|-------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 26 | 33 | 78,79 |
| | Basisdatensatz | 26 | | |
| Bund (Belegärzte) | Datensätze gesamt | 216 | 435 | 49,66 |
| | Basisdatensatz | 216 | | |
| Bund (Krankenhäuser) | Datensätze gesamt | 983 | 1.061 | 92,65 |
| | Basisdatensatz | 983 | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 1.199 | 1.496 | 80,15 |
| | Basisdatensatz | 1.199 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land (Belegärzte) | 0 | 4 | 0,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land (Krankenhäuser) | 26 | 29 | 89,66 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land | 26 | 33 | 78,79 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (Belegärzte) | 216 | 435 | 49,66 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (Krankenhäuser) | 983 | 1.061 | 92,65 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt) | 1.199 | 1.496 | 80,15 |

Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben

| Erfassungsjahr 2023 | Anzahl | Anteil in % |
|----------------------|--------|-------------|
| Land (Belegärzte) | 0 | 0,00 |
| Land (Krankenhäuser) | 0 | 0,00 |
| Land | 0 | 0,00 |
| Bund (Belegärzte) | 16 | 3,55 |
| Bund (Krankenhäuser) | 27 | 2,48 |
| Bund (gesamt) | 43 | 2,79 |

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Leistungserbringer, die ausschließlich Daten bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollständigkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) sind ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich in den Berichten für Leistungserbringer bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so können hierfür mehrere Gründe ursächlich sein:
 - Ein Leistungserbringer hat im Vorjahr keinen QS-Dokumentationsbogen übermittelt, sodass keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind.
 - Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene Institutskennzeichennummern (IKNR) bzw. Betriebsstättennummern (BSNR) hatten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023“ das Ergebnis des Indikators.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/methodische-grundlagen/> und <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu

unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle enthält das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2023.

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|----------------------------|---|--|--|---|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis | Ergebnis |
| 2000 | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung | ≥ 60,48 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbring er) | 76,72 / 100 Punkte O = 76,72 N = 26 | 86,21 / 100 Punkte O = 86,21 N = 1.199 |

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

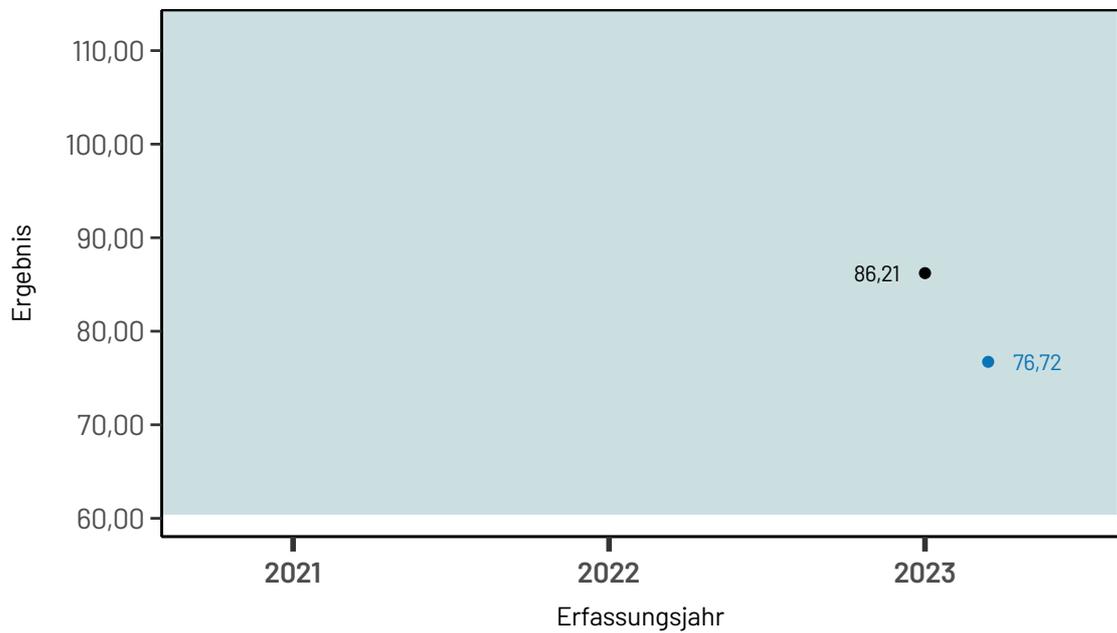
| | |
|------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen. |
| ID | 2000 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert |
| Zähler | Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements in stationär operierenden Einrichtungen |
| Referenzbereich | ≥ 60,48 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer) |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|----|-------------|----------------------------|-------------------|
| Ihr Ergebnis | | 2021 | 76,14 / 100 Punkte | - |
| | | 2022 | 77,24 / 100 Punkte | - |
| | | 2023 | 76,72 / 100 Punkte | - |
| Stationär | BÄ | 2021 | 72,04 / 100 Punkte | - |
| | | 2022 | 74,75 / 100 Punkte | - |
| | | 2023 | 109,44 / 100 Punkte | - |
| | KH | 2021 | 73,84 / 100 Punkte | - |
| | | 2022 | 75,52 / 100 Punkte | - |
| | | 2023 | 81,11 / 100 Punkte | - |
| Bund | | 2021 | 73,50 / 100 Punkte | - |
| | | 2022 | 75,36 / 100 Punkte | - |
| | | 2023 | 86,21 / 100 Punkte | - |

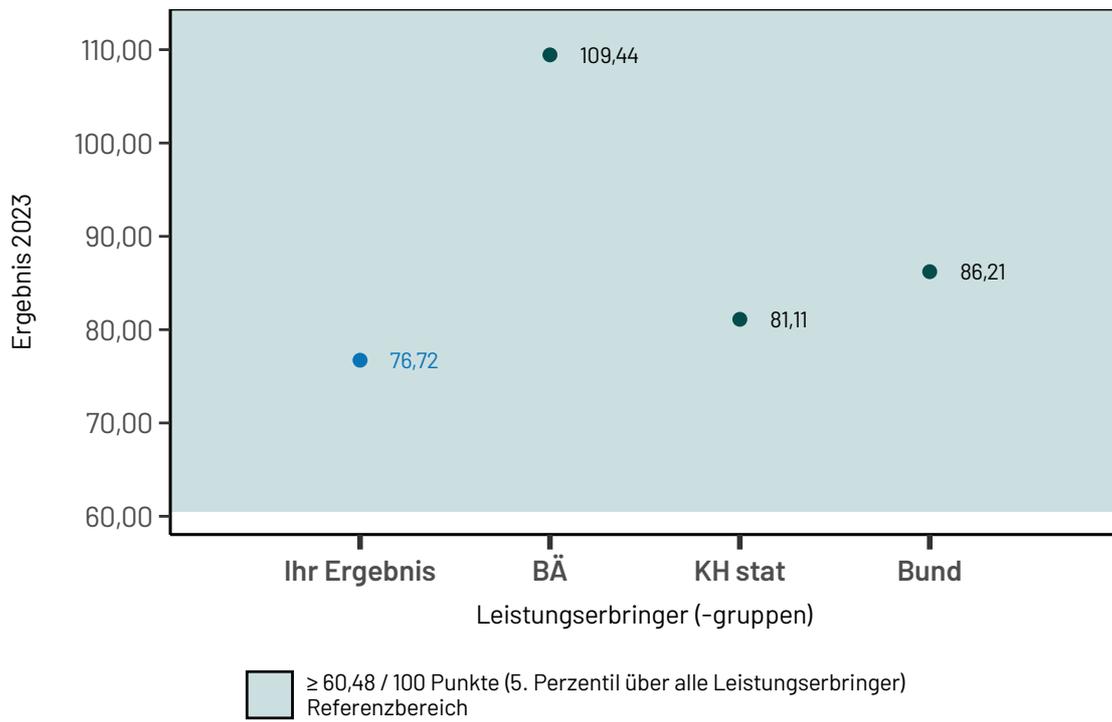
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



 Bund  Ihr Ergebnis  $\geq 60,48$ / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserb Referenzbereich

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ihr Ergebnis | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|--------------------|------------------------|
| 1.1 | ID: 2000 Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung | 76,72 / 100 Punkte | 86,21 / 100 Punkte |
| 1.1.1 | ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | 85,90 / 100 Punkte | 84,41 / 100 Punkte |
| 1.1.2 | ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie | 89,42 / 100 Punkte | 86,07 / 100 Punkte |
| 1.1.3 | ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff | 96,15 / 100 Punkte | 92,33 / 100 Punkte |
| 1.1.4 | ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien | 98,61 / 100 Punkte | 97,45 / 100 Punkte |
| 1.1.5 | ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes | 99,36 / 100 Punkte | 97,44 / 100 Punkte |
| 1.1.6 | ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel | 87,08 / 100 Punkte | 91,62 / 100 Punkte |
| 1.1.7 | ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie | 23,31 / 100 Punkte | 56,78 / 100 Punkte |
| 1.1.8 | ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention | 57,59 / 100 Punkte | 68,40 / 100 Punkte |
| 1.1.9 | ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion | 96,15 / 100 Punkte | 98,42 / 100 Punkte |
| 1.1.10 | ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Beobachtungen | 33,68 / 100 Punkte | 89,20 / 100 Punkte |

| 1.1 Beschreibung Ihr Ergebnis | Ergebnis | Ergebnis BÄ | Ergebnis KH |
|--|------------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | ID: 34_22069 85,90 / 100 Punkte | ID: 34_22079 -/0 | ID: 34_22089 85,90 / 100 Punkte |
| Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie | ID: 34_22070 89,42 / 100 Punkte | ID: 34_22080 -/0 | ID: 34_22090 89,42 / 100 Punkte |
| Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff | ID: 34_22071 96,15 / 100 Punkte | ID: 34_22081 -/0 | ID: 34_22091 96,15 / 100 Punkte |
| Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien | ID: 34_22072 98,61 / 100 Punkte | ID: 34_22082 -/0 | ID: 34_22092 98,61 / 100 Punkte |
| Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes | ID: 34_22073 99,36 / 100 Punkte | ID: 34_22083 -/0 | ID: 34_22093 99,36 / 100 Punkte |
| Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel | ID: 34_22074 87,08 / 100 Punkte | ID: 34_22084 -/0 | ID: 34_22094 87,08 / 100 Punkte |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie | ID: 34_22075 23,31 / 100 Punkte | ID: 34_22085 -/0 | ID: 34_22095 23,31 / 100 Punkte |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention | ID: 34_22076 57,59 / 100 Punkte | ID: 34_22086 -/0 | ID: 34_22096 57,59 / 100 Punkte |
| Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion | ID: 34_22077 96,15 / 100 Punkte | ID: 34_22087 -/0 | ID: 34_22097 96,15 / 100 Punkte |
| Durchführung von Compliance-Beobachtungen | ID: 34_22078 33,68 / 100 Punkte | ID: 34_22088 -/0 | ID: 34_22098 33,68 / 100 Punkte |

| 1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt) | Ergebnis | Ergebnis BÄ | Ergebnis KH |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | ID: 34_22069 84,41 / 100 Punkte | ID: 34_22079 84,35 / 100 Punkte | ID: 34_22089 84,42 / 100 Punkte |
| Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie | ID: 34_22070 86,07 / 100 Punkte | ID: 34_22080 85,76 / 100 Punkte | ID: 34_22090 86,14 / 100 Punkte |
| Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff | ID: 34_22071 92,33 / 100 Punkte | ID: 34_22081 84,72 / 100 Punkte | ID: 34_22091 94,00 / 100 Punkte |
| Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien | ID: 34_22072 97,45 / 100 Punkte | ID: 34_22082 95,86 / 100 Punkte | ID: 34_22092 97,80 / 100 Punkte |
| Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes | ID: 34_22073 97,44 / 100 Punkte | ID: 34_22083 98,11 / 100 Punkte | ID: 34_22093 97,30 / 100 Punkte |
| Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel | ID: 34_22074 91,62 / 100 Punkte | ID: 34_22084 91,22 / 100 Punkte | ID: 34_22094 91,70 / 100 Punkte |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie | ID: 34_22075 56,78 / 100 Punkte | ID: 34_22085 187,00 / 100 Punkte | ID: 34_22095 28,17 / 100 Punkte |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention | ID: 34_22076 68,40 / 100 Punkte | ID: 34_22086 111,85 / 100 Punkte | ID: 34_22096 58,85 / 100 Punkte |
| Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion | ID: 34_22077 98,42 / 100 Punkte | ID: 34_22087 97,69 / 100 Punkte | ID: 34_22097 98,58 / 100 Punkte |
| Durchführung von Compliance-Beobachtungen | ID: 34_22078 89,20 / 100 Punkte | ID: 34_22088 157,86 / 100 Punkte | ID: 34_22098 74,11 / 100 Punkte |

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Status des Leistungserbringers | | | | |
| (1) Krankenhaus nach § 108 SGB V | 26 | 100,00 | 983 | 81,98 |
| (2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V | 0 | 0,00 | 216 | 18,02 |

Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Galt im Jahr 2023 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe, die spätestens bis zum 30.06.2023 eingeführt wurde? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 36 | 3,00 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.163 | 97,00 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe: ja | N = 26 | | N = 1.163 | |
| Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprohylaxe thematisiert? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 5 | 0,43 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.158 | 99,57 |
| Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 18 | 1,55 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.145 | 98,45 |
| Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprohylaxe thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 9 | 0,77 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.154 | 99,23 |
| Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 5 | 0,43 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.158 | 99,57 |

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|---|--------------|---------------|
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?¹ | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe: ja und Angabe eines Datums | 26 | 1.163 |
| Monat | 7 | 7 |
| Jahr | 2022 | 2022 |

¹ Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja Angabe eines Datums: ja | N = 26 | | N = 1.163 | |
| Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 9 | 34,62 | 374 | 32,16 |
| ja | 17 | 65,38 | 789 | 67,84 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja | N = 26 | | N = 1.163 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 16 | 1,38 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.147 | 98,62 |
| Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?² | | | | |
| (0) nein | 4 | 15,38 | 197 | 16,94 |
| (1) ja | 22 | 84,62 | 966 | 83,06 |

² z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste: ja | N = 22 | | N = 966 | |
| Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | | | |
| (0) nein | 7 | 31,82 | 257 | 26,60 |
| (1) ja | 15 | 68,18 | 709 | 73,40 |

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Galt im Jahr 2023 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06.2023 eingeführt wurde? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 68 | 5,67 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.131 | 94,33 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja | N = 26 | | N = 1.131 | |
| Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.128 | 99,73 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--------------|---|---------------|---|
| | n | % | n | % |
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?³ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums | 26 | | 1.131 | |
| Monat | 7 | | 7 | |
| Jahr | 2022 | | 2022 | |

³ Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja Angabe eines Datums: ja | N = 26 | | N = 1.131 | |
| Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 10 | 38,46 | 371 | 32,80 |
| ja | 16 | 61,54 | 760 | 67,20 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja | N = 26 | | N = 1.131 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 22 | 1,95 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.109 | 98,05 |

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 23 | 1,92 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.176 | 98,08 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Präoperative Haarentfernung: ja | N = 25 | | N = 1.176 | |
| Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? | | | | |
| (0) nein | 24 | 96,00 | 1.086 | 92,35 |
| (1) ja | ≤3 | x | 90 | 7,65 |
| Wurde dazu eine Schere genutzt? | | | | |
| (0) nein | 23 | 92,00 | 1.140 | 96,94 |
| (1) ja | ≤3 | x | 36 | 3,06 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Präoperative Haarentfernung: ja | N = 25 | | N = 1.176 | |
| Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 28 | 2,38 |
| (1) ja | 25 | 100,00 | 1.148 | 97,62 |
| Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? | | | | |
| (0) nein | 25 | 100,00 | 1.112 | 94,56 |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 64 | 5,44 |

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 34 | 2,84 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.165 | 97,16 |
| Übernahmen im Jahr 2023 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? | | | | |
| (0) nein | 21 | 80,77 | 771 | 64,30 |
| (1) ja | 4 | 15,38 | 301 | 25,10 |
| (2) teilweise | ≤3 | x | 127 | 10,59 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise | N = 5 | | N = 428 | |
| Lag im Jahr 2023 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 6 | 1,40 |
| (1) ja | 5 | 100,00 | 422 | 98,60 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 898 | |
| 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 | 0 | 0,00 | 9 | 1,00 |
| (1) ja | 22 | 100,00 | 889 | 99,00 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 889 | |
| Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja | | | | |
| Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 22 | 100,00 | 886 | 99,66 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 898 | |
| Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? | | | | |
| (1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) | 0 | 0,00 | 7 | 0,78 |
| (3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator | ≤3 | x | 382 | 42,54 |
| (4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) | ≤3 | x | 32 | 3,56 |
| (6) ausschließlich mittels Sterilisator | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| (7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator | 19 | 86,36 | 474 | 52,78 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 886 | |
| Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja | | | | |
| Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) | | | | |
| Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 20 | 2,26 |
| (1) ja | 22 | 100,00 | 866 | 97,74 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--------------|---|---------------|---|
| | n | % | n | % |
| Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2023?⁴ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums | 22 | | 895 | |
| Monat | 6 | | 7 | |
| Jahr | 2023 | | 2022 | |

⁴ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 895 | |
| Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) | | | | |
| Angabe eines Datums: ja | | | | |
| Letzte Wartung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 0 | 0,00 | 27 | 3,02 |
| ja | 22 | 100,00 | 868 | 96,98 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--------------|---|---------------|---|
| | n | % | n | % |
| Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2023?⁵ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums | 22 | | 895 | |
| Monat | 5 | | 6 | |
| Jahr | 2023 | | 2022 | |

⁵ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
 Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 895 | |
| Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) | | | | |
| Angabe eines Datums: ja | | | | |
| Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 0 | 0,00 | 37 | 4,13 |
| ja | 22 | 100,00 | 858 | 95,87 |

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|------|---------------|------|
| Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2023?⁶ | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums | 22 | | 880 |
| Monat | 6 | | 6 |
| Jahr | 2023 | | 2022 |

⁶ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Angabe eines Datums: ja | N = 22 | | N = 880 | |
| Letzte Wartung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 0 | 0,00 | 34 | 3,86 |
| ja | 22 | 100,00 | 846 | 96,14 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 898 | |
| Siegelnahtgerät nicht vorhanden | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 18 | 2,00 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) | N = 21 | | N = 851 | |
| Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 19 | 2,23 |
| (1) ja | 20 | 95,24 | 832 | 97,77 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--------------|---|---------------|---|
| | n | % | n | % |
| Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2023?⁷ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums | 21 | | 859 | |
| Monat | 7 | | 7 | |
| Jahr | 2023 | | 2022 | |

⁷ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.
 Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja | N = 21 | | N = 859 | |
| Letzte Wartung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 0 | 0,00 | 22 | 2,56 |
| ja | 21 | 100,00 | 837 | 97,44 |

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|---|--------------|---------------|
| Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2023?⁸ | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums | 21 | 859 |
| Monat | 6 | 6 |
| Jahr | 2023 | 2022 |

⁸ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.
 Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja | N = 21 | | N = 859 | |
| Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 0 | 0,00 | 29 | 3,38 |
| ja | 21 | 100,00 | 830 | 96,62 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 898 | |
| Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 22 | 100,00 | 895 | 99,67 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 22 | | N = 898 | |
| Galt im gesamten Jahr 2023 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 36 | 4,01 |
| (1) ja | 20 | 90,91 | 862 | 95,99 |

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Galt im Jahr 2023 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06.2023 eingeführt wurde? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 26 | 2,17 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.173 | 97,83 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja | N = 26 | | N = 1.173 | |
| Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 17 | 1,45 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.156 | 98,55 |
| Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 10 | 0,85 |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.163 | 99,15 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja | N = 26 | | N = 1.173 | |
| Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 14 | 1,19 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.159 | 98,81 |
| Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.171 | 99,83 |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 26 | 100,00 | 1.170 | 99,74 |

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Galt im Jahr 2023 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06.2023 eingeführt wurde? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 14 | 1,17 |
| (1) ja | 24 | 92,31 | 1.185 | 98,83 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja | N = 24 | | N = 1.185 | |
| Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | ≤3 | x |
| (1) ja | 24 | 100,00 | 1.183 | 99,83 |
| Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?⁹ | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | ≤3 | x |
| (1) ja | 23 | 95,83 | 1.183 | 99,83 |
| Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 23 | 1,94 |
| (1) ja | 23 | 95,83 | 1.162 | 98,06 |
| Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 41 | 3,46 |
| (1) ja | 23 | 95,83 | 1.144 | 96,54 |
| Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 80 | 6,75 |
| (1) ja | 23 | 95,83 | 1.105 | 93,25 |
| Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 4 | 0,34 |
| (1) ja | 24 | 100,00 | 1.181 | 99,66 |

⁹ aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|------|---------------|-------|
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?¹⁰ | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums | 24 | | 1.185 |
| Monat | 7 | | 7 |
| Jahr | 2022 | | 2022 |

¹⁰ Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja Angabe eines Datums: ja | N = 24 | | N = 1.185 | |
| Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023 | | | | |
| nein | 6 | 25,00 | 388 | 32,74 |
| ja | 18 | 75,00 | 797 | 67,26 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|--------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja | N = 24 | | N = 1.185 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | | |
| (0) nein | 0 | 0,00 | 11 | 0,93 |
| (1) ja | 24 | 100,00 | 1.174 | 99,07 |

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|-------|---------------|--|
| Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2023 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten | 13 | 620 | |
| Angabe | 46,62 | 56,44 | |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 20 | 1,67 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | 13 | 50,00 | 535 | 44,62 |

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2023 stattgefunden haben, vor? | | | | |
| (0) nein | 4 | 15,38 | 122 | 10,18 |
| (1) ja | 20 | 76,92 | 992 | 82,74 |

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|---|------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 85 | 7,09 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Ärzte (%)¹¹ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten | | 17 | | 801 |
| Angabe | | 66,68 | | 66,75 |

¹¹ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 16 | 1,61 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 139 | 14,01 |

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) |
|--|-------|---------------|
| Pflegepersonal (%)¹² | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal | 18 | 824 |
| Angabe | 79,26 | 75,23 |

¹² Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 10 | 1,01 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 131 | 13,21 |

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) |
|---|-------|---------------|
| Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)¹³ | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes | 11 | 713 |
| Angabe | 78,27 | 74,68 |

¹³ Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | 4 | 20,00 | 64 | 6,45 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | 5 | 25,00 | 189 | 19,05 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--------------|---|---------------|---|
| | n | % | n | % |
| Medizinische Fachangestellte (%)¹⁴ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten | 9 | | 614 | |
| Angabe | 91,19 | | 78,05 | |

¹⁴ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 67 | 6,75 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | 9 | 45,00 | 292 | 29,44 |

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) |
|---|-------|---------------|
| Reinigungspersonal (%)¹⁵ | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal | 18 | 708 |
| Angabe | 87,50 | 84,56 |

¹⁵ Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|---|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 82 | 8,27 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 174 | 17,54 |

| Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) |
|--|-------|---------------|
| Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹⁶ | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung | 15 | 699 |
| Angabe | 93,13 | 90,72 |

¹⁶ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|---|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 127 | 12,80 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 134 | 13,51 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Küchenpersonal (%)¹⁷ | | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal | | 15 | | 568 |
| Angabe | | 95,06 | | 88,55 |

¹⁷ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 20 | | N = 992 | |
| Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 124 | 12,50 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 131 | 13,21 |

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?¹⁸ | | | | |
| (0) nein | ≤3 | x | 19 | 1,58 |
| (1) ja | 25 | 96,15 | 1.180 | 98,42 |

¹⁸ Thematisierung aller folgenden Inhalte:

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

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Alle Krankenhäuser und Belegärzte | N = 26 | | N = 1.199 | |
| Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? | | | | |
| (0) nein | 11 | 42,31 | 398 | 33,19 |
| (1) ja | 14 | 53,85 | 701 | 58,47 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--------------|---|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | | | |
| (I) ja | ≤3 | x | 96 | 8,01 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--|-------|---------------|-------|
| | Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen | | 13 | | 651 |
| Angabe | | 47,16 | | 54,49 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|------|----------------|---|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 14 | | N = 701 | |
| keine Normalstation vorhanden | | | | |
| (I) ja | 0 | 0,00 | ≤3 | x |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--|--------|---------------|-------|
| | Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen | | 6 | | 337 |
| Angabe | | 100,00 | | 89,62 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|-------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 14 | | N = 701 | |
| keine IMC/Aufwachstation vorhanden | | | | |
| (1) ja | 5 | 35,71 | 260 | 37,09 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|--|--|---------------|--|
| | Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen | 10 | | 544 | |
| Angabe | 94,29 | | 94,41 | |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|---------------|---|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 14 | | N = 701 | |
| keine Intensivstation vorhanden | | | | |
| (1) ja | ≤3 | x | 102 | 14,55 |

| | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|--|--------------|---------------|
| Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? (%) | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2 | 13 | 598 |
| Angabe | 25,10 | 30,02 |

| | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 14 | | N = 701 | |
| Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst | | | | |
| (1) ja | 0 | 0,00 | 81 | 11,55 |

Impressum

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>