

Bundesauswertung

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

**Auswertungsjahr 2024
Erfassungsjahr 2023**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Datum der Abgabe 15.08.2024

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.....	18
Basisdokumentation – einrichtungsbezogen.....	18
Art der stationär operierenden Einrichtung.....	18
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung.....	18
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung.....	21
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff.....	22
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien.....	23
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP- Feldes.....	30
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel.....	31
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und - therapie.....	33
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention.....	34
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion.....	39
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung.....	40

Impressum..... 43

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 (siehe Kapitel 2.1 Datengrundlage im BQB zu QS WI), 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 %
Bund (Belegärzte)	Datensätze gesamt	216	435	49,66
	Basisdatensatz	216		
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt	983	1.061	92,65
	Basisdatensatz	983		

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.199 1.199	1.496	80,15
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 %
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			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung ¹	≥ 60,48 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	86,21 / 100 Punkte O = 86,21 N = 1.199

¹ Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

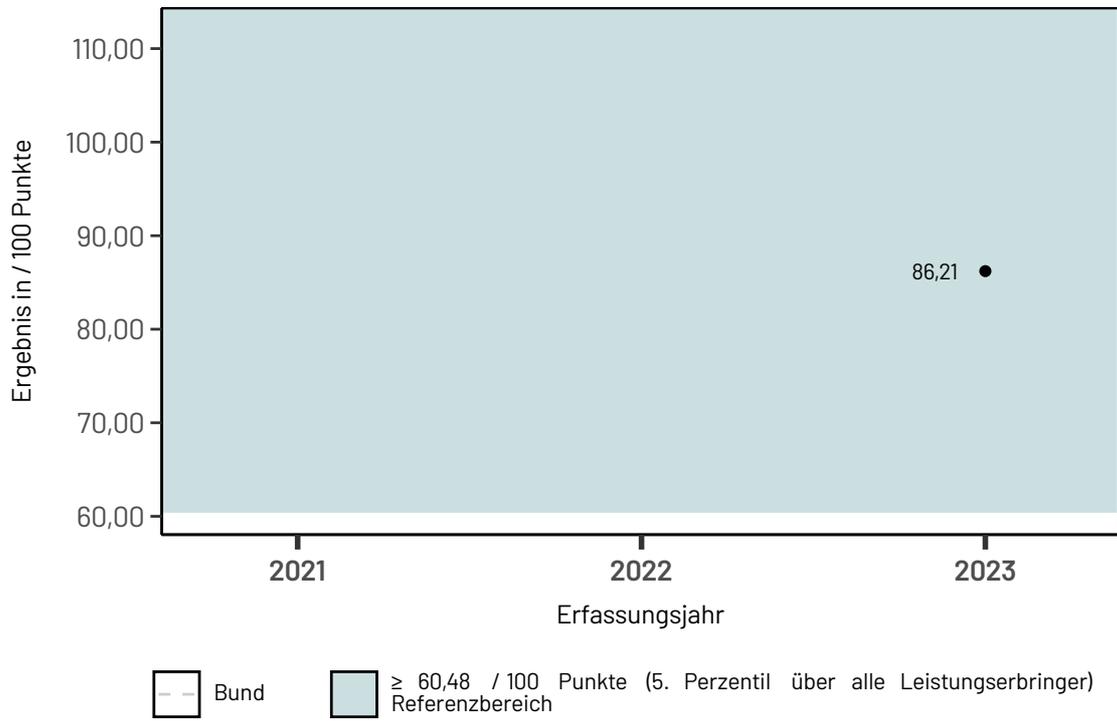
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
ID	2000
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert 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

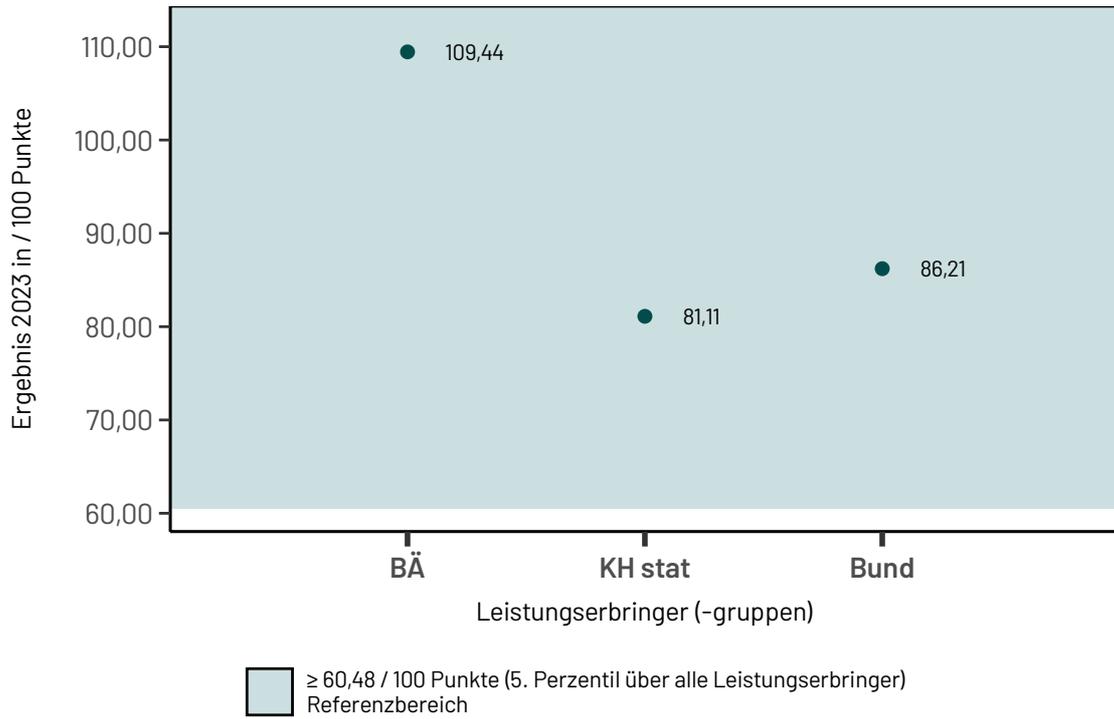
Dimension			Ergebnis	Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2021	72,04 / 100 Punkte	-
		2022	74,75 / 100 Punkte	-
		2023	109,44 / 100 Punkte	-
	KH	2021	73,84 / 100 Punkte	-
		2022	75,52 / 100 Punkte	-
		2023	81,11 / 100 Punkte	-
Bund		2021	73,50 / 100 Punkte	-
		2022	75,36 / 100 Punkte	-
		2023	86,21 / 100 Punkte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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 2000 Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	86,21 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,41 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,07 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	92,33 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,45 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,44 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	91,62 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie ²	56,78 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention ³	68,40 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,42 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Beobachtungen ⁴	89,20 / 100 Punkte

² Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlergebnis (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

³ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlergebnis (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

⁴ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlergebnis (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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 ⁵	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 ⁶	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 ⁷	ID: 34_22078 89,20 / 100 Punkte	ID: 34_22088 157,86 / 100 Punkte	ID: 34_22098 74,11 / 100 Punkte

⁵ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

⁶ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

⁷ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

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

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

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

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

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?⁸			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums		1.163	
Monat		7	
Jahr		2022	

⁸ Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja Angabe eines Datums: ja		N = 1.163	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023			
nein		374	32,16
ja		789	67,84

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja		N = 1.163	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		16	1,38
(1) ja		1.147	98,62
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?⁹			
(0) nein		197	16,94
(1) ja		966	83,06

⁹ z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

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

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

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte		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		68	5,67
(1) ja		1.131	94,33

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

		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?¹⁰			
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums		1.131	
Monat		7	
Jahr		2022	

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

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 1.131	
Angabe eines Datums: ja			
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023			
nein		371	32,80
ja		760	67,20

		Bund (gesamt)	
		n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja		N = 1.131	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?			
(0) nein		22	1,95
(1) ja		1.109	98,05

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte		N = 1.199	
Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?			
(0) nein		23	1,92
(1) ja		1.176	98,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 1.176	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.086	92,35
(1) ja	90	7,65
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	1.140	96,94
(1) ja	36	3,06
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	28	2,38
(1) ja	1.148	97,62
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	1.112	94,56
(1) ja	64	5,44

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 1.199	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	34	2,84
(1) ja	1.165	97,16
Übernahmen im Jahr 2023 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	771	64,30
(1) ja	301	25,10
(2) teilweise	127	10,59

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise		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		6	1,40
(1) ja		422	98,60

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		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		9	1,00
(1) ja		889	99,00

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

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

		Bund (gesamt)	
		n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise		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		20	2,26
(1) ja		866	97,74

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2023?¹¹	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	895
Monat	7
Jahr	2022

¹¹ 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.

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

Bund (gesamt)	
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?¹²	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums	895
Monat	6
Jahr	2022

¹² 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.

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

Bund (gesamt)		
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2023?¹³		
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	880	
Monat	6	
Jahr	2022	

¹³ 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.

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

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

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

Bund (gesamt)		
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2023?¹⁴		
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	859	
Monat	7	
Jahr	2022	

¹⁴ 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.

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

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?¹⁵	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums	859
Monat	6
Jahr	2022

¹⁵ 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.

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

Bund (gesamt)		
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 898	
Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	895	99,67
Galt im gesamten Jahr 2023 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?		
(0) nein	36	4,01
(1) ja	862	95,99

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	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	26	2,17
(1) ja	1.173	97,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 1.173	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	17	1,45
(1) ja	1.156	98,55
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	10	0,85
(1) ja	1.163	99,15
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	14	1,19
(1) ja	1.159	98,81
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.171	99,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 1.173	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.170	99,74

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	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	14	1,17
(1) ja	1.185	98,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 1.185	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.183	99,83
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?¹⁶		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.183	99,83

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 1.185	
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?			
(0) nein		23	1,94
(1) ja		1.162	98,06
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?			
(0) nein		41	3,46
(1) ja		1.144	96,54
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?			
(0) nein		80	6,75
(1) ja		1.105	93,25
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?			
(0) nein		4	0,34
(1) ja		1.181	99,66

¹⁶ aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

		Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2023?¹⁷		
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums		1.185
Monat		7
Jahr		2022

¹⁷ Dargestellt wird der Mittelwert über alle teilnehmenden Einrichtungen hinweg, die diese Frage beantwortet haben.

		Bund (gesamt)	
		n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja		N = 1.185	
Angabe eines Datums: ja			
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2023			
nein		388	32,74
ja		797	67,26

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

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

		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? (%)¹⁸		
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten		620
Angabe		56,44

¹⁸ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte		N = 1.199	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig			
(1) ja		20	1,67
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		535	44,62

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

		Bund (gesamt)	
		n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte		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		122	10,18
(1) ja		992	82,74
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben			
(1) ja		85	7,09

		Bund (gesamt)
Ärzte (%)¹⁹		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten		801
Angabe		66,75

¹⁹ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlergebnis (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

Bund (gesamt)	
Pflegepersonal (%)²⁰	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	824
Angabe	75,23

²⁰ Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

Bund (gesamt)	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)²¹	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes	713
Angabe	74,68

²¹ 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.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

Bund (gesamt)	
Medizinische Fachangestellte (%)²²	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	614
Angabe	78,05

²² 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.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Bund (gesamt)	
	n %
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 992
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig	
(1) ja	67 6,75
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben	
(1) ja	292 29,44

Bund (gesamt)	
Reinigungspersonal (%)²³	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	708
Angabe	84,56

²³ Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat. Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

Bund (gesamt)	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)²⁴	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	699
Angabe	90,72

²⁴ 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.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

Bund (gesamt)	
Küchenpersonal (%)²⁵	
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	568
Angabe	88,55

²⁵ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2023 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.
 Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Bund (gesamt)		
	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 992	
Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	124	12,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 992	
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	131	13,21

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	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?²⁶		
(0) nein	19	1,58
(1) ja	1.180	98,42

²⁶ 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

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	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	398	33,19
(1) ja	701	58,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	96	8,01

	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? (%)²⁷	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen	651	
Angabe	54,49	

²⁷ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Bund (gesamt)	
	n %
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 701
keine Normalstation vorhanden	
(1) ja	≤3 x

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? (%)²⁸	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen	337
Angabe	89,62

²⁸ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

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? (%)²⁹	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen	544
Angabe	94,41

²⁹ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

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

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? (%)³⁰	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2	598
Angabe	30,02

³⁰ Zu dieser Kennzahl liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu einem unplausibel hohen Kennzahlresultat (siehe Einleitung, Abschnitt „Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung“).

Bund (gesamt)	
	n %
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 701
Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst	
(1) ja	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/>