



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Länderbericht

**Vermeidung nosokomialer Infektionen –
postoperative Wundinfektionen:
Hygiene- und Infektionsmanagement –
stationäres Operieren - Verfahren in
Erprobung**

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 31. Mai 2023

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/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	4
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	5
Einleitung.....	6
Datengrundlagen.....	8
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	8
Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben.....	9
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	10
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen.....	10
Details zu den Ergebnissen.....	12
Basisauswertung.....	15
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen.....	15
Art der stationär operierenden Einrichtung.....	15
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung.....	15
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung.....	18
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff.....	19
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien.....	20
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes.....	26
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel.....	27
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie.....	29
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention.....	30
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion.....	34
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung.....	35

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 können dem hierzu separat bereitgestellten Bericht entnommen werden. Leistungserbringer, die Daten ausschließlich bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht.

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 bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst und damit sind keine Daten für einen Vergleich vorhanden.
 - Es kam zu einem Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern, die vorher eigene Institutskennzeichenummern (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 2022“ 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 QS-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/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2022 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	≥ 56,33 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	73,08 / 100 Punkte O = 73,08 N = 122	-	74,78 / 100 Punkte O = 74,78 N = 1.295	-

Einleitung

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

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-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.

Das QS-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. Die Erfassung von postoperativen Wundinfektionen war im Jahr 2021 ausgesetzt, sodass zu den entsprechenden Indikatoren in diesem Jahr keine Ergebnisse berichtet werden. Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden aktuell im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Das QS-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“.

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer können den hierzu separat bereitgestellten

Bundesauswertungen entnommen werden.

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 durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2022 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.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle 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 (Belegärzte 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 lediglich ein QS-Dokumentationsbogen zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Bereich des stationären Operierens 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.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Land (Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	19 19	281	6,76
Land (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	103 103	109	94,50
Land	Datensätze gesamt Basisdatensatz	122 122	390	31,28
Bund (Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	321 321	775	41,42
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	974 974	1.025	95,02
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.295 1.295	1.800	71,94
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land (Belegärzte)	19	281	6,76
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land (Krankenhäuser)	103	109	94,50
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land	122	390	31,28
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Belegärzte)	321	775	41,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (Krankenhäuser)	974	1.025	95,02
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	1.295	1.800	71,94

Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben

Erfassungsjahr 2022	Anzahl	Anteil in %
Land (Belegärzte)	0	0,00
Land (Krankenhäuser)	3	2,68
Land	3	0,76
Bund (Belegärzte)	4	0,51
Bund (Krankenhäuser)	26	2,47
Bund (gesamt)	30	1,64

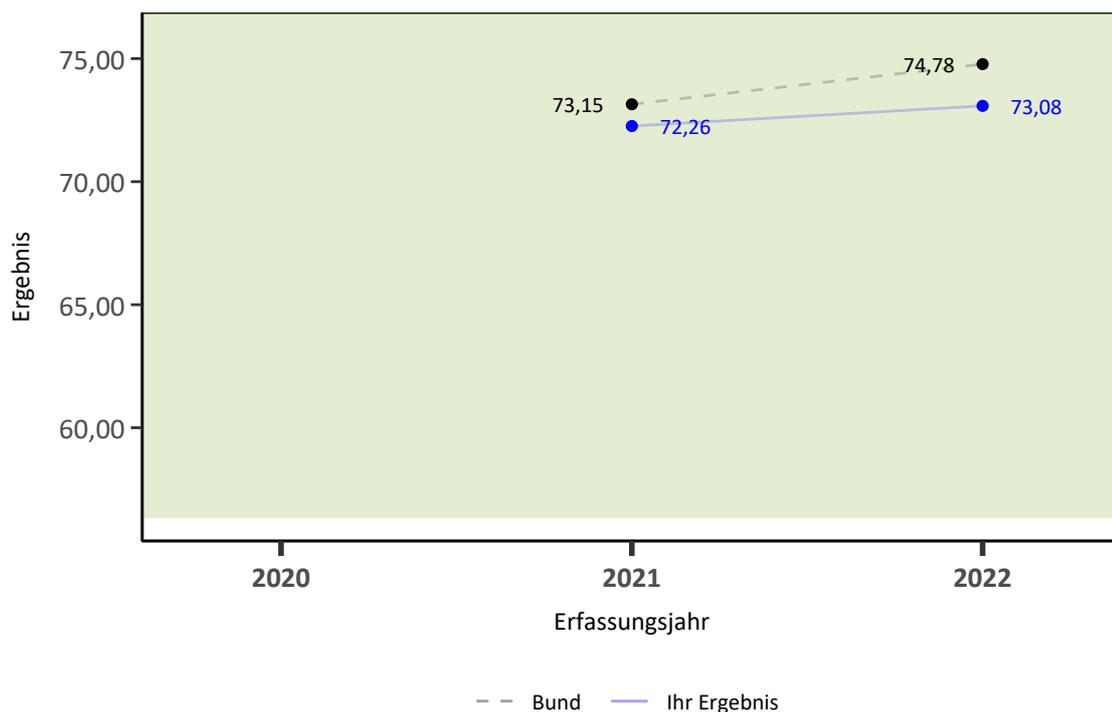
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

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 bei stationärer Versorgung
Referenzbereich	≥ 56,33 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Detailergebnisse

EJ 2022		Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis		2020: - / - 2021: 72,26 / 100 Punkte 2022: 73,08 / 100 Punkte	2020: - 2021: - 2022: -
Stationär	BÄ	2020: - / - 2021: 71,56 / 100 Punkte 2022: 74,10 / 100 Punkte	2020: - 2021: - 2022: -
	KH	2020: - / - 2021: 73,51 / 100 Punkte 2022: 75,00 / 100 Punkte	2020: - 2021: - 2022: -
Bund		2020: - / - 2021: 73,15 / 100 Punkte 2022: 74,78 / 100 Punkte	2020: - 2021: - 2022: -

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 2000 Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	73,08 / 100 Punkte	74,78 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	83,49 / 100 Punkte	83,38 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	81,56 / 100 Punkte	84,23 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,26 / 100 Punkte	91,74 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,53 / 100 Punkte	96,80 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	90,37 / 100 Punkte	96,53 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	88,85 / 100 Punkte	89,59 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	26,52 / 100 Punkte	29,92 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	46,05 / 100 Punkte	50,05 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	94,26 / 100 Punkte	97,07 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Überprüfungen	28,92 / 100 Punkte	28,47 / 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 83,49 / 100 Punkte	ID: 34_22079 73,68 / 100 Punkte	ID: 34_22089 85,30 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	ID: 34_22070 81,56 / 100 Punkte	ID: 34_22080 73,68 / 100 Punkte	ID: 34_22090 83,01 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 34_22071 94,26 / 100 Punkte	ID: 34_22081 84,21 / 100 Punkte	ID: 34_22091 96,12 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 34_22072 96,53 / 100 Punkte	ID: 34_22082 95,91 / 100 Punkte	ID: 34_22092 96,64 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 34_22073 90,37 / 100 Punkte	ID: 34_22083 89,47 / 100 Punkte	ID: 34_22093 90,53 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 34_22074 88,85 / 100 Punkte	ID: 34_22084 80,84 / 100 Punkte	ID: 34_22094 90,33 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 34_22075 26,52 / 100 Punkte	ID: 34_22085 42,95 / 100 Punkte	ID: 34_22095 23,49 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 34_22076 46,05 / 100 Punkte	ID: 34_22086 39,99 / 100 Punkte	ID: 34_22096 47,17 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 34_22077 94,26 / 100 Punkte	ID: 34_22087 84,21 / 100 Punkte	ID: 34_22097 96,12 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	ID: 34_22078 28,92 / 100 Punkte	ID: 34_22088 16,21 / 100 Punkte	ID: 34_22098 31,26 / 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 83,38 / 100 Punkte	ID: 34_22079 80,80 / 100 Punkte	ID: 34_22089 84,23 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	ID: 34_22070 84,23 / 100 Punkte	ID: 34_22080 82,79 / 100 Punkte	ID: 34_22090 84,70 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 34_22071 91,74 / 100 Punkte	ID: 34_22081 82,55 / 100 Punkte	ID: 34_22091 94,76 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 34_22072 96,80 / 100 Punkte	ID: 34_22082 93,88 / 100 Punkte	ID: 34_22092 97,77 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 34_22073 96,53 / 100 Punkte	ID: 34_22083 95,95 / 100 Punkte	ID: 34_22093 96,72 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 34_22074 89,59 / 100 Punkte	ID: 34_22084 88,21 / 100 Punkte	ID: 34_22094 90,04 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 34_22075 29,92 / 100 Punkte	ID: 34_22085 48,26 / 100 Punkte	ID: 34_22095 23,87 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 34_22076 50,05 / 100 Punkte	ID: 34_22086 47,52 / 100 Punkte	ID: 34_22096 50,88 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 34_22077 97,07 / 100 Punkte	ID: 34_22087 95,64 / 100 Punkte	ID: 34_22097 97,54 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	ID: 34_22078 28,47 / 100 Punkte	ID: 34_22088 25,41 / 100 Punkte	ID: 34_22098 29,48 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Status des Leistungserbringers				
(1) Krankenhaus nach § 108 SGB V	103	84,43	974	75,21
(2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V	19	15,57	321	24,79

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

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe?				
(0) nein	6	4,92	53	4,09
(1) ja	116	95,08	1.242	95,91

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja	N = 116		N = 1.242	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?				
(0) nein	0	0,00	5	0,40
(1) ja	116	100,00	1.237	99,60
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	21	1,69
(1) ja	115	99,14	1.221	98,31
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	9	0,72
(1) ja	114	98,28	1.233	99,28
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?				
(0) nein	0	0,00	7	0,56
(1) ja	116	100,00	1.235	99,44

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?¹				
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums	116		1.242	
Monat	7		7	
Jahr	2021		2021	

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	N = 116		N = 1.242	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?				
(0) nein	0	0,00	33	2,66
(1) ja	116	100,00	1.209	97,34
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?²				
(0) nein	11	9,48	188	15,14
(1) ja	105	90,52	1.054	84,86

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 = 105		N = 1.054	
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?				
(0) nein	31	29,52	297	28,18
(1) ja	74	70,48	757	71,82

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

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie?				
(0) nein	11	9,02	94	7,26
(1) ja	111	90,98	1.201	92,74

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	N = 111		N = 1.201	
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?				
(0) nein	0	0,00	≤3	x
(1) ja	111	100,00	1.198	99,75

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2022?³				
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums	111		1.201	
Monat	7		7	
Jahr	2021		2021	

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	N = 111		N = 1.201	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?				
(0) nein	≤3	x	30	2,50
(1) ja	109	98,20	1.171	97,50

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?				
(0) nein	≤3	x	32	2,47
(1) ja	119	97,54	1.263	97,53

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 119		N = 1.263	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?				
(0) nein	112	94,12	1.158	91,69
(1) ja	7	5,88	105	8,31
Wurde dazu eine Schere genutzt?				
(0) nein	117	98,32	1.223	96,83
(1) ja	≤3	x	40	3,17

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 119		N = 1.263	
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?				
(0) nein	≤3	x	46	3,64
(1) ja	116	97,48	1.217	96,36
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?				
(0) nein	112	94,12	1.189	94,14
(1) ja	7	5,88	74	5,86

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?				
(0) nein	4	3,28	42	3,24
(1) ja	118	96,72	1.253	96,76
Übernahmen im Jahr 2022 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?				
(0) nein	74	60,66	813	62,78
(1) ja	32	26,23	317	24,48
(2) teilweise	16	13,11	165	12,74

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise	N = 48		N = 482	
Lag im Jahr 2022 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?				
(0) nein	≤3	x	19	3,94
(1) ja	47	97,92	463	96,06

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 90		N = 978	
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	≤3	x	13	1,33
(1) ja	88	97,78	965	98,67

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja	N = 88		N = 965	
Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?				
(0) nein	≤3	x	5	0,52
(1) ja	87	98,86	960	99,48

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 90		N = 978	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?				
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	0	0,00	≤3	x
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	0	0,00	16	1,64
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	45	50,00	410	41,92
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	≤3	x	8	0,82
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	≤3	x	32	3,27
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	0	0,00	≤3	x
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	41	45,56	509	52,04

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)	N = 87		N = 955	
Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?				
(0) nein	0	0,00	15	1,57
(1) ja	87	100,00	940	98,43

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2022?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	89		967	
Monat	8		7	
Jahr	2021		2021	
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 2022?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	89		967	
Monat	6		6	
Jahr	2021		2021	

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.

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)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2022?⁶			
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	87	959	
Monat	6	6	
Jahr	2021	2021	

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	N = 90		N = 978	
Siegelnahtgerät nicht vorhanden				
(1) ja	≤3	x	19	1,94

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 85		N = 918	
Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja				
Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)				
Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?				
(0) nein	0	0,00	16	1,74
(1) ja	85	100,00	902	98,26

Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2022?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	87	929	
Monat	8	7	
Jahr	2022	2021	
Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2022?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	87	929	
Monat	7	6	
Jahr	2022	2021	

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.

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	N = 90		N = 978	
Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?				
(0) nein	0	0,00	≤3	x
(1) ja	90	100,00	976	99,80
Galt im gesamten Jahr 2022 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?				
(0) nein	6	6,67	43	4,40
(1) ja	84	93,33	935	95,60

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Galt im gesamten Jahr 2022 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?				
(0) nein	11	9,02	36	2,78
(1) ja	111	90,98	1.259	97,22

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 111		N = 1.259	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	31	2,46
(1) ja	110	99,10	1.228	97,54
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	19	1,51
(1) ja	110	99,10	1.240	98,49
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	15	1,19
(1) ja	110	99,10	1.244	98,81
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?				
(0) nein	≤3	x	5	0,40
(1) ja	110	99,10	1.254	99,60

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 111		N = 1.259	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?				
(0) nein	≤3	x	9	0,71
(1) ja	110	99,10	1.250	99,29

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Galt im gesamten Jahr 2022 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?				
(0) nein	≤3	x	33	2,55
(1) ja	119	97,54	1.262	97,45

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 119		N = 1.262	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	≤3	x
(1) ja	118	99,16	1.259	99,76

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 119		N = 1.262	
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?⁹				
(0) nein	0	0,00	5	0,40
(1) ja	119	100,00	1.257	99,60
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?				
(0) nein	≤3	x	27	2,14
(1) ja	116	97,48	1.235	97,86
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?				
(0) nein	5	4,20	44	3,49
(1) ja	114	95,80	1.218	96,51
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?				
(0) nein	16	13,45	112	8,87
(1) ja	103	86,55	1.150	91,13
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?				
(0) nein	≤3	x	5	0,40
(1) ja	118	99,16	1.257	99,60

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 2022?¹⁰		
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums	119	1.262
Monat	6	7
Jahr	2021	2021

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	N = 119		N = 1.262	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?				
(0) nein	≤3	x	22	1,74
(1) ja	118	99,16	1.240	98,26

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)				
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten		67		648
Angabe		45,30		57,32

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	≤3	x	16	1,24
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	53	43,44	631	48,73

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2022 stattgefunden haben, vor?				
(0) nein	16	13,11	155	11,97
(1) ja	99	81,15	1.031	79,61
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	7	5,74	109	8,42

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Ärzte (%)¹¹				
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten	77		868	
Angabe	62,51		65,81	

¹¹ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	≤3	x	9	0,87
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	21	21,21	154	14,94

Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
Pflegepersonal (%)¹²			
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	77		884
Angabe	72,53		74,20

¹² Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	≤3	x	7	0,68
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	20	20,20	140	13,58

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	68		746
Angabe	74,96		74,65

¹³ Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	6	6,06	72	6,98

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 99		N = 1.031	
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	25	25,25	213	20,66

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	Medizinische Fachangestellte (%)¹⁴			
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	65		673	
Angabe	69,92		75,43	

¹⁴ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	≤3	x	54	5,24
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	31	31,31	304	29,49

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	Reinigungspersonal (%)¹⁵			
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	72		781	
Angabe	77,89		83,28	

¹⁵ Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	5	5,05	45	4,36
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	21	21,21	197	19,11

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹⁶				
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	66		772	
Angabe	81,00		87,34	

¹⁶ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	11	11,11	82	7,95
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	20	20,20	157	15,23

Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
Küchenpersonal (%)¹⁷			
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	57		580
Angabe	87,63		86,56

¹⁷ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2022 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 = 99		N = 1.031	
Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig				
(1) ja	13	13,13	98	9,51
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben				
(1) ja	17	17,17	140	13,58

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
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	7	5,74	38	2,93
(1) ja	115	94,26	1.257	97,07

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 Krankenhausaufenthaltes
 - Kontrolluntersuchungen

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Krankenhäuser und Belegärzte	N = 122		N = 1.295	
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	57	46,72	652	50,35
(1) ja	65	53,28	643	49,65

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
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	65		631	
Angabe	49,05		52,97	

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 65		N = 643	
keine Normalstation vorhanden				
(1) ja	0	0,00	12	1,87

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	54		438
Angabe	49,91		59,36

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 65		N = 643	
keine IMC/Aufwachstation vorhanden				
(1) ja	11	16,92	205	31,88

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	60		539
Angabe	80,20		83,36

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 65		N = 643	
keine Intensivstation vorhanden				
(1) ja	5	7,69	104	16,17

	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	50	563
Angabe	49,62	43,75

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Anzahl Krankenhäuser und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 65		N = 643	
Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst				
(1) ja	15	23,08	80	12,44