

Ihr Pseudonym Nr.:

**Sektorenübergreifende Qualitätssicherung  
„Nosokomiale Infektionen, postoperative Wundinfektionen“ (sQS WI)**

<b>Indikator</b>	Qualitätsindikator Nr.: <b>1000</b> <b>Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulantes Operieren</b>
------------------	--

**Ursachen für die Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung**

\* Bitte analysieren Sie die Kennzahlen, bei denen die maximale Punktzahl von 100 nicht erreicht wurde. Die betroffenen Kennzahlen entnehmen Sie bitte unserem Anschreiben vom 18.07.2024.

\* Bitte erläutern Sie das bei **Ihnen praktizierte Vorgehen** bei der betroffenen Kennzahl.

**Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe**

\* Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Leitlinien anschließen.

\* Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.

\* Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Leitlinie gibt.

**Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie**

\* Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Leitlinien anschließen.

\* Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.

\* Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Leitlinie gibt.

### Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriff

\* Geben Sie bitte an, ob bei Ihren Traceroperationen eine präoperative Haarentfernung indiziert und aus operationstechnischer Sicht notwendig ist.

\* Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie eine elektrische Haarschneidemaschine zum Kürzen von Haaren (mit einem Einmalscherkopf) oder Enthaarungscremes zur Entfernung der Haare oder etwas anders benutzen.

### Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

\* Geben Sie bitte an, ob die Sterilgutaufbereitung an ein externes Unternehmen ausgelagert ist und ob das Auftrag nehmende Unternehmen ein Qualitätsmanagementsystem vorhält, das die gesetzlichen Anforderungen sicherstellt und muss zugelassen ist.

\* Falls dies nicht der Fall ist, analysieren Sie bitte, ob im Wiederaufbereitungsprozess des Sterilguts Mängel in der Qualität von Prozessen, dem Prozesswissen des Personals oder bzgl. der Medizintechnik bestehen.

### Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

\* Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich der dortigen Arbeitsanweisung anschließen.

\* Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.

\* Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine Arbeitsanweisung gibt.

### Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

- \* Falls Sie an einer externen Einrichtung (Krankenhaus, Operationszentrum oder andere Praxis) operieren, geben Sie bitte an, ob Sie sich den dortigen Standards anschließen.
- \* Falls dies zutrifft, geben Sie bitte an, ob Sie dies in Ihren QM-Unterlagen vermerkt haben und ob dieser Vermerk für alle betroffenen Mitarbeiter Ihrer Praxis gut einsehbar abgelegt ist.
- \* Falls dies nicht zutrifft, geben Sie bitte an, warum es keine internen Standards gibt.

### Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie.

- \* Bitte analysieren Sie, ob alle Ärzte:innen, die ganzjährig an Ihrer Hauptbetriebsstätte (Arztpraxis, MVZ) in der Patientenversorgung tätig waren, an einer Informationsveranstaltung zur Antibiotikaresistenzlage und –therapie teilgenommen haben und dies in einer Liste dokumentiert ist.
- \* Bitte gehen Sie darauf ein, ob die Inhalte der Veranstaltungen folgende Themen umfassten: lokales Erregerspektrum und Resistenzlage, Antibiotikaphylaxe, Indikation für mikrobiologische Untersuchungen und Antibiotika-Initialtherapie.
- \* Bitte geben Sie an, ob es die Möglichkeit gab, online an der Informationsveranstaltung teilzunehmen.

### Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention.

- \* Bitte analysieren Sie, ob mindestens eine der folgenden Berufsgruppen Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, Medizinische Fachangestellte, Reinigungspersonal, Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) an einer Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention teilgenommen hat.
- \* Falls ja, haben alle betroffenen Personen teilgenommen und ist dies in einer Liste dokumentiert.
- \* Bitte gehen Sie darauf ein, ob die Inhalte der Veranstaltungen folgende Themen umfassten: Allgemeine Hygiene, Händedesinfektion und Hygiene bei multiresistenten Erregern.
- \* Bitte gehen Sie an, ob es die Möglichkeit gab, online an der Informationsveranstaltung teilzunehmen.

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

\* Bitte geben Sie an, ob Sie ihren Patient:innen mit MRSA ein Informationsblatt aushändigen, welches vor allem über Risiken für Kontaktpersonen aufklärt.

Durchführung von Compliance-Überprüfungen

\* Bitte gehen Sie darauf ein, ob Sie ein Verfahren zum kritischen Umgang der Händehygiene haben, wenn ja welches?

**ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden eingeleitet**

\*bitte ankreuzen

Ja     Nein

**Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.**

\*bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen

**ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden bereits umgesetzt**

\*bitte ankreuzen

Ja     Nein

**Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.**

\*bitte hier Ihre Erläuterungen einfügen

---

## Hintergrundinformationen

---

Die Auswertung für das Auswertungsjahr 2024 zeigt für den oben aufgeführten Qualitätsindikator Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung.

**Zu diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen bittet die Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens um eine schriftliche Erläuterung bis zum 19.08.2024.**

In Ihrer Antwort bitten wir Sie insbesondere auf die Ursachen, die zu diesen auffälligen Ergebnissen geführt haben, einzugehen und inwieweit Sie ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse eingeleitet oder bereits umgesetzt haben.

Bitte beachten Sie bei der Erstellung der Stellungnahme die Datenschutzbestimmungen: Die Stellungnahmen dürfen keine personenbezogenen Daten enthalten (Namen von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen, Geburtsdaten oder ähnliche Informationen, die einen Rückschluss auf eine Person erlauben). **Stellungnahmen, die personenbezogene Patientendaten enthalten, werden unbearbeitet vernichtet und gelten als nicht eingetroffen.**

Nähere Informationen zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren bzw. Auffälligkeitskriterien (Beschreibung, Referenzwert etc.) sowie die betroffenen Vorgangsnummern finden Sie in Ihrer Jahresauswertung.

Ihre **Jahresauswertung** steht Ihnen seit Anfang Juni 2024 **in unserem Mitgliederportal** unter „Meine KVB“ im Menüpunkt „Unterlagen einsehen“ in der „Info-Akte BSNR“ (Aktentyp) zur Verfügung.

Die **Zahlen Ihrer Vollzähligkeitsprüfung** stehen Ihnen ebenfalls im Mitgliederportal „Meine KVB“ zur Verfügung. Über die Kachel „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)“ gelangen Sie - wie gewohnt - in den Upload-Bereich des Mitgliederportals. Hier können Sie unter der neuen Kategorie „Vollzähligkeitsprüfung“ Ihre eingereichten und abgerechneten Fälle sowie ihre sQS-Dokumentationsquote quartals- bzw. jahresbezogen einsehen.

### **Ansprechpartnerinnen:**

**Chiara Höher**  
089/5 70 93 - 23 13  
[Chiara.Hoehler@kvb.de](mailto:Chiara.Hoehler@kvb.de)

**Tina Cernicka**  
089/ 5 70 93 - 23 31  
[Tina.Cernicka@kvb.de](mailto:Tina.Cernicka@kvb.de)