

Bundesauswertung

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

**Auswertungsjahr 2025
Erfassungsjahr 2024**

Impressum

Titel Hygiene- und Infektionsmanagement – stat. Operieren - Verfahren in
Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Datengrundlagen	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	6
Ergebnisübersicht	7
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024	8
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	9
2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	9
Details zu den Ergebnissen	12
Basisauswertung	14
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen	14
Art der stationär operierenden Einrichtung	14
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung	14
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung	17
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	18
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	19
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	27
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	28
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und - therapie	30
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	31
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	35
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung	36

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 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (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 acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen. 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 (Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren); NWIEA, bzw. Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren); NWIES). 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 Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR)) abgefragt.

Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 1000) gemessen. Es handelt sich dabei um 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. Die Ergebnisse dieser beiden Indikatoren sind aufgrund

unterschiedlicher erfasster Daten und unterschiedlicher Rechenregeln nicht miteinander vergleichbar.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln 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.

Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[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“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene- und Infektionsprävention“ wurden im Erfassungsjahr 2023 von einem Teil der zur Dokumentation verpflichteten Leistungserbringer unplausible Angaben gemacht. Diese unplausiblen Angaben führten zu falsch hohen Ergebnissen bei den betroffenen Kennzahlen und in der Folge auch zu einem falsch hohen Ergebnis des Qualitätsindikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung“ (ID 2000) im Auswertungsjahr 2024. Im Erfassungsjahr 2024 wurde eine Plausibilitätsprüfung eingeführt, die die Dokumentation solcher Falschangaben ausschließt, sodass die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahr 2025 nicht mehr von diesen unplausiblen Angaben betroffen sind. Aufgrund des falsch hohen Indikatorergebnisses im Auswertungsjahr 2024 ist das Ergebnis des Indikators 2000 im Auswertungsjahr 2025 nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

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 (einrichtungsbezogen)
- eingegangene IKNR/BSNR-bezogene Sollstatistik

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

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Belegärzte oder Krankenhäuser) und auf Bundesebene (gesamt) ausgegeben.

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 angegeben haben, ihre Tätigkeit unterjährig beendet zu haben und die Anzahl der Leistungserbringer, von denen ein QS-Dokumentationsbogen erwartet wurde (vgl. Angabe „erwartet“ in der Tabelle „Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten“).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	200 200	342	58,48
Bund (Krankenhäuser)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	978 978	1.050	93,14
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	1.178 1.178	1.392	84,63

Anzeige der Einrichtungen, die unterjährig ihre Tätigkeit beendet haben

Erfassungsjahr 2024	Anzahl	Grundgesamtheit*	Anteil in %
Bund (Belegärztinnen und Belegärzte)	12	354	3,39
Bund (Krankenhäuser)	21	1.071	1,96
Bund (gesamt)	33	1.425	2,32

* Die Grundgesamtheit berechnet sich aus der Anzahl erwarteter Datensätze addiert mit der Anzahl der Einrichtungen, die ihre Tätigkeit unterjährig beendet haben.

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 IKNR bzw. BSNR hatten.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024“ 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/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	≥ 62,17 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	78,03 / 100 Punkte O = 78,03 N = 1.178

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

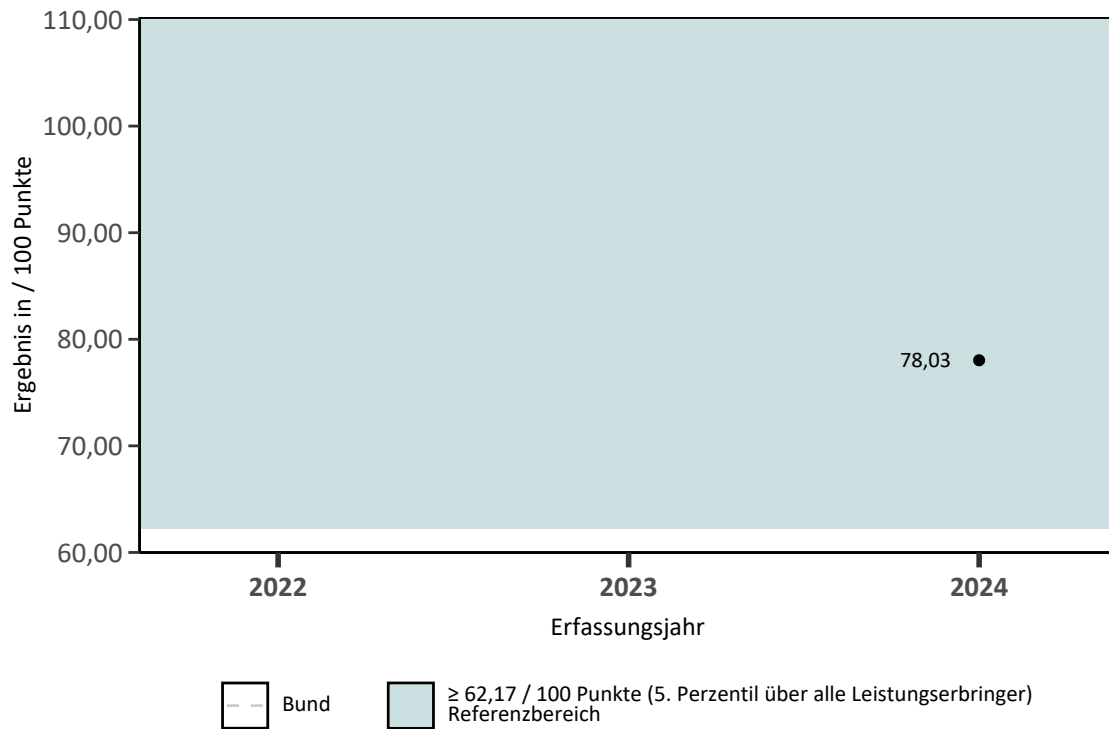
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert
Zähler	Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements in stationär operierenden Einrichtungen
Referenzbereich	≥ 62,17 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detaillergebnisse

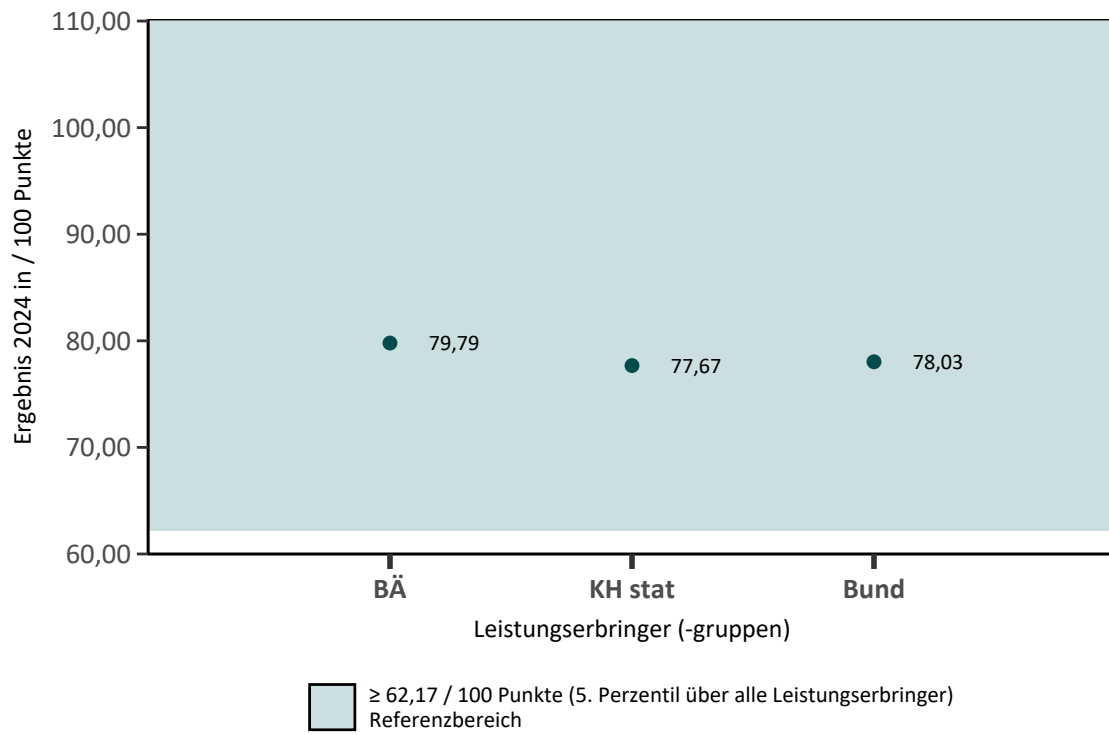
Dimension			Ergebnis in / 100 Punkte	Vertrauensbereich in / 100 Punkte
Stationär	BÄ	2022	74,18	-
		2023	105,82	-
		2024	79,79	-
	KH	2022	75,13	-
		2023	80,80	-
		2024	77,67	-
Bund		2022	74,93	-
		2023	85,26	-
		2024	78,03	-

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	78,03 / 100 Punkte
1.1.1	ID: 34_22002 Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	85,72 / 100 Punkte
1.1.2	ID: 34_22005 Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,86 / 100 Punkte
1.1.3	ID: 34_22008 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,91 / 100 Punkte
1.1.4	ID: 34_22011 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	97,59 / 100 Punkte
1.1.5	ID: 34_22014 Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,41 / 100 Punkte
1.1.6	ID: 34_22017 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	91,44 / 100 Punkte
1.1.7	ID: 34_22020 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	33,21 / 100 Punkte
1.1.8	ID: 34_22023 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	56,73 / 100 Punkte
1.1.9	ID: 34_22026 Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,73 / 100 Punkte
1.1.10	ID: 34_22032 Durchführung von Compliance-Beobachtungen	37,74 / 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 85,72 / 100 Punkte	ID: 34_22079 86,45 / 100 Punkte	ID: 34_22089 85,57 / 100 Punkte

1.1 Beschreibung Ergebnis Bund (gesamt)	Ergebnis	Ergebnis BÄ	Ergebnis KH
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	ID: 34_22070 86,86 / 100 Punkte	ID: 34_22080 87,63 / 100 Punkte	ID: 34_22090 86,71 / 100 Punkte
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	ID: 34_22071 94,91 / 100 Punkte	ID: 34_22081 90,00 / 100 Punkte	ID: 34_22091 95,91 / 100 Punkte
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	ID: 34_22072 97,59 / 100 Punkte	ID: 34_22082 97,97 / 100 Punkte	ID: 34_22092 97,51 / 100 Punkte
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	ID: 34_22073 97,41 / 100 Punkte	ID: 34_22083 95,83 / 100 Punkte	ID: 34_22093 97,73 / 100 Punkte
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	ID: 34_22074 91,44 / 100 Punkte	ID: 34_22084 91,54 / 100 Punkte	ID: 34_22094 91,42 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	ID: 34_22075 33,21 / 100 Punkte	ID: 34_22085 60,53 / 100 Punkte	ID: 34_22095 27,63 / 100 Punkte
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	ID: 34_22076 56,73 / 100 Punkte	ID: 34_22086 54,32 / 100 Punkte	ID: 34_22096 57,23 / 100 Punkte
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	ID: 34_22077 98,73 / 100 Punkte	ID: 34_22087 98,50 / 100 Punkte	ID: 34_22097 98,77 / 100 Punkte
Durchführung von Compliance-Beobachtungen	ID: 34_22078 37,74 / 100 Punkte	ID: 34_22088 35,11 / 100 Punkte	ID: 34_22098 38,27 / 100 Punkte

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus nach § 108 SGB V	978	83,02
(2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V	200	16,98

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	27	2,29
(1) ja	1.151	97,71

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja	N = 1.151	
Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.149	99,83
Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		
(0) nein	12	1,04
(1) ja	1.139	98,96
Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.148	99,74
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	4	0,35
(1) ja	1.147	99,65

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024?¹	
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja und Angabe eines Datums	1.151
Monat	7
Jahr	2023

¹ 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 = 1.151	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	377	32,75
ja	774	67,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja	N = 1.151	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	12	1,04
(1) ja	1.139	98,96
Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? ²		
(0) nein	162	14,07
(1) ja	989	85,93

² 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 = 989	
Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		
(0) nein	266	26,90
(1) ja	723	73,10

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	61	5,18
(1) ja	1.117	94,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	N = 1.117	
Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.115	99,82

Bund (gesamt)	
Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2024? ³	
Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums	1.117
Monat	7
Jahr	2023

³ 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 Angabe eines Datums: ja	N = 1.117	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	358	32,05
ja	759	67,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja	N = 1.117	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	15	1,34
(1) ja	1.102	98,66

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?		
(0) nein	14	1,19
(1) ja	1.164	98,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Präoperative Haarentfernung: ja	N = 1.164	
Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		
(0) nein	1.107	95,10
(1) ja	57	4,90
Wurde dazu eine Schere genutzt?		
(0) nein	1.132	97,25
(1) ja	32	2,75
Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?		
(0) nein	26	2,23
(1) ja	1.138	97,77
Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?		
(0) nein	1.092	93,81
(1) ja	72	6,19

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?		
(0) nein	25	2,12
(1) ja	1.153	97,88

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Übernahmen im Jahr 2024 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		
(0) nein	729	61,88
(1) ja	299	25,38
(2) teilweise	150	12,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise	N = 449	
Lag im Jahr 2024 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?		
(0) nein	4	0,89
(1) ja	445	99,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 879	
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	14	1,59
(1) ja	865	98,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 865	
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	862	99,65

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 879	
Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?		
(1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad)	≤3	x
(2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	13	1,48
(3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	348	39,59
(4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator	≤3	x
(5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	32	3,64
(6) ausschließlich mittels Sterilisator	≤3	x
(7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator	482	54,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7)	N = 861	
Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	12	1,39
(1) ja	849	98,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2024?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	875	
Monat	7	
Jahr	2023	

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.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	N = 875	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	23	2,63
ja	852	97,37

	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 2024?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	875
Monat	6
Jahr	2023

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.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) Angabe eines Datums: ja	N = 875	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	27	3,09
ja	848	96,91

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2024?⁶	
Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums	866
Monat	6
Jahr	2023

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.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Angabe eines Datums: ja	N = 866	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	33	3,81
ja	833	96,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 879	
Siegelnahtgerät nicht vorhanden		
(1) ja	13	1,48

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7)	N = 819	
Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		
(0) nein	15	1,83
(1) ja	804	98,17

	Bund (gesamt)
Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2024?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	833
Monat	7
Jahr	2023

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.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja	N = 833	
Letzte Wartung erfolgte im EJ 2024		
nein	18	2,16
ja	815	97,84

	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 2024?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	833
Monat	7
Jahr	2023

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.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) Angabe eines Datums: ja	N = 833	
Letzte Leistungsbeurteilung erfolgte im EJ 2024		
nein	24	2,88
ja	809	97,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise	N = 879	
Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		
(0) nein	0	0,00
(1) ja	879	100,00
Galt im gesamten Jahr 2024 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich?		
(0) nein	43	4,89
(1) ja	836	95,11

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Galt im Jahr 2024 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	25	2,12
(1) ja	1.153	97,88

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 1.153	
Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		
(0) nein	24	2,08
(1) ja	1.129	97,92
Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		
(0) nein	10	0,87
(1) ja	1.143	99,13
Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		
(0) nein	11	0,95
(1) ja	1.142	99,05
Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.150	99,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja	N = 1.153	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	4	0,35
(1) ja	1.149	99,65

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Galt im Jahr 2024 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06.2024 eingeführt wurde?		
(0) nein	18	1,53
(1) ja	1.160	98,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 1.160	
Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.157	99,74
Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? ⁹		
(0) nein	≤3	x
(1) ja	1.157	99,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 1.160	
Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		
(0) nein	19	1,64
(1) ja	1.141	98,36
Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?		
(0) nein	32	2,76
(1) ja	1.128	97,24
Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		
(0) nein	75	6,47
(1) ja	1.085	93,53
Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		
(0) nein	6	0,52
(1) ja	1.154	99,48

⁹ 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 2024?¹⁰	
Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums	1.160
Monat	7
Jahr	2023

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja Angabe eines Datums: ja	N = 1.160	
Letzte Überprüfung erfolgte im EJ 2024		
nein	372	32,07
ja	788	67,93

	Bund (gesamt)	
	n	%
Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja	N = 1.160	
Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?		
(0) nein	10	0,86
(1) ja	1.150	99,14

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%)		
Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten	677	
Angabe	53,95	

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	26	2,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	475	40,32

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2024 stattgefunden haben, vor?		
(0) nein	89	7,56
(1) ja	1.011	85,82
Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	78	6,62

		Bund (gesamt)
Ärzte (%)¹¹		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten		879
Angabe		68,19

¹¹ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	17	1,68
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	115	11,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Pflegepersonal (%)¹²		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal	880	
Angabe	77,17	

¹² Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	16	1,58
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	115	11,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
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	756	
Angabe	72,41	

¹³ Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	65	6,43
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	189	18,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Medizinische Fachangestellte (%)¹⁴		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten	675	
Angabe	76,19	

¹⁴ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	77	7,62
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	259	25,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reinigungspersonal (%)¹⁵		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal	753	
Angabe	85,06	

¹⁵ Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	102	10,09
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	156	15,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹⁶		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung	760	
Angabe	88,41	

¹⁶ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	134	13,25
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	117	11,57

	Bund (gesamt)	
	n	%
Küchenpersonal (%)¹⁷		
Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal	617	
Angabe	86,11	

¹⁷ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2024 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals	N = 1.011	
Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		
(1) ja	127	12,56
Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	123	12,17

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
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	15	1,27
(1) ja	1.163	98,73

¹⁸ Thematisierung aller folgenden Inhalte:

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

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte	N = 1.178	
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	319	27,08
(1) ja	763	64,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		
(1) ja	93	7,89

	Bund (gesamt)
Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%)	
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen	757
Angabe	51,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 763	
keine Normalstation vorhanden		
(1) ja	6	0,79

	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	521
Angabe	59,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 763	
keine IMC/Aufwachstation vorhanden		
(1) ja	241	31,59

	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	654
Angabe	83,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 763	
keine Intensivstation vorhanden		
(1) ja	109	14,29

	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	669
Angabe	28,51

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Krankenhäuser, Belegärztinnen und Belegärzte mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter	N = 763	
Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst		
(1) ja	78	10,22