Änderungen NWIES ab Erfassungsjahr 2021

Der G-BA hat die **Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES) für das Erfassungsjahr 2020** beschlossen. Den entsprechenden Beschluss finden Sie [hier](#). Nachfolgend haben wir Ihnen die wichtigsten Änderungen, die für NWIES ab dem Erfassungsjahr (EJ) 2021 geplant sind, aufgeführt. Wir empfehlen Ihnen, sich in diesem Jahr der Aussetzung mit der Anpassung des einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbogens auseinanderzusetzen, damit Sie für der Dokumentation für 2021 gut gewappnet sind.

Zusammenfassung:

- Felder zum Komplex „**Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff**“ werden vereinfacht
- Felder mit Jahresbezug werden zukünftig ohne Jahresangabe abgebildet
- Felder werden vereinfacht ohne den Inhalt zu verändern
- Bei Fragen zur Teilnahme von Personal an Veranstaltungen werden die Antwortmöglichkeiten ausgeweitet und konkretisiert
- Es entfallen die Felder des Komplexes „**Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen**“
- Felder des Komplexes „**Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen**“ werden neu aufgesetzt
- Es entfallen die Felder des Komplexes „**Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene**“

In folgender Tabelle werden die o.g. Änderungen konkreter dargestellt. Es besteht keine Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Frage Nr. bis EJ2019	Feld NWIES bis EJ2019	Frage Nr. ab EJ2021	Feld NWIES ab EJ2021
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff			
26	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?	25	Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt?
-	-	26	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?
27	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?	27	Wurde dazu eine Schere genutzt?
28	Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist	28	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt?
29	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?	29	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt?
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien			
30	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?	30	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte?
34	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?	31	Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?
-	-	32	Lag im Jahr ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?

Frage Nr. bis EJ2019	Feld NWIES bis EJ2019	Frage Nr. ab EJ2021	Feld NWIES ab EJ2021
38	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	34	Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?
-	-	35	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?
39	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?	36	Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?
-	-	40	Siegelnahtgerät nicht vorhanden
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes			
48	Galt im gesamten Jahr 2019 in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?	46	Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?
52	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	50	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?
53	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?	51	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments?
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel			
54	Galt im gesamten Jahr 2019 in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?	52	Galt im gesamten Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?
59	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?	57	Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?
60	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?	58	Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie			
63.1	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2019 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? Es gilt folgende thematische Mindestanforderung: - lokales Erregerspektrum und Resistenzlage - Antibiotikaprophylaxe/-(Initial)therapie - Indikation für mikrobiol. Untersuchungen	61	Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?
-	-	62	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
63.2	Daten wurden nicht erhoben	63	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention			
64	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2019 mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben? Wurden die Daten nicht in der zur Befüllung der folgenden Felder benötigten Form erhoben, darf hier „nein“ angegeben werden.	64	Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor?
-	-	67	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	68	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
66	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer	69	Pflegepersonal
-	-	70	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig

-	-	71	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
67.2	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden	73	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	74	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
-	-	76	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	77	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
69	Reinigungskräfte	78	Reinigungspersonal
-	-	79	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	80	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
-	-	82	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	83	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
71.1	Mitarbeiter der Küche	84	Küchenpersonal
-	-	85	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig
-	-	86	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen			
73	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Jahr 2019 ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?	entfällt	entfällt
Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen			

-	-	88	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?
81	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?	89	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?
-	-	90	keine Normalstation vorhanden
82	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandswechsels durchgeführt?	91	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?
-	-	92	keine IMC/Aufwachstation vorhanden
83	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?	93	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?
-	-	94	Keine Intensivstation vorhanden
-	-	95	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?

-	-	96	Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst.
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene			
84	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?	entfällt	entfällt
85	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?	entfällt	entfällt
86	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?	entfällt	entfällt
87	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?	entfällt	entfällt
88	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?	entfällt	entfällt
89	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?	entfällt	entfällt