

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Ergänzung von Verfahren 2 (QS WI) um einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs–Dokumentationen und Anpassung von Fristen in Verfahren 1 (QS PCI)

Vom 15. Dezember 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 beschlossen, die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung / Qesü-RL) in der Fassung vom 19. April 2010 (BAnz. S. 3995), zuletzt geändert am 15. September 2016 (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie wird wie folgt geändert:
 1. In § 11 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Landesarbeitsgemeinschaften“ die Wörter „in den Jahren 2017 und 2018“ eingefügt und die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „30. Juni“ ersetzt.
 2. In § 14 Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch „übernehmen“ ersetzt und das Wort „übernehmen“ am Ende des Satzes gestrichen.
 3. In § 17 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Rückmeldeberichte“ die Wörter „in den Jahren 2017 und 2018“ eingefügt und die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „30. Juni“ ersetzt.
 4. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2016“ durch die Angabe „31. Dezember 2017“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 wird die Angabe „das Erfassungsjahr 2016“ durch die Angabe „die Erfassungsjahre 2016 und 2017“ ersetzt.
- II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen wird wie folgt geändert:
 2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 4 wird nach der Angabe „Buchstabe a“ die Angabe „und b“ eingefügt.

- b) In Absatz 1 Satz 6 wird nach dem Wort „stationär“ das Wort „und“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - c) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „Betracht, die“ die Wörter „stationär oder ambulant“ eingefügt.
3. Dem § 2 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Festlegung, welcher Eingriff als „Eingriff mit Implantat“ ausgewertet wird, ist den Rechenregeln gemäß § 8 zu entnehmen.“
4. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) Der Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:
 - aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung patientenbezogener Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erfolgt daher nicht.“
 - ab) Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Bei diesen Daten werden patientenbezogene Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und nach Pseudonymisierung zur Datenzusammenführung genutzt.“
 - ac) Satz 11 wie folgt gefasst:

„Das Verfahren wird auf der Grundlage zweier Vollerhebungen nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V für gegenüber der GKV erbrachte maßgebliche Operationen nach Buchstabe a und die Wundinfektionen nach Buchstabe b Anlage II durchgeführt.“
 - b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird für alle Leistungserbringer, die mindestens eine der nach § 1 Absatz 1 und 2 maßgeblichen Operationen in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres gegenüber der GKV erbracht haben, ermittelt. In einer Qualitätssicherungs-Dokumentation werden einmal jährlich einrichtungsbezogene Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 3 der Richtlinie der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe d und e) getrennt nach stationären oder ambulanten Leistungen erfasst.“
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Buchstabe a bis c“ durch die Angabe „Buchstabe a bis e“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „Diese“ durch die Wörter „Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe b und c“ ersetzt.
 - c) In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a, d und e beinhalten keine patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.“
 - d) Folgende Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) Für die Erhebung der nach § 3 Absatz 2 erforderlichen Daten stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich eine Dokumentationsverpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fest und informieren diese frühestmöglich über ihre Dokumentationsverpflichtung.

(4) Krankenhäuser sollen auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt oder -ärztin und Krankenhaus diesen für die Erfüllung der

Dokumentationspflicht der nach § 3 Absatz 2 zu erhebenden Daten die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation des Krankenhauses möglichst in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form zur Verfügung stellen. Gleiches gilt für die Erfüllung der Dokumentationspflicht ermächtigter Ärzte. § 12 Absatz 2 bleibt unberührt.“

6. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6 Datenflussverfahren

(1) Die Daten bezüglich der maßgeblichen Operationen nach § 1 werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 § 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt. Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und Anlage 1 § 3 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie gilt:

- a) Die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach Anlage II Buchstabe a werden von der Datenannahmestelle Krankenkasse auf Basis von Teil 1 § 13 Absatz 4 der Richtlinie direkt an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet, da keine Pseudonymerstellung durch die Vertrauensstelle erfolgt.
- b) Die einrichtungsbezogenen QS-Daten nach § 3 Absatz 2 werden direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können jeweils für Vertragsärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 Absatz 1 SGB V Anwendungen zur Erfassung und Übertragung von Daten der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation, z.B. webbasiert, zur Verfügung stellen. Das Verfahren nach Teil 1 § 13 Absatz 2 Satz 6 der Richtlinie kommt hierbei nicht zur Anwendung. Sofern nach Teil 1 § 22 der Richtlinie eine Finanzierung für die Aufgaben der Datenannahme durch die Datenannahmestelle vorgesehen ist, dürfen diese Finanzmittel nicht für die Finanzierung der Aufwände für die Bereitstellung und den Betrieb der Anwendungen nach Satz 1 verwendet werden.“

7. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a werden die Wörter „durch fallbezogene“ durch die Wörter „einer fallbezogenen“ ersetzt und die Angabe „(QS-Dokumentation)“ gestrichen.
- b) Der Aufzählung in Absatz 1 Satz 1 werden folgende Buchstaben c und d angefügt:
 - „c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für stationär operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe d)
 - d) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für ambulant operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe e).“
- c) Der Aufzählung in Absatz 2 Satz 2 wird folgender Buchstabe c angefügt:
 - „c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.“

8. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
 - „Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation.“
- b) In Absatz 2 wird nach dem Buchstaben b folgender Buchstabe c eingefügt:
 - „c) Auswertung der Indices zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation“.

- c) In Absatz 2 werden die bisherigen Buchstaben c bis g die Buchstaben d bis h.
9. § 11 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nach dem Wort „Landesarbeitsgemeinschaften“ werden die Wörter „in den Jahren 2018 und 2019“ eingefügt
 - b) Die Angabe „15. Juni“ wird durch die Angabe „30. Juni“ ersetzt.
10. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Grundsätzlich ist in das Stellungnahmeverfahren von am Krankenhaus vertragsärztlich tätigen Ärzten bzw. ermächtigten Ärzten das jeweilige Krankenhaus mit einzubeziehen. Gleichfalls sind die vertragsärztlich tätigen Belegärzte oder ermächtigten Ärzte bei Auffälligkeiten im jeweils kooperierenden Krankenhaus in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen. Dafür stellen die vertragsärztlich tätigen Belegärzte und die ermächtigten Ärzte bzw. die stationären Einrichtungen der LAG die notwendigen Informationen zur Verfügung.“
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Abweichend von Absatz 1 ist ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 nicht fristgerecht übermittelt wurden.“
 - c) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden Absätze 3 bis 6.
11. In § 14 Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch „übernehmen“ ersetzt und das Wort „übernehmen“ am Ende des Satzes gestrichen.
12. Dem § 16 wird folgender Absatz 3 angefügt:
- „(3) Datenlieferfrist für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation
- Die Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 an die entsprechenden Datenannahmestellen gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 1, 2 und 3 der Richtlinie. Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten bis zum 15. März mit einer Prüffrist der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter.“
13. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „jährliche Rückmeldeberichte“ die Wörter „in den Jahren 2018 und 2019“ eingefügt und die Angabe „15. Juni“ wird durch die Angabe „30. Juni“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Wort „Wundinfektionsindikatoren“ die Wörter „einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr,“ eingefügt.
 - c) In Absatz 1 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November zur Verfügung.“
 - d) In Absatz 4 Satz 2 werden vor dem Wort „Wundinfektionsindikatoren“ die Wörter „einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr,“ eingefügt.
14. § 19 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Spiegelstrich werden nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „sowie die Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte“ eingefügt.

b) Nach dem zweiten Spiegelstrich werden die folgenden drei Spiegelstriche eingefügt:

- „ - Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z.B. Belegärzte, ermächtigte Ärzte, Krankenhausstandorte)
- Ausgestaltung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation“

15. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20 Übergangsregelung

- (1) Von § 12 Absatz 2 kann im ersten Erfassungsjahr abgewichen werden.
- (2) Für das erste Erfassungsjahr der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation ist die Datenlieferfrist der Leistungserbringer gemäß § 16 Absatz 3 der 30. April des Folgejahres. Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten bis zum 15. Mai mit einer Prüffrist der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. Mai an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter.“

16. Anlage I: Indikatorenliste QS Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär) sowie des Händedesinfektionsmittelverbrauchs

Qualitätsdimension „Prozess“	
1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen
Indikator ID	13_A_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in stationären Einrichtungen eine autorisierte, interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt und mindestens einmal jährlich an das lokale bzw. hauseigene Erregerspektrum (inkl. Vorkommen von (multi-)resistenten Krankheitserregern/Resistenzlage) angepasst wird, sowie ob die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe mittels Checkliste strukturiert überprüft wird.
Qualitätsziel	Es soll eine, an das aktuelle lokale Erregerspektrum (inkl. Resistenzentwicklung) angepasste, Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt werden, die für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich ist und jährlich aktualisiert wird. Die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe soll anhand einer

	Checkliste strukturiert überprüft werden.
Indikator typ	Prozessindikator
2	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen
Indikator ID	14_A_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in ambulanten Einrichtungen eine autorisierten, interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt, die für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich ist und mindestens einmal jährlich an das lokale bzw. praxis-eigene Erregerspektrum (inkl. Vorkommen von (multi-)resistenten Krankheitserregern/Resistenzlage) angepasst wird, sowie ob deren Umsetzung mittels Checkliste strukturiert überprüft wird.
Qualitätsziel	Es soll eine, an das aktuelle lokale Erregerspektrum (inkl. Resistenzentwicklung) angepasste Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe entwickelt werden, die für alle ärztlichen Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung zugänglich ist und jährlich aktualisiert wird. Die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe soll anhand einer Checkliste strukturiert überprüft werden.
Indikator typ	Prozessindikator
3	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen
Indikator ID	16_A_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in stationären Einrichtungen eine autorisierte, interne Leitlinie zur initialen Antibiotikagabe bei Infektionen entwickelt, die mindestens einmal jährlich an das lokale bzw. hauseigene Erregerspektrum (inkl. Vorkommen von (multi-)resistenten Krankheitserregern/Resistenzlage) angepasst wird und für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich ist.
Qualitätsziel	Es soll eine, an das aktuelle lokale Erregerspektrum (inkl. Resistenzentwicklung) angepasste Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie entwickelt werden, die für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich ist und jährlich aktualisiert wird.
Indikator typ	Prozessindikator
4	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen

Indikator ID	17_A_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in ambulanten Einrichtungen eine autorisierte, interne Leitlinie zur initialen Antibiotikagabe bei Infektionen entwickelt wurde, die mindestens einmal jährlich an das lokale bzw. praxiseigene Erregerspektrum (inkl. Vor-kommen von (multi-)resistenten Krankheitserregern/Resistenzlage) angepasst wird und für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich ist.
Qualitätsziel	Es soll eine, an das aktuelle lokale Erregerspektrum (inkl. Resistenzentwicklung) angepasste Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie entwickelt werden, die für alle ärztlichen Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung zugänglich ist und jährlich aktualisiert wird.
Indikator typ	Prozessindikator
5	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff
Indikator ID	18
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob Einrichtungen bei zu operierenden Patienten eine Haarentfernung im Operationsgebiet mit den geeigneten Methoden durchführen. Eine geeignete Haarentfernung wird mittels Haarschneidemaschine oder Enthaarungsmittel durchgeführt.
Qualitätsziel	Es sollen Haarschneidemaschinen und Enthaarungscremes als Methoden zur präoperativen Haarentfernung im Operationsgebiet verwendet werden.
Indikator typ	Prozessindikator
6	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
Indikator ID	19
Beschreibung	Mit dem Indikator wird nach dem Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen stationärer Einrichtungen gefragt.
Qualitätsziel	Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen soll angemessen hoch sein.
Indikator typ	Prozessindikator
7	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen
Indikator ID	20

Beschreibung	Mit dem Indikator wird nach dem Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel auf Allgemeinstationen stationärer Einrichtungen gefragt.
Qualitätsziel	Der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln auf Allgemeinstationen soll angemessen hoch sein.
Indikator typ	Prozessindikator
8	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ
Indikator ID	21
Beschreibung	Mit dem Indikator wird nach dem Verbrauch alkoholischer Desinfektionsmittel zur hygienischen Händedesinfektion in ambulant operierenden Praxen und MVZ gefragt.
Qualitätsziel	Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln in ambulanten operativen Praxen und MVZ soll angemessen hoch sein.
Indikator typ	Prozessindikator
9	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
Indikator ID	40_A_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob validierte Verfahren zur Sterilgutaufbereitung Anwendung finden, die den Anforderungen der KRINKO- und BfArM-Empfehlung entsprechen.
Qualitätsziel	Es sollen validierte Verfahren zur Sterilgutaufbereitung Anwendung finden.
Indikator typ	Prozessindikator
10	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
Indikator ID	42_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in ambulanten und in stationären Einrichtungen, in denen Tracer-Eingriffe durchgeführt werden, eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes entwickelt und autorisiert wurde, und für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter im OP-Bereich zugänglich ist.
Qualitätsziel	Es soll eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes entwickelt werden, die gemäß den aktuell gültigen

	Leitlinienempfehlungen aktualisiert wird und in allen OP-Bereichen einer stationären bzw. ambulanten Einrichtung für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich ist.
Indikator typ	Prozessindikator
11	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
Indikator ID	43_a
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in ambulanten und in stationären Einrichtungen, in denen Tracer-Eingriffe durchgeführt werden, eine Arbeitsanweisung zur Wundversorgung entwickelt und durch die Geschäftsführung/Hygienekommission bzw. den Praxisinhaber autorisiert wurde, die gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wird und für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter operativer Fachabteilungen zugänglich ist.
Qualitätsziel	Es soll eine Arbeitsanweisung zur Wundversorgung entwickelt werden, die gemäß den aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wird und in allen operativen Fachabteilungen einer stationären bzw. ambulanten Einrichtung für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich ist.
Indikator typ	Prozessindikator
12	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
Indikator ID	44_A
Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele ärztliche Mitarbeiter an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zur aktuellen (lokalen, regionalen und/oder überregionalen) Antibiotikaresistenzlage und Antibiotikatherapie teilgenommen haben.
Qualitätsziel	Es sollen alle ärztliche Mitarbeiter einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zur aktuellen (lokalen, regionalen und/oder überregionalen) Antibiotikaresistenzlage und Antibiotikatherapie teilnehmen.
Indikator typ	Prozessindikator
13	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
Indikator ID	45_a

Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele Mitarbeiter an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilgenommen haben.
Qualitätsziel	Es sollen alle Mitarbeiter einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilnehmen.
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
Indikator ID	47_a
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob stationäre oder ambulante Einrichtungen umfassende schriftliche Informationen zur Hygiene an Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) weiter geben.
Qualitätsziel	In stationären und ambulanten Einrichtungen sollen umfassende schriftliche Informationen mit definierten Inhalten zur Hygiene an Patienten mit MRSA-Besiedlung/Infektion weitergegeben werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
15	Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen
Indikator ID	50_a_a
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob in ambulant operierenden Einrichtungen, in denen Patienten einen Tracer-Eingriff erhalten, ein Konzept zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement vorliegt.
Qualitätsziel	In Einrichtungen, in denen ambulante Tracer-Eingriffe durchgeführt werden, soll ein Konzept zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement der Patienten vorliegen.
Indikatortyp	Prozessindikator
16	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen
Indikator ID	50_a_b
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob in stationären Einrichtungen, in denen Patienten einen Tracer-Eingriff erhalten, ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement vorliegt, der durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion freigegeben ist und regelmäßig

	aktualisiert wird.
Qualitätsziel	In Einrichtungen, in denen Tracer-Eingriffe durchgeführt werden, soll ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement der Patienten vorliegen.
Indikator typ	Prozessindikator
17	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in stationären Einrichtungen
Indikator ID	52_b
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in stationären Einrichtungen Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Anwendung bestehender Leitlinien und Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen durchgeführt werden und ob deren Ergebnisse im Rahmen der Hygienekommission bewertet sowie entsprechende Maßnahmen dokumentiert und abgeleitet werden.
Qualitätsziel	Es sollen in stationären Einrichtungen häufig Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Anwendung bestehender Leitlinien und Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen durchgeführt werden.
Indikator typ	Prozessindikator
18	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen
Indikator ID	53_A
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in ambulant operierenden Einrichtungen Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Anwendung bestehender Leitlinien und Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen durchgeführt werden und ob deren Ergebnisse durch den Praxisinhaber bewertet sowie entsprechende Maßnahmen dokumentiert und abgeleitet werden.
Qualitätsziel	Der Indikator erhebt, ob in ambulant operierenden Einrichtungen Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Anwendung bestehender Leitlinien und Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen durchgeführt werden und ob deren Ergebnisse durch den Praxisinhaber bewertet sowie entsprechende Maßnahmen dokumentiert und abgeleitet werden.
Indikator typ	Prozessindikator
19	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der

Hygiene	
Indikator ID	54
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob die QS-Daten zu postoperativen Wundinfektionen in Einrichtungen analysiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene abgeleitet werden.
Qualitätsziel	Es soll ein multimodales Vorgehen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene in den stationären und ambulanten Einrichtungen angewendet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator“

17. Die Überschrift der Anlage II wird wie folgt gefasst: „Anlage II: Erforderlichkeit der Daten und Exportfelder“.

18. Anlage II Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

**„d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation
(Stationäre Einrichtungen)**

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Technische und anwen-dungs-bezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)			X
2.	Vorgangsnummer	X		X
3.	Versionsnummer			X
4.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
5.	Modulbezeichnung			X
6.	Teildatensatz oder Bogen			X
7.	Dokumentationsabschlussdatum			X
8.	Status des Leistungserbringers			X
9.	Gelten für die belegärztlichen stationären Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das			X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Hygiene- und Infektionsmanagement?			
10.	Institutionskennzeichen	X	X	X
11.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
12.	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X
13.	lebenslange Arztnummer	X	X	X
14.	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Erfassungsjahr in Ihrem gesamten Krankenhaus?		X	X
15.	Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?			X
16.	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
17.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		X	X
18.	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
19.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?		X	X
20.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Antibiotikaprohylaxe?			
21.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprohylaxe thematisiert?		X	
22.	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
23.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprohylaxe thematisiert?		X	
24.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
25.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
26.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?		X	
27.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprohylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Checkliste strukturiert überprüft?			
28.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
29.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	
30.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
31.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
32.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
33.	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu einen Rasierer?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
34.	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu eine Schere?		X	
35.	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu einen Haarschneider (Clipper)?		X	
36.	Wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist: Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme?		X	
37.	Ist in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?		X	
38.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
41.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?		X	X
42.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	Wurden für alle in der Anlage		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?			
45.	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
46.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
47.	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
48.	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 Erfassungsjahres?		X	
49.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
50.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
51.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
52.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
53.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
54.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
55.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
56.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
57.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
58.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
59.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	OPFeldes]			
60.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?		X	
61.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?		X	
62.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
63.	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
64.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
65.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
66.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
67.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
68.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
69.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
70.	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
71.	Daten wurden nicht erhoben		X	X
72.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/ einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	
73.	Ärzte		X	
74.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
75.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
76.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht		X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	vorhanden			
77.	medizinische Fachangestellte		X	
78.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
79.	Reinigungskräfte		X	
80.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
81.	Mitarbeiter der Küche		X	
82.	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden		X	X
83.	Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
84.	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?		X	
85.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
86.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
87.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
88.	Ist darin die Information der		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?			
89.	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
90.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen]		X	
91.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion?		X	
92.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?		X	
93.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandwechsels durchgeführt?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?		X	
95.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance weitere		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?			
100.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus zur Förderung der Compliance eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

19. Der Anlage II wird folgender Buchstabe e angefügt:

„e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Ambulante Einrichtungen)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
2.	Vorgangsnummer	X		X
3.	Versionsnummer			X
4.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
5.	Modulbezeichnung			X
6.	Teildatensatz oder Bogen			X
7.	Dokumentationsabschlussdatum			X
8.	Status des Leistungserbringers	X		X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9.	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
10.	Betreiben Sie einen eigenen OP?	X		X
11.	Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
12.	Institutionskennzeichen	X	X	X
13.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
14.	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X
15.	lebenslange Arztnummer	X	X	X
16.	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?		X	X
17.	Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?		X	X
18.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?		X	X
19.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe?		X	
20.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe thematisiert?		X	
21.	Werden darin die zu		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?			
22.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?		X	
23.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
24.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
25.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
26.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
27.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	stichprobenartig ausgewertet?			
28.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	
29.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
30.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
31.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
32.	Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt?		X	X
33.	Nutzen Sie dazu einen Rasierer?		X	
34.	Nutzen Sie dazu eine Schere?		X	
35.	Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?		X	
36.	Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37.	Ist in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte eine schriftliche Risikoeinstufung erfolgt?		X	
38.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
41.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X
42.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	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?		X	
45.	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
46.	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?		X	
47.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
48.	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
49.	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 Erfassungsjahres?		X	
50.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?		X	X
51.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?		X	X
52.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?		X	X
53.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
54.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
55.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
56.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
57.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
58.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
59.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
60.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
61.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
62.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
63.	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
64.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?		X	
65.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
66.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
67.	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
68.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
69.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
70.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
71.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
72.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
73.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?		X	
74.	Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?			
75.	Daten wurden nicht erhoben		X	X
76.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	
77.	Ärzte		X	
78.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
79.	examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden		X	X
80.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
81.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
82.	medizinische Fachangestellte		X	
83.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
84.	Reinigungskräfte		X	
85.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
86.	Halten Sie in Ihrer Einrichtung ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?			
87.	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?		X	
88.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
89.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
90.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
91.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?		X	
92.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?		X	
93.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?			
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandswechsels durchgeführt?		X	
95.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Technische und anwen-dungs-bezogene Gründe
	zur Förderung der Compliance weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?			
100.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X“	

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Dezember 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken