

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2018

Vom 15. Juni 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Juni 2017 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 20. April 2017 (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

I. Teil 1: Rahmenbestimmungen der Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 15 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Krankenhäuser für alle“ das Wort „behandelten“ eingefügt und werden die Wörter „am QS-Verfahren beteiligten Privatpatientinnen und Privatpatienten und“ gestrichen.
- b) Der bisherige Satz 2 wird durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt:
„Diese Aufstellung wird gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt. Die jeweilige KV/KZV erstellt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 1 Abs. 4 Nr. 2 eine Aufstellung gemäß dem in der Spezifikation vorgegebenen bundeseinheitlichen Format für die im Rahmen von Kollektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht und übermittelt diese an die jeweilige DAS, auch wenn die KV die Funktion der DAS selbst ausübt.“

2. § 15 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Aufstellung“ die Wörter „nach Absatz 2 Satz 1“ eingefügt und nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „nach Absatz 2“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Datenannahmestelle informiert die Bundesauswertungsstelle über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.“

3. § 15 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird vor dem Wort „Datenannahmestelle“ das Wort „jeweilige“ eingefügt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 ist in dieser Bescheinigung zu vermerken, ob sie ihren Berichtspflichten sowie ihrer Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 3 fristgerecht nachgekommen sind.“

- c) In Satz 3 wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
- d) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 3 ist in dieser Bescheinigung die für sie von der jeweiligen Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) zu vermerken.“

- 4. Dem § 15 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 Satz 3, Satz 5 bzw. Satz 7 und Satz 8 übermitteln mindestens einmal jährlich in elektronischer Form gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format eine Aufstellung an die Bundesauswertungsstelle, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer und Erfassungsjahr zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß Absatz 2 hervorgeht.“

- II. Die Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. Für die Pseudonymisierung nutzen die Datenannahmestellen nach § 9 der Richtlinie das vom Institut nach § 137a SGB V vorgeschlagene Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, welches sicherstellt, dass die Datenannahmestellen den gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils das gleiche Pseudonym zuordnen. Die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 8 (Vertrauensstelle) und Satz 9 (DAS-KK) der Richtlinie nutzen die öffentlichen Schlüssel der systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung die ihnen auf Anfrage von den Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV), Satz 3 (LQS/LKG) und Satz 5 bzw. Satz 7 (LAG) der Richtlinie übermittelt werden. Abweichend von Satz 1 legen die themenspezifischen Bestimmungen fest, ob die Datenannahmestelle für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 9 Absatz 1 Satz 9 der Richtlinie die leistungserbringeridentifizierenden Daten pseudonymisieren oder anonymisieren soll. Die Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 9 der Richtlinie ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassen-Pseudonym, sofern in den themenspezifischen Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.“

- III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie wird wie folgt geändert:

- 1. In § 10 Absatz 2 wird Buchstabe h) wie folgt gefasst:

„Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden. Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.“

- 2. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.“

b) Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 5 bzw. Satz 7 und Satz 8 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundeswertungsstelle weiter.“

3. Anlage II Buchstabe a) wird wie folgt gefasst

„a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer [Basis]	X			X
3	Versionsnummer [Basis]				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	X
9	Art der Leistungserbringung	X	X	X	X
10	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
12	GKV-Versichertenstatus ²	X			X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X	X	X
14	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.				X
15	Institutionskennzeichen	X	X	X	
16	entlassender Standort	X	X	X	X
17	behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X	X	
18	Fachabteilung	X	X	X	

¹ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Versichertenart“ und „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Die „Versichertenart“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „Versichertenart“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X	
21	lebenslange Arztnummer ⁴	X			
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵		X	X	
23	Geburtsjahr ⁶		X	X	
24	Geschlecht		X	X	
25	Aufnahmedatum (stationär)	X	X	X	
26	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	
27	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
28	akutes Koronarsyndrom		X	X	X
29	stabile Angina pectoris		X	X	
30	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung)		X	X	
31	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
32	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
33	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
34	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X	X	
35	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X
36	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	
37	postprozedurale Transfusion		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Transfusion		X	X	
39	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
40	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	
41	Entlassungsdatum	X		X	
42	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ⁷			X	
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
44	Vorgangsnummer [Prozedur]	X			X
45	Versionsnummer [Prozedur]				X

⁴ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
46	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?		X	X	X
47	Datum der Prozedur	X	X		X
48	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁸		X	X	
49	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
50	kardiogener Schock		X	X	
51	Art der Prozedur		X	X	X
52	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	X
53	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
54	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
55	Nierenfunktion gemessen		X	X	
56	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
57	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
58	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
59	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X
60	<ul style="list-style-type: none"> • koronarer Verschluss • TIA/Schlaganfall • Exitus im Herzkatheterlabor • sonstige 		X	X	
61	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X
62	Vorgangsnummer [Koronarangiographie]	X			X
63	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
64	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
65	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
66	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
67	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁹	X		X	X
68	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
69	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X
70	Vorgangsnummer [PCI]	X			X

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
71	Versionsnummer [PCI]				X
72	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
73	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
74	Indikation zur PCI		X	X	X
75	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	X
76	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	X
77	<ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA 		X	X	
78	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
79	<ul style="list-style-type: none"> • PCI am kompletten Gefäßverschluss • PCI eines Koronarbypasses • PCI am ungeschützten Hauptstamm • PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA • PCI am letzten verbliebenen Gefäß • PCI an einer In-Stent-Stenose • sonstige 		X	X	
80	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
81	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
82	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
83	Door-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
84	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	
85	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
86	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	

“

IV. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 werden nach dem Wort „stattfind“, die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ eingefügt.
2. In § 6 Absatz 2 Satz 2 wird nach dem Wort „gemäß“ die Angabe „Teil 1“ eingefügt und nach der Angabe „Satz 2“ werden die Wörter „der Richtlinie“ eingefügt.
3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Korrekturfrist“ die Wörter „an die jeweilige Datenannahmestelle“ eingefügt.
 - b) Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 5 bzw. Satz 7 und Satz 8 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundeswertungsstelle weiter.“

4. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe c) wird wie folgt gefasst:

„c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

Lfd. Nr.	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene 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	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X	X	X
9	GKV-Versichertenstatus ³	X			X
10	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ⁴	X	X	X	X
11	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.				X
12	Institutionskennzeichen	X	X	X	
13	entlassender Standort				X
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
15	Quartal des Aufnahmetages	X	X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	
17	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	

¹ Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Versichertenart“ und „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Die „Versichertenart“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, die Versichertenart, den besonderen Personenkreis und die eGK-Versichertennummer die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Geburtsdatum und das Aufnahmedatum ins Krankenhaus die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Geburtsdatum die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das Geburtsdatum wird nicht exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Geschlecht		X	X	
19	auslösende ICD-Kodes ⁷	X	X	X	
20	auslösende OPS-Kodes ⁸	X	X	X	
21	Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion/Surgical Site Infection)?	X	X	X	
22	Datum der Diagnose der Wundinfektion	X	X	X	
23	Wundinfektionstiefe	X	X	X	
24	Wurde eine postoperative, mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?	X	X	X	
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			X

„

b) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:

„d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Stationäre Einrichtungen)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene 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
9.	Gelten für die belegärztlichen stationären Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
10.	Institutionskennzeichen	X	X	X
11.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X

⁷ Diese Information wird über die vorliegenden ICD-Kodes ermittelt.

⁸ Diese Information wird über die vorliegenden OPS-Kodes ermittelt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
12.	Nebenbetriebsstättennummer ¹	X	X	X
13.	lebenslange Arztnummer ²	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 Antibiotikaprophylaxe?		X	
21.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
24.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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		X	

¹ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

² Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen]			
26.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?		X	
27.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
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.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Rasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
34.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
35.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
36.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
37.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?			
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 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		X	
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	
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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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 OPFeldes]		X	
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? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
69.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arznei mittelkommission? [Entwicklung und		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
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 vorhanden		X	X
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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
87.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
88.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?		X	
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	
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?		X	
95.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
98.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

“

c) Buchstabe e) wird wie folgt gefasst:

„e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Ambulante Einrichtungen)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene 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
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 ¹	X	X	X

¹ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
15.	lebenslange Arztnummer ²	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 verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
22.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprofylaxe thematisiert?		X	
23.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
27.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	

² Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?		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	
37.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte 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“		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?			
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	
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	
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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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 Verbandswechsel?		X	
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 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
75.	Daten wurden nicht erhoben			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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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 das MRSA- Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
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 Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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 eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung 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 eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

“

V. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

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

Berlin, den 15. Juni 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken