

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Verfahrens 2 (QS WI): Änderungen in § 20 (Aussetzung), Anlage I sowie Anlage II (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2021)

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Für das Erfassungsjahr 2020 wird die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 2 (**Anlage II Buchstaben d und e**) für alle Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen ausgesetzt. Für das Erfassungsjahr 2021 wird die fallbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe b (**Anlage II Buchstabe c**) für die Krankenhäuser ausgesetzt. Ebenso werden für 2021 die Sozialdatenlieferungen gemäß § 3 Absatz 1 Buchstaben a und b (**Anlage II Buchstaben a und b**), die sich auf das Erfassungsjahr 2021 beziehen, ausgesetzt.

Aufgrund dessen verlängert sich der Zeitraum der Erprobung gemäß § 19 um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2022.“

3. Die Anlage I Buchstabe b „Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär)“ wird wie folgt geändert:
 - a) Im QI Nummer 1 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ wird in der Beschreibung der letzte Spiegelstrich „- Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement“ durch „- Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der ambulanten Versorgung“ ersetzt.
 - b) Im QI Nummer 2 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ wird in der Beschreibung der letzte Spiegelstrich „- Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement“ durch „- Durchführung vom Compliance-Überprüfungen in der stationären Versorgung“ ersetzt.

4. Anlage II Buchstaben d und e werden wie folgt gefasst:

„d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|---|---|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber-echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | X |
| 9 | Status des Leistungserbringers | | | X |
| 10 | Institutionskennzeichen | X | | X |
| 11 | Betriebsstättennummer | X | X | X |
| 12 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? | | X | X |
| 13 | Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | X | |
| 14 | Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | | X | |
| 15 | Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | X | |
| 16 | Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung] | | X | |
| 17 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung] | | | |
| 18 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung] | | X | |
| 19 | Wird der Zeitpunkt der Antibiotikaprofylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung] | | X | X |
| 20 | Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | X | |
| 21 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? | | X | X |
| 22 | Kann jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 23 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 24 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 25 | Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? | | | X |
| 26 | Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? | | X | |
| 27 | Wurde dazu eine Schere genutzt? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 28 | Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? | | X | |
| 29 | Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? | | X | |
| 30 | Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? | | X | |
| 31 | Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? | | X | X |
| 32 | Lag im Jahr ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? | | X | X |
| 33 | 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 | X |
| 34 | Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? | | X | |
| 35 | Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? | | X | X |
| 36 | Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | X | |
| 37 | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 38 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 39 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 40 | Siegelnahtgerät nicht vorhanden | | X | X |
| 41 | Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|---|--|
| | | Daten für die Einrichtungs- identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| 42 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 43 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 44 | Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | | X | |
| 45 | Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? | | X | |
| 46 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? | | X | X |
| 47 | Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | | X | |
| 48 | Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | | X | |
| 49 | Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | | X | |
| 50 | Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 51 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | X | |
| 52 | Galt im gesamten Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? | | X | X |
| 53 | Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | | X | |
| 54 | Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? | | X | |
| 55 | Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | | X | |
| 56 | Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 57 | Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | | X | |
| 58 | Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 59 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 60 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 61 | Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben? | | X | |
| 62 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 63 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 64 | Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? | | X | X |
| 65 | Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 66 | Ärzte | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | | |
| 67 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 68 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 69 | Pflegepersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 70 | Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 71 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 72 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 73 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 74 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 75 | Medizinische Fachangestellte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 76 | Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 77 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | | |
| 78 | Reinigungspersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 79 | Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 80 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 81 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 82 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 83 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 84 | Küchenpersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 85 | Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 86 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 87 | Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 88 | Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? | | X | X |
| 89 | Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | X | |
| 90 | keine Normalstation vorhanden | | X | X |
| 91 | Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | X | |
| 92 | keine IMC/Aufwachstation vorhanden | | X | X |
| 93 | Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | X | |
| 94 | keine Intensivstation vorhanden | | X | X |
| 95 | Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? | | X | |
| 96 | Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst | | X | X |

e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | X |
| 9 | Status des Leistungserbringers | X | | X |
| 10 | Grundlage der Leistungserbringung | X | | X |
| 11 | Institutionskennzeichen | X | | X |
| 12 | Betriebsstättennummer | X | X | X |
| 13 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 14 | Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 15 | Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 16 | Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | | |
| 17 | Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 18 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres ? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 19 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 20 | Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 21 | Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 22 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 23 | Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| | [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-therapie in der ambulanten Versorgung] | | | |
| 24 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres ? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-therapie in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 25 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 26 | Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | X |
| 27 | Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 28 | Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 29 | Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 30 | Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 31 | Wurde ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | | X |
| 32 | Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen verwendeten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 33 | Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der | | X | X |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| | Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | | |
| 34 | Lag ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/h vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 35 | 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? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 36 | Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 37 | Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 38 | Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 39 | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 40 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 41 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt? | | X | X |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|---|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | | |
| 42 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 43 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 44 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt? Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 45 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 46 | Waren die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 47 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 48 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 49 | Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| 50 | Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 51 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | X |
| 52 | Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 53 | Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 54 | Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 55 | Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 56 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 57 | Galt im gesamten Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | X |
| 58 | Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 59 | Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| | [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | | |
| 60 | Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 61 | Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 62 | Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 63 | Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 64 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 65 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 66 | Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| 67 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 68 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 69 | Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 70 | Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 71 | Ärzte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 72 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 73 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 74 | Pflegepersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 75 | Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 76 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 77 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes | | X | |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|---|---|---|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung | Technische und anwendungs- bezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | | |
| 78 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 79 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 80 | Medizinische Fachangestellte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 81 | Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 82 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 83 | Reinigungspersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 84 | Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 85 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 86 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 87 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 88 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | X | X |

| Lfd. Nr.r | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|-----------|--|---|---|--|
| | | Daten für die Einrichtungs-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber-echnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | | |
| 89 | Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion] | | X | |
| 90 | Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der ambulanten Versorgung] | | X | |

“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2021 in Kraft.

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

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken