

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET

Vom 15. Dezember 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) wird wie folgt geändert:
 1. In § 4 Absatz 1 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
 2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet.“
 3. § 10 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ werden durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
 - b) Dem Wortlaut des Buchstaben b werden die Wörter „für ihre kollektivvertraglichen Leistungen“ vorangestellt.
 - c) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,“
 4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.

- b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
 - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
 - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
 - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
5. In § 17 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
6. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2021“ die Angabe „und 2022“ eingefügt.
- II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 1 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Rückmeldebericht“ das Wort „(Gesamtauswertung)“ eingefügt.
3. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
 - dd) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
 - ee) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
 - ff) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ und die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
 - dd) In Satz 4 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
4. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
5. Anlage I Tabelle Buchstabe a wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Nicht-Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 30 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 90 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - c) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Nicht-Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 30 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - d) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 90 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - e) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Nicht-Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 30 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - f) In Nummer 6 werden nach dem Wort „Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 90 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - g) In Nummer 7 werden nach dem Wort „Nicht-Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 30 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - h) In Nummer 8 werden nach dem Wort „Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 90 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - i) In Nummer 9 werden nach dem Wort „Nicht-Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 30 Tage Follow-up“ eingefügt.
 - j) In Nummer 10 werden nach dem Wort „Implantat-Operationen“ die Wörter „, bis zu 90 Tage Follow-up“ eingefügt.
6. Die Anlage II wird wie folgt geändert:
- a) Buchstabe d wird 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 (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
10	Institutionskennzeichen	X		X
11	Betriebsstättennummer	X	X	X
12	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	X
13	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
14	Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der		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
	lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]			
15	Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]		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 Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]		X	
18	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]		X	
19	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?		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
	[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]			
20	Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]		X	
21	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	X
22	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie 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 Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
24	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		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
25	Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]			X
26	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
27	Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
28	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
29	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
30	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
31	Übernahmen im Jahr ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		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? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		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
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? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
34	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	
35	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
36	Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
37	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	
38	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der		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
	Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]			
39	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		X	
40	Siegelnahtgerät nicht vorhanden [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		X	X
41	Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		X	
42	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		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? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		X	
44	Wurden 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 Indikator- oder Kennzahlber- echnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]			
45	Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP- Materialien]		X	
46	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	X
47	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
48	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
49	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	[Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]			
52	Galt im Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	X
53	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
54	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
55	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
56	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		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
57	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	
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 viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
62	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen?		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 Antibiotikaresistenzlage und -therapie]			
63	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
64	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
65	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
66	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
67	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
68	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig		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]			
69	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
70	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
71	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
72	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
73	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
74	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch- technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig?		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]			
75	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch- technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
76	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes 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 [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
78	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
79	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		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
80	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
81	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
82	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
83	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [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 Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
86	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig?		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]			
87	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
88	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
89	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
90	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
91	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		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
92	Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
93	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
94	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? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]		X	
95	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? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
96	Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
97	Wie viele Normalstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden?		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
	[Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
98	keine Normalstation vorhanden [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
99	Auf wie vielen Normalstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
100	Wie viele IMC/Aufwachstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
101	keine IMC/Aufwachstation vorhanden [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
102	Auf wie vielen IMC/Aufwachstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
103	Wie viele Intensivstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
104	keine Intensivstation vorhanden		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
	[Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
105	Auf wie vielen Intensivstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
106	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
107	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
108	Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst. [Durchführung von Compliance- Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X

“

b) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene 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 Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	X
14	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		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
15	Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
16	Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
17	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung 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 Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
19	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
20	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten		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
	Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]			
21	Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
22	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	X
23	Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
24	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
25	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		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
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 im Jahr 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 genutzten 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 Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
34	Lag ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und		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
	Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
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?		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
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
41	Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
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? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
46	Wurden 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?		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
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
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	
50	Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
51	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlber- echnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
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 Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [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? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
60	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		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
	[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
61	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage 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 viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		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]			
67	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und - therapie" teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	
68	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
69	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
70	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
71	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
72	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik		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
	„Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
73	Ärztliches Personal 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	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
76	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
77	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
78	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]			
79	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch- technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
80	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch- technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
81	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes 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 Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
83	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
84	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik		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
	„Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
85	Medizinische Fachangestellte 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	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
88	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
89	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
90	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]			
91	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
92	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
93	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP- Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
94	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
95	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? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen		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
	- Risiken der MRSA-Besiedlung/Infektion für Kontaktpersonen - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate - Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandelnden Einrichtung [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]			
96	Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung]		X	

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 wird die Angabe „13 Jahre“ durch die Angabe „12 Jahre“ und das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 9 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
 „Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet.“
3. § 10 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ werden durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
 - b) Dem Wortlaut des Buchstaben b werden die Wörter „für ihre kollektivvertraglichen Leistungen“ vorangestellt.
 - c) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:
 „c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,“

4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
 - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
 - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
 - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
 - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
5. In § 17 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
6. In § 18 Satz 2 werden die Wörter „des zweiten Erfassungsjahres des Verfahrens“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2023 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 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken