



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie
und Nachsorge der Sepsis - Machbarkeitsprüfung zur
Veröffentlichung

Vom 16. November 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. November 2023 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“*. *Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 16. November 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Machbarkeitsprüfung

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht

Ansprechperson Stefanie Erckenbrecht

Datum der Abgabe 30. Juni 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Diagnostik,
Therapie und Nachsorge der Sepsis. Teil B

Datum des Auftrags 16. Juli 2020

Kurzfassung

Hintergrund

Am 16. Juli 2020 wurde das IQTIG mit der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ beauftragt. Die Beauftragung beinhaltet die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren und den notwendigen Dokumentationsvorgaben (Teil A) sowie eine Machbarkeitsprüfung (Teil B). Grundlage hierfür war der am 13. Dezember 2019 vorgelegte Abschlussbericht zur Konzeptstudie mit dem darin erarbeiteten Qualitätsmodell (IQTIG 2019). Teil A, der Abschlussbericht zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a), wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 31. Mai 2022 vorgelegt und am 20. Oktober 2022 durch das Plenum des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben.

Ziel des QS-Verfahrens ist die Messung und vergleichende Darstellung patientenrelevanter Qualitätsaspekte der Sepsis, um eine Reduzierung der Mortalität, der neu auftretenden Morbidität und der Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis zu erreichen. Darüber hinaus soll das zukünftige QS-Verfahren geeignet sein, die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der stationären Leistungserbringung inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen einrichtungsvergleichend abzubilden.

Auftrag und Auftragsverständnis

Die Beauftragung des G-BA 2020 umfasst eine Machbarkeitsprüfung. Da diese in der Beauftragung nicht weiter ausgeführt wird, richtet sich die Durchführung an den Methodischen Grundlagen des IQTIG, Version 2.0 (IQTIG 2022e) aus. Die Machbarkeitsprüfung umfasst die Erprobung der drei fall- und vier einrichtungsbezogenen dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren aus dem Indikatorenset V1.1, welches im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c) erarbeitet wurde. Sozialdatenbasierte Indikatoren und Kennzahlen sowie die Festlegung der Details der Berechnung von Konfidenzintervallen sind nicht Teil der Machbarkeitsprüfung. Die Beauftragung umfasst insbesondere die Prüfung und Optimierung der Funktionalität und Anschlussfähigkeit des QS-Filters, möglicher Unschärfen der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren, der Dokumentationsprobleme und Rechenregeln sowie die Abschätzung des Dokumentationsaufwandes und des Nutzens des QS-Verfahrens.

Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung

Bevor die *einrichtungsbezogenen und fallbezogenen* Dokumentationsbögen in der Feldphase getestet wurden, wurden die Datenfelder mit Hinblick auf Unschärfen und vermeidbare Aufwände durchgesehen und ggf. angepasst. Für die Probedokumentation wurden deutschlandweit 15 Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 340 und 1.900 Betten sowie einer Sepsisfallzahl zwischen 80 und 2.400 Fällen mit Entlassung im Jahr 2021 rekrutiert. Die Fallauswahl für die Pro-

bedokumentation erfolgte mittels einer stark reduzierten Version des QS-Filters, in Form von vordefinierten Kodekombinationen, anhand derer bereits abgeschlossene, anonymisierte Originalfälle mit Entlassung aus dem Jahr 2021 ausgewählt wurden. Es sollten mindestens 30 volljährige Sepsisfälle pro teilnehmendem Krankenhaus dokumentiert werden. Es liegen Angaben von 15 Leistungserbringern zu einrichtungsbezogenen Auswertungen und von 14 Leistungserbringern zu fallbezogenen Dokumentationen vor.¹ Insgesamt wurden 422 Sepsisfälle für die Machbarkeitsprüfung vollständig dokumentiert. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich aufgrund der Stichprobengröße und der freiwilligen Teilnahme nicht um ein repräsentatives Abbild der stationären Versorgungslandschaft.

Die Dokumentationsbögen wurden für die Probedokumentation in der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey programmiert. Neben den eigentlichen Datenfeldern enthielten diese Dokumentationsbögen Zusatzfelder, in denen Anmerkungen zu den Datenfeldern, wie z. B. Hinweise zur Verständlichkeit der Formulierungen, eingegeben werden konnten. Der Dokumentationszeitraum lag zwischen September und November 2022. Mit allen teilnehmenden Einrichtungen, die eine vollständige Dokumentation vorgenommen haben, wurden Nachbefragungen mittels halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Dabei wurden Fragen zum Zeitaufwand, als Abschätzung in Minuten sowie mittels einer Ordinalskala, zur Verständlichkeit und Praktikabilität sowie übergeordnete und individuelle Nachfragen gestellt, die zur Weiterentwicklung und Überarbeitung der Datenfelder genutzt wurden. Die Nachbefragungen wurden zwischen Oktober und Dezember 2022 durchgeführt. Die quantitativen Daten aus der Probedokumentation wurden ausgewertet und die Ergebnisse wurden den teilnehmenden Leistungserbringern in Form von Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt.

Am 1. März 2023 fand eine Online-Videokonferenz mit den Expertinnen und Experten statt, die bereits bei der Indikatorenentwicklung beraten hatten. Dort wurden die aggregierten Ergebnisse aus der Probedokumentation und den Nachbesprechungen sowie die daraus abgeleiteten Änderungsvorschläge vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert. Die aus der Beratung resultierten Erkenntnisse wurden für die weitere Überarbeitung der Dokumentationsinstrumente und des Berichtes berücksichtigt.

Ergebnisse

Auf Basis der qualitativen Rückmeldungen der Leistungserbringer, den quantitativen Angaben der Probedokumentation und der Diskussion im Expertengremium wurde das Indikatorenset V1.1 überarbeitet. Bei den vier einrichtungsbezogenen Indikatoren kommen wenige Datenfelder hinzu, wobei gleichzeitig der Dokumentationsaufwand reduziert werden konnte. Dies gelang zum einen dadurch, dass bei den Indikatoren eine Angleichung einzelner Erhebungen an den Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb) erfolgte und zum anderen, weil die Zielsetzungen der Indikatoren

¹ Dies war dadurch bedingt, dass eine teilnehmende Einrichtung aufgrund interner Erfordernisse keine fallbezogene Dokumentation durchführen konnte.

präzisiert wurden. So wurde zum Beispiel aus dem Indikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ die Untieranforderung nach einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Legung eines zentralvenösen Gefäßkatheters (ZVK) gestrichen, sodass nur noch zwei Untieranforderungen, nämlich Schulungen zur Anlage eines ZVK und die Durchführung von Audits, als hinreichend zur Erfüllung des Indikators gelten. Der Dokumentationsbogen für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht nun aus 49 Datenfeldern², die zur Berechnung der vier Qualitätsindikatoren genutzt werden und einmal jährlich zu dokumentieren sind. Bei den fallbezogenen Indikatoren bleibt der Schwerpunkt das Erkennen und Diagnostizieren einer Sepsis als entscheidender Teil der Versorgung. Auch hier konnte mithilfe der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung eine deutliche Verbesserung in der Präzisierung der Datenfeldstruktur erreicht werden. Die Machbarkeitsprüfung bestätigte im Dialog mit den Leistungserbringern nochmals die Relevanz zentraler Elemente der Qualitätsförderung, wie zum Beispiel die Erfassung des Datums der Sepsisdiagnose oder auch, dass bezüglich der geforderten Messinstrumente für den Indikator zum Screening die Förderung der „Forschung“ und Validierung weiterer Instrumente angeregt werden sollte. Auch der Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ wurde hinsichtlich seiner Datenfeldstruktur weiter präzisiert, sodass das Qualitätsziel noch zielgerichteter und valider erfasst werden kann. Durch die Streichung des Indikators „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antibiotischen Therapie der Sepsis“ wurde eine weitere, inhaltlich begründete Aufwandsreduktion erreicht. Hier ist es nicht gegeben, dass die Patientengruppe, für die eine Procalcitonin-Steuerung (PCT-Steuerung) nicht sinnvoll ist, zuverlässig über kodierte Informationen (ICD-10-Kodes, OPS) abgebildet und somit aus dem QS-Filter ausgeschlossen werden kann. Bei den fallbezogenen Indikatoren konnte insgesamt eine Reduktion der Datenfelder erreicht werden. Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht nun aus 30 Datenfeldern³, die zur Berechnung der beiden fallbezogenen Prozessindikatoren „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ und „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ und dem fallbezogenen Ergebnisindikator „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ und dem fallbezogenen Ergebnisindikator genutzt werden. Die fall- und einrichtungsbezogenen Indikatoren wurden auch im Hinblick auf die Kriterien zur Eignung des Messverfahrens als geeignet eingestuft.

Aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Machbarkeitsprüfung ergab sich weiterhin die Notwendigkeit zu Anpassungen der Indikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität. Hier bestand

² Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erfolgte eine technische Überarbeitung der Datenfelder und ihrer Filterstruktur, die quantitativ im Vergleich zum Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) zu einer Erhöhung der Datenfelder führte. Durch diese Umstellung konnte jedoch eine qualitative Aufwandsreduktion erreicht werden.

³ s. o.

die Problematik der späten Berichtszeitpunkte der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. Infolge der Prüfung beider Ergebnisindikatoren konnte der Indikator zur „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ auf einen fallbezogenen Indikator umgestellt werden, damit dieser zusammen mit den Ergebnissen der Prozess- und Strukturindikatoren im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden kann. Hierfür können kodierte ICD-10-Kodes oder OPS automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) in die QS-Dokumentation übertragen werden. Für den Indikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ und die Follow-up-Kennzahlen zur Ergebnisqualität war dies nicht möglich.

Alle Qualitätsindikatoren sind in Tabelle I zusammen mit den Indikatoren zur Ergebnisqualität und den Kennzahlen als finales Indikatorenset V2.0 dargestellt.

Tabelle I: Qualitätsindikatorensset V2.0 für das QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	Prozess	fallbezogene QS-Dokumentation
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	Prozess	fallbezogene QS-Dokumentation
Outcomes	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	Ergebnis	fallbezogene QS-Dokumentation
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Antiinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
und Therapie der Sepsis			
Outcomes	Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Qualitätsaspekt	Kennzahl	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
Outcomes	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen

Zusätzlich wurden die Ausschlüsse von Fachabteilungen, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und -patienten behandeln, nochmals erweitert (siehe Tabelle II) und palliativ

versorgte Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Verfahren ausgeschlossen (siehe Tabelle III). Diese Präzisierungen machen das Verfahren noch zielgerichteter und minimieren den Aufwand für die Leistungserbringer.

Tabelle II: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen und der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle III: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktueller OPS-Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

Der QS-Filter wurde hinsichtlich seiner Anschlussfähigkeit an die Einführung neuer ICD-10-GM-2023-Kodes überprüft und ist für den Einbezug weiterer ICD-10-Kodes für eine durch Pilze ausgelöste Sepsis, neben der bereits integrierten Candida-Sepsis, anschlussfähig. Ein Einbezug von ICD-10-Kodes für eine durch Viren oder Protozoen ausgelöste Sepsis müsste perspektivisch erneut geprüft werden. Insgesamt kommt das IQTIG auch nach Durchführung der Machbarkeitsprüfung zu dem Schluss, dass der bestehende QS-Filter aus dem Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c), unter Berücksichtigung der dargestellten zusätzlichen Ausschlussgründe, für den Regelbetrieb dieses Verfahrens geeignet ist.

Fazit

Mit dem vorgelegten Indikatorenset V2.0 empfiehlt das IQTIG ein fokussiertes, datensparsames Verfahren zur fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, das gemeinsam mit den sozialdatenbasierten Indikatoren und Kennzahlen zentrale Aspekte einer leitliniengerechten Versorgung für alle Behandlungsphasen abbildet und für die gesetzliche Qualitätssicherung unmittelbare Handlungsanschlüsse ermöglicht. Das IQTIG erwartet von dem Verfahren wesentliche Verbesserungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis und empfiehlt die Beauftragung einer Spezifikation. Weitere empfohlene Schritte sind die Erarbeitung der themenspezifischen Bestimmungen, die Einführung des Verfahrens in den Regelbetrieb sowie die Erstellung eines Risikoadjustierungsmodells für die Ergebnisindikatoren zu Beginn dessen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	12
Abbildungsverzeichnis	16
Abkürzungsverzeichnis	17
1 Einleitung	18
1.1 Hintergrund der Beauftragung	18
1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis	18
1.3 Ausgangspunkt Indikatorenset V1.1.....	19
2 Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung	22
3 Ergebnisse und Empfehlungen	26
3.1 Fallbezogene Qualitätsindikatoren	28
3.1.1 Indikatorenübergreifende Änderung: Bezug zur Sepsisepisode	28
3.1.2 Indikatorenübergreifende Änderung: Umgang mit zuverlegten Patientinnen und Patienten / Krankenhausstandort-Bezug	28
3.1.3 Indikatorenübergreifende Änderung: Umgang mit palliativ versorgten Patientinnen und Patienten.....	29
3.1.4 Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“	30
3.1.5 Qualitätsindikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“	40
3.1.6 Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ (entfällt)	51
3.2 Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren.....	57
3.2.1 Qualitätsindikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“	57
3.2.2 Qualitätsindikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“	71
3.2.3 Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“	92
3.2.4 Qualitätsindikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“	105
3.3 Ergebnisqualität.....	111

3.4	Administrative Datenfelder	114
4	Beurteilung der Qualitätsindikatoren und des Qualitätsindikatorensets.....	115
4.1	Beurteilung der Qualitätsindikatoren	115
4.2	Beurteilung des Qualitätsindikatorensets V2.0	118
5	Aufwand und Nutzen	123
5.1	Rückmeldungen der Leistungserbringer	123
5.2	Einschätzung des IQTIG.....	124
6	Rückmeldeberichte.....	126
7	Grundgesamtheit des QS-Verfahrens	127
7.1	Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung	127
7.2	Prüfung des QS-Filters im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.....	127
7.3	Einschätzung des IQTIG.....	130
8	Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	131
8.1	Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	131
8.1.1	Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen	131
8.1.2	Datenselektion (QS-Filter).....	131
8.1.3	Erforderliche Datenfelder	132
8.2	Sozialdaten bei den Krankenkassen	133
8.2.1	Patientenfilter	133
8.2.2	Leistungs- und Medikationsfilter	133
8.3	Grundmodell des Datenflusses	134
8.3.1	Datenflüsse.....	134
8.3.2	Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte.....	134
8.4	Berichtswesen	134
	Berichtszeitpunkte	134
8.5	Schritte bis zum Regelbetrieb.....	136
9	Fazit und Ausblick.....	137
	Literatur	139
	Impressum.....	141

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Indikatoren im Indikatorenset V1.1 (Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung)	20
Tabelle 2: Übersicht der Kennzahlen im Indikatorenset V1.1 (Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung)	20
Tabelle 3: Auswahlfilter für die Falldokumentation der Nachbesprechung	23
Tabelle 4: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“	31
Tabelle 5: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“	33
Tabelle 6: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“	34
Tabelle 7: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA Scores“	36
Tabelle 8: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten qSOFA“	37
Tabelle 9: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores“	37
Tabelle 10: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten SOFA“	37
Tabelle 11: Datenfelder zum Indikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	39
Tabelle 12: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“	40
Tabelle 13: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“	42
Tabelle 14: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“	44
Tabelle 15: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“	45
Tabelle 16: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme“	47
Tabelle 17: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“	48
Tabelle 18: Datenfelder zum Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	49
Tabelle 19: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“	52
Tabelle 20: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“	54

Tabelle 21: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“	55
Tabelle 22: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“	56
Tabelle 23: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“	57
Tabelle 24: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“	59
Tabelle 25: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“	61
Tabelle 26: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“	63
Tabelle 27: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“	64
Tabelle 28: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“	66
Tabelle 29: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“	67
Tabelle 30: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“	68
Tabelle 31: Datenfelder zum Indikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	69
Tabelle 32: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“	72
Tabelle 33: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?“	72
Tabelle 34: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“	74
Tabelle 35: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“	76

Tabelle 36: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?“ ..	78
Tabelle 37: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“	79
Tabelle 38: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“	79
Tabelle 39: Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?“	81
Tabelle 40: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“	82
Tabelle 41: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“	83
Tabelle 42: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“	86
Tabelle 43: Datenfelder zum Indikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	88
Tabelle 44: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten ≥ 18 Jahren vor?“	92
Tabelle 45: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“	93
Tabelle 46: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“	94
Tabelle 47: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“	95
Tabelle 48: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“	95
Tabelle 49: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Fokusedentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“	96
Tabelle 50: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“	97
Tabelle 51: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“	98

Tabelle 52: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?“	99
Tabelle 53: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“	100
Tabelle 54: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?“	100
Tabelle 55: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“	101
Tabelle 56: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“	102
Tabelle 57: Datenfelder zum Indikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	103
Tabelle 58: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“	106
Tabelle 59: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“	106
Tabelle 60: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“	108
Tabelle 61: Datenfelder zum Indikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0	110
Tabelle 62: Qualitätsindikatorenset V2.0 für das QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“	119
Tabelle 63: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen und der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6.....	129
Tabelle 64: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktueller OPS-Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5	130
Tabelle 65: Lieferfristen für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	131
Tabelle 66: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation	132
Tabelle 67: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation	132
Tabelle 68: Mögliche Berichtszeitpunkte für Qualitätsindikatoren; Erfassungsjahr (EJ), Follow-up (FU), Qualitätsindikator (QI).....	135
Tabelle 69: Mögliche Berichtszeitpunkte für Kennzahlen	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets V2.0	122
Abbildung 2: Einschätzung der Leistungserbringer zum Zeitaufwand der Dokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung	124
Abbildung 3: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus; einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (EDOK), fallbezogene QS- Dokumentation (FDOK).....	134

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ABS	Antibiotic Stewardship
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
NEWS2	National Early Warning Score 2
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCT	Procalcitonin
PVK	periphervenöser Gefäßkatheter
Qb	Qualitätsbericht der Krankenhäuser
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QS	Qualitätssicherung
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen</i>
qSOFA	Quick Sequential Organ Failure Assessment
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (<i>systemic inflammatory response syndrome</i>)
SOFA	Sepsis-related Organ Failure Assessment
SOP	Standardvorgehensweise (<i>Standard Operating Procedure</i>)
SSC	Surviving Sepsis Campaign
VK	Vollkräfte
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZVK	zentralvenöser Gefäßkatheter

1 Einleitung

1.1 Hintergrund der Beauftragung

Am 16. Juli 2020 wurde das IQTIG mit der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ beauftragt. Die Beauftragung beinhaltet die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren und den notwendigen Dokumentationsvorgaben sowie eine Machbarkeitsprüfung. Grundlage hierfür war der am 13. Dezember 2019 vorgelegte Abschlussbericht zur Konzeptstudie (IQTIG 2019) mit dem darin erarbeiteten Qualitätsmodell. Der Abschlussbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ (IQTIG 2022a) wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 vorgelegt und am 20. Oktober 2022 durch das Plenum des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben. Eine themenspezifische Patientenbefragung wurde im Rahmen beider Abschlussberichte empfohlen, ist jedoch aktuell nicht beauftragt.

Ziel des QS-Verfahrens ist die Messung und vergleichende Darstellung patientenrelevanter Qualitätsaspekte der Sepsis, um eine Reduzierung der Mortalität, der neu auftretenden Morbidität und der Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis zu erreichen. Darüber hinaus soll das zukünftige QS-Verfahren geeignet sein, die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der stationären Leistungserbringung inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen einrichtungsvergleichend abzubilden.

1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis

Die Beauftragung des G-BA umfasst eine Machbarkeitsprüfung. Da diese in der Beauftragung nicht inhaltlich spezifiziert wurde, orientiert sich das IQTIG bei der Durchführung an den Methodischen Grundlagen des IQTIG, Version 2.0 (IQTIG 2022e). Demnach verfolgt die Machbarkeitsprüfung das Ziel, „Dokumentationsprobleme, Unschärfen der Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen oder der Definition des QS-Filters frühzeitig vor Aufnahme des Regelbetriebs eines QS-Verfahrens zu erkennen und zu beheben und dadurch die Qualitätsmessung hinsichtlich der Eignungskriterien des Messverfahrens [...] zu optimieren“ (IQTIG 2022e: 67). Dies umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- **Funktionalität des QS-Filters:** Aufgrund der besonderen Komplexität des QS-Filters soll die Umsetzbarkeit dieses Filters geprüft werden. Diesbezüglich sind auch für 2023 erwartete Änderungen der relevanten ICD-10-GM-Kodes (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modifikation) und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zu beachten.
- **Unschärfen der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren:** Bereits in der Phase der Durchsicht erfolgt eine Prüfung und weitere Optimierung der Operationalisierung im Hinblick darauf,

ob der Indikator möglichst angemessen und aufwandsarm erfasst und berechnet werden kann. Diese Fragen spielen auch in der Feldphase der Machbarkeitsprüfung eine zentrale Rolle.

- Dokumentationsprobleme: Die einzelnen Datenfelder werden in Probedokumentationen anonymisierter Echtfälle geprüft, beispielsweise in Bezug auf Fragen zur Verfügbarkeit von Informationen im Krankenhausinformationssystem (KIS), den hierdurch entstehenden Aufwand, die Verständlichkeit der Formulierungen oder ggf. fehlende Antwortmöglichkeiten. Von besonderer Relevanz sind in diesem Zusammenhang Informationen, die nicht in allen Fällen vorliegen und folglich die Berechnung des Indikators erschweren.
- Aufwand der Dokumentation: Im Rahmen der Nachbesprechungen werden die Leistungserbringer gebeten, diesen quantitativ und qualitativ abzuschätzen.
- Überprüfung der Rechenregeln durch Probeauswertung sowie ggf. deren Optimierung.

Ein weiterer Teil der Machbarkeitsprüfung ist die Erstellung von Rückmeldeberichten an die teilnehmenden Einrichtungen, deren Layout und Darstellung sich an den Rückmeldeberichten im Regelbetrieb orientiert. Diese Berichte enthalten die Ergebnisse der Probedokumentation der teilnehmenden Leistungserbringer und Vergleiche derselben mit dem vorgeschlagenen Referenzbereich, jedoch keine Darstellung von Benchmark-Vergleichen und keine Vertrauensbereiche, da die Fallauswahl nicht repräsentativ, sondern auf die Aufgaben der Machbarkeitsprüfung ausgerichtet erfolgt (IQTIG 2022e).

Die Machbarkeitsprüfung fokussiert auf die Qualitätsindikatoren der einrichtungs- und fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer. Sozialdatenbasierte Indikatoren und Kennzahlen⁴ sowie die Festlegung der Details der Berechnung von Konfidenzintervallen sind nicht Teil der Machbarkeitsprüfung.

1.3 Ausgangspunkt Indikatorenset V1.1

Aufbauend auf der Konzeptstudie (IQTIG 2019) wurde im Rahmen der Qualitätsindikatoren-Neuentwicklung das Indikatorenset V1.1 erarbeitet (IQTIG 2022c). Dieses bildet die Ausgangsbasis für die Machbarkeitsprüfung. In Tabelle 1 sind alle Qualitätsindikatoren des Indikatorensets 1.1 gemäß Abschlussbericht (IQTIG 2022c) dargestellt, wobei Gegenstand der Machbarkeitsprüfung ausschließlich die Indikatoren sind, deren Daten mittels fall- und einrichtungsbezogener QS-Dokumentation erhoben werden. Entsprechend sind auch die Kennzahlen in Tabelle 2 nicht Teil dieser Machbarkeitsprüfung.

⁴ Der im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) verwendete Begriff „Zusatzparameter“ wurde in der Machbarkeitsprüfung zu „Kennzahl“ geändert. Mit dieser Anpassung sind keine inhaltlichen Änderungen verbunden.

Tabelle 1: Übersicht der Indikatoren im Indikatorenset V1.1 (Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung)

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension / Datenquelle
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	Struktur / Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos	Prozess / Fallbezogene QS-Dokumentation
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	Prozess / Fallbezogene QS-Dokumentation
Antiinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	Struktur / Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
	Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	Prozess / Fallbezogene QS-Dokumentation
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	Struktur / Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	Struktur / Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Outcomes	Krankenhaus-Letalität bei Sepsis	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Pflegebedürftigkeit nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen

Tabelle 2: Übersicht der Kennzahlen im Indikatorenset V1.1 (Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung)

Qualitätsaspekt	Kennzahlen	Messdimension / Datenquelle
Outcomes	Letalität bei Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen

Qualitätsaspekt	Kennzahlen	Messdimension / Datenquelle
	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis / Sozialdaten bei den Krankenkassen

2 Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung

Mit dem Indikatorenset V1.1 des QS-Verfahrens *Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis* (IQTIG 2022c) wurden die Datenfelder für zwei verschiedene Dokumentationsbögen entwickelt:

- Einrichtungsbezogener Dokumentationsbogen für stationäre Einrichtungen
- Fallbezogener Dokumentationsbogen für stationäre Einrichtungen

Diese beiden Dokumentationsbögen wurden einer Machbarkeitsprüfung unterzogen. Die Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung für diese Dokumentationsbögen erfolgte entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022e) und wird im Folgenden dargestellt. Sozialdatenbasierte Erhebungen sind nicht Gegenstand der Machbarkeitsprüfung.

Vor Beginn des ersten nachfolgend dargestellten Schritts erfolgte eine Umstellung der Reihenfolge der Indikatoren im Vergleich zum Indikatorenset V1.1. Diese Reihenfolge war hier entsprechend den Phasen der Behandlung eingeteilt. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung und des Indikatorensets V2.0 wurde dies im Hinblick auf die spätere Praktikabilität bei den Leistungserbringern in die Darstellung entsprechend des Erfassungsinstruments geändert. Zuerst werden die fallbezogenen, dann die einrichtungsbezogenen und zuletzt die sozialdatenbasierten Indikatoren dargestellt. Dies gilt für alle Dokumente des Abschlussberichts zur Machbarkeitsprüfung.

Durchsicht vor der Feldphase

Vor der Feldphase wurden die Dokumentationsbögen mit dem Ziel, die Datenfelder mit dem Stand aus der Indikatorenentwicklung der Version 1.1 nochmals hinsichtlich der Aufwände für den Leistungserbringer zu reduzieren und hinsichtlich der Verständlichkeit zu erhöhen, erneut überprüft. Auf Basis der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022e) wurden hierbei folgende Punkte besonders berücksichtigt:

- Es wurden Datenfelder sowie die Ausfüllhinweise überprüft, letztere teils als nicht notwendig gestrichen und gleichzeitig, sofern machbar, alle notwendigen Informationen in die Haupttexte der Datenfelder aufgenommen. Da die Indikatoren in diesem Verfahren allerdings zum Teil sehr komplexe Informationen abfragen und Datenfelder möglichst knapp sein sollen, braucht es in diesem Verfahren an einigen Stellen Ausfüllhinweise, um die Anforderungen darzustellen.
- Abfragen von mehr als einem Sachverhalt innerhalb eines Datenfeldes wurden vermieden, um die Beantwortung klarer zu machen.
- Die Datenfelder wurden nach Möglichkeit so formuliert, dass nicht schon aus dem Datenfeld selbst ersichtlich war, welche Antwort gegeben werden muss, damit das Erfordernis erfüllt wird.

- Sofern möglich wurden Angaben, die eine Berechnung durch den Leistungserbringer erfordern, vermieden, um Berechnungsfehler seitens des Leistungserbringers zu umgehen.
- Die Abfrage von Daten wie der Anzahl von Pflegekräften sollte in kontinuierlicher Form und nicht in Kategorien erfolgen.

Bei einigen Datenfeldern wurde, um der Tatsache gerecht zu werden, dass die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer die Anforderungen des Verfahrens nicht kannten und ihre Dokumentation nur retrospektiv machen konnten, eine „unbekannt“-Option hinzugefügt. Eine Übernahme dieser zusätzlich zugefügten Antwortoption in den Regelbetrieb ist nicht geplant.

Auswahl teilnehmender Einrichtungen

Zur Rekrutierung von Leistungserbringern für die Feldphase der Machbarkeitsprüfung veröffentlichte das IQTIG einen Aufruf zur Teilnahme auf seiner Internetseite. Außerdem wurden die themennahen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände, die Mitglieder des projektbezogenen Expertengremiums sowie die gemäß § 137a Abs. 7 SGB V an der Entwicklung zu beteiligenden Organisationen und Institutionen um Unterstützung des Aufrufs gebeten; teilnahmeberechtigt waren alle Allgemeinkrankenhäuser. Voraussetzung für die Teilnahme war ebenfalls, dass das interessierte Krankenhaus im Jahr 2021 mindestens 30 volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis behandelt hat.

Der vollständige QS-Filter, bestehend aus mehreren hundert ICD-Kodes und OPS, war im Rahmen der freiwilligen Dokumentation der Machbarkeitsprüfung nicht praktikabel. Im Gegensatz zum Regelbetrieb, wo ein KIS automatisch auf diese Codes zugreifen kann, mussten die Leistungserbringer eine zwar softwaregestützte, jedoch händisch einzugebende Abfrage leisten. Daher wurde für die Auswahl der Fälle eine Version des Filters entwickelt, die einerseits für die Leistungserbringer möglichst aufwandsarm war, und andererseits ein Abbild möglicher Sepsisfälle gemäß Sepsis-3-Definition darstellte. Hierfür wurden vom IQTIG die in Tabelle 3 dargestellten verschiedenen Kodekombinationen als eine Auswahl aus dem vollständigen Filter des QS-Verfahrens (IQTIG 2022b) für die Fallauswahl vorgegeben. Für den reduzierten Filter wurden die am häufigsten kodierten Sepsis-Kodes (A40.-, A41.-, B37.7 sowie R57.2) sowie mindestens ein definierter Kode für eine Organdysfunktion aus dem jeweiligen Organsystem ausgewählt.

Tabelle 3: Auswahlfilter für die Falldokumentation der Nachbesprechung

Einschlussbedingung (ICD-10-GM-Kodes, Version 2021)	Ausschlussbedingung (ICD-10-GM-Kodes, Version 2021)
R57.2	
(A40.- ODER A41.-) UND R65.1!	R57.2
B37.7 UND R65.1!	R57.2
(A40.- ODER A41.-) UND J80.03	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND J96.00	R57.2, R65.1!

Einschlussbedingung (ICD-10-GM-Kodes, Version 2021)	Ausschlussbedingung (ICD-10-GM-Kodes, Version 2021)
(A40.- ODER A41.-) UND D65.1	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND D69.58	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND E86	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND I46.0	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND R17.0	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND K72.0	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND N17.93	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND R40.0	R57.2, R65.1!
(A40.- ODER A41.-) UND R40.2	R57.2, R65.1!

Aus den eingegangenen Bewerbungen wurden Leistungserbringer so ausgewählt, dass bundesweit möglichst verschiedene Regionen und Versorgungsstufen abgedeckt waren und sowohl Einrichtungen mit höheren als auch mit niedrigeren Fallzahlen sowie in städtischen als auch in ländlichen Gebieten berücksichtigt wurden. Nach diesen Maßgaben wurden 15 Einrichtungen ausgewählt.

Erstellung des Dokumentationsinstruments

Die Dokumentationsbögen wurden in der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey programmiert, die auf einem Server des IQTIG gehostet wird. Neben den eigentlichen Datenfeldern enthielten diese Dokumentationsbögen Zusatzfelder, in denen Anmerkungen zu den Datenfeldern, wie Hinweise zur Verständlichkeit der Formulierungen, selbst eingegeben werden konnten.

Probedokumentation in den Einrichtungen

Den teilnehmenden Einrichtungen wurde die Dokumentation über LimeSurvey zur Verfügung gestellt. Diese sollten volljährige (≥ 18 Jahre) Patientinnen und Patienten gemäß den Kodekombinationen auswählen, die 2021 von ihnen behandelt worden waren, und die relevanten Daten in die Dokumentationsbögen eingeben. Durch sogenannte Überlieger konnte es vorkommen, dass Fälle eingeschlossen wurden, deren Aufenthalt bereits 2020 begann. Damit auch seltenere Kombinationen von ICD-10-Kodes im Rahmen der Machbarkeitsprüfung abgebildet wurden, machte das IQTIG den Leistungserbringern Vorgaben dazu, wie viele Fälle welcher Kode-Kombinationen ausgewählt werden sollten. Personenidentifizierende Daten der Patientinnen und Patienten wurden hierbei nicht erfragt (anonymisierte Erhebung). Die Leistungserbringer wurden gebeten, Daten für insgesamt mindestens 30 Fälle einzugeben, zuzüglich der einrichtungsbezogenen Angaben.

Der Dokumentationszeitraum lag zwischen September und November 2022. Es liegen Angaben von 15 Leistungserbringern zu einrichtungsbezogenen Auswertungen und von 14 Leistungserbringern zu fallbezogenen Dokumentationen vor. Dies war dadurch bedingt, dass eine teilnehmende Einrichtung aufgrund interner, nicht absehbarer Erfordernisse keine fallbezogene Dokumentation durchführen konnte. Die Zahl der vollständig dokumentierten Fälle beträgt 422.

Nachbefragung der Leistungserbringer und Auswertung der qualitativen Daten

Mit allen teilnehmenden Einrichtungen, die eine vollständige Dokumentation vorgenommen haben, wurden Nachbefragungen in Form halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Hierfür wurde bei allen Einrichtungen ein Interviewleitfaden mit Fragen zum Zeitaufwand, als Abschätzung in Minuten sowie mittels einer Ordinalskala zur Verständlichkeit und Praktikabilität der Datenfelder sowie übergeordneten Fragen genutzt. Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer in der Probedokumentation wurden zusätzlich individuelle Nachfragen entwickelt, die in den Leitfaden für den jeweiligen Leistungserbringer aufgenommen wurden. Das Ziel der Nachbesprechungen war insgesamt die Erhebung von qualitativen Daten, die zur Beantwortung der zentralen Fragen der Machbarkeitsprüfung notwendig sind – zum Beispiel zur Verständlichkeit der Vorgaben zur Datenerfassung oder dem im Regelbetrieb zu erwartenden Aufwand.

Die Nachbefragungen wurden zwischen Oktober und Dezember 2022 durchgeführt. In 12 Fällen fand die Befragung vor Ort statt, in zwei Fällen per Online-Videokonferenz. Vonseiten des IQTIG nahmen zwei bis vier Personen an den Nachbefragungen teil. Die Ergebnisse wurden protokolliert. Die gewonnenen Interviewdaten wurden qualitativ ausgewertet und in anonymisierter Form im vorliegenden Bericht verwendet.

Auswertung der quantitativen Daten

Nach dem Export wurden die quantitativen Daten unabhängig von zwei Personen bereinigt, aufbereitet, ausgewertet und im Anschluss abgeglichen. Den teilnehmenden Leistungserbringern wurden Rückmeldeberichte (siehe Anhang E) mit ihren Ergebnissen zur Verfügung gestellt.

Expertengremium

Die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums entsprach dem der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022b) und ist in Anhang D dieses Berichts zu finden.

Die Einbindung der Expertinnen und Experten erfolgte im Rahmen der Machbarkeitsprüfung nach der Auswertung der qualitativen Daten aus den Nachbesprechungen sowie den quantitativen Daten aus der Probedokumentation. Ziel des Treffens war es, diese aggregierten Ergebnisse sowie die daraus abgeleiteten Änderungsvorschläge vorzustellen und mit den Teilnehmenden zu diskutieren. Die aus der Beratung resultierenden Erkenntnisse und Anregungen wurden protokolliert und im Rahmen der weiteren Bearbeitung des Dokumentationsentwurfs und des Berichts mitberücksichtigt. Das Treffen fand am 1. März 2023 als Online-Veranstaltung statt. Von den insgesamt 26 Mitgliedern des Expertengremiums konnten 18 an dem Treffen teilnehmen.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse und Empfehlungen zu den fall- und einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren und zu ihren zugrunde liegenden Datenfeldern dargestellt. Die Abschnitte zu den Indikatoren sind nach Datenfeldern und deren Struktur gemäß Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) aufgebaut, um den Entwicklungsprozess nach der letzten Veröffentlichung transparent nachvollziehen zu können. Zu jedem Datenfeld werden folgende Schritte der Entwicklung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung dargelegt:

- Durchsicht vor der Feldphase
- Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld
- Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld
- Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld

Begleitende Ausfüllhinweise zu den Datenfeldern sind ausschließlich in den Anhängen B und C dargestellt. Sollten diese im Verlauf der Entwicklung inhaltlich angepasst worden sein, ist dies im jeweiligen Abschnitt dieses Kapitels transparent beschrieben.

Am Ende jedes Abschnitts zu einem Indikator ist eine Tabelle „Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators“ dargestellt, die die Veränderungen zwischen dem Indikatorenset V1.1 und 2.0 gegenüberstellt. Die Datenfelder der Spalten des Indikatorenset V2.0 weichen hierbei an einigen Stellen von denen in Anhang B ab⁵.

Durchsicht vor der Feldphase

In diesem Abschnitt werden inhaltliche Änderungen beschrieben, die an den Datenfeldern vor Beginn der Probedokumentation durchgeführt wurden. Redaktionelle Anpassungen sind nur in Anhang C ersichtlich. Am Ende des Absatzes sind Änderungen am Datenfeldtitel durch eine Einrückung hervorgehoben, sodass ersichtlich wird, worauf sich die nachfolgenden Abschnitte beziehen.

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld

Die quantitativen Ergebnisse aus den Probedokumentationen werden pro Datenfeld in Tabellen aufgeführt. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Datenfelder mit den Anpassungen nach der Durchsicht. Da es sich bei einigen der Datenfelder um abhängige Felder (in Abhängigkeit von An-

⁵ Für die an die Machbarkeitsprüfung anschließende Spezifikation war es erforderlich, bei Datenfeldern, die Zahlenwerte oder eine Datums- und/oder Uhrzeitangabe erfassen, eine mögliche „unbekannt“-Angabe über ein separates Datenfeld zu erfassen. Ebenso mussten für Datenfelder mit Mehrfachauswahl einzelne Datenfelder für die jeweiligen Antwortoptionen erstellt werden. Diese technische Anpassung der Datenfelder erfolgte im abschließenden Schritt „Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld“ und wird dementsprechend dort dargestellt. Um dem Leser einen inhaltlichen Vergleich zwischen den Versionen 1.1 und 2.0 zu ermöglichen, wurde auf die technische Darstellung in diesem Kapitel verzichtet.

gaben zu vorherigen Feldern) handelt und diese nur für einen Teil der Fälle in der Probedokumentation angezeigt wurden, verringert sich hierdurch die in den Tabellen dargestellte Fallzahl. Die genaue Struktur der Filterführung ist Anhang C zu entnehmen. Für Felder mit kategorialen Antwortmöglichkeiten werden Fallzahl, Häufigkeiten, Prozente und gültige Prozente dargestellt. Prozente und gültige Prozente unterscheiden sich dadurch, dass für Prozente die Basis der Prozentberechnung „unbekannt“-Antworten miteinschließt, während diese für die Berechnung der gültigen Prozente ausgeschlossen sind. Ausnahme sind hier Mehrfachantwortfelder, für die mit Häufigkeiten und prozentualen Anteilen ausgewiesen wird, wie häufig die jeweilige Antwortmöglichkeit dokumentiert wurde. Die Summe dieser prozentualen Anteile ergibt in der Regel mehr als 100 %, da pro Fall mehrere Antworten angegeben werden konnten. Für Felder mit kontinuierlichen Antwortmöglichkeiten werden neben der Zahl der Fälle, für die das Datenfeld ausgefüllt werden sollte (n gesamt), auch die Zahl der Fälle mit inhaltlichen Angaben (n gültig) und der Anteil Letzterer an Ersteren als Prozentangabe ausgewiesen (Anteil gültig). Des Weiteren werden Minimum, arithmetisches Mittel, Median, Maximum und Standardabweichung dargestellt. Bei Datumsangaben und/oder Uhrzeitangaben sowie Screening-Punktwerten wird auf die Darstellung des arithmetischen Mittels und der Standardabweichung verzichtet. Bei Datenfeldern, bei denen keine „unbekannt“-Antwort vorgesehen ist und es sich aus den Angaben der Leistungserbringer um offensichtlich fehlerhafte Werte handelt, wurden diese als „missings“ gezählt und entsprechend von der Anzahl der gültigen Werte abgezogen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld

In diesen Abschnitten werden die qualitativen Rückmeldungen der Leistungserbringer aus den Probedokumentationen sowie vor allem aus den Nachbesprechungen zusammenfassend dargestellt. Sollten zu einem Datenfeld keine Anmerkungen erfolgt sein, entfällt diese Zwischenüberschrift.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld

Sofern aus den qualitativen Rückmeldungen sowie den quantitativen Ergebnissen relevante Änderungen am Datenfeld erwachsen sind, wurden diese Änderungen im Expertengremium vorgestellt und besprochen. In diesem Abschnitt wird dementsprechend zunächst der Vorschlag des IQTIG zusammenfassend dargestellt und dann die Diskussion der Teilnehmenden hierzu und zu weiteren Themen, die sich auf das jeweilige Datenfeld beziehen, dargestellt. Sollten zu einem Datenfeld keine Anmerkungen erfolgt sein, entfällt diese Zwischenüberschrift.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld

In diesen Abschnitten wird jeweils zusammenfassend und begründet dargestellt, wie die finale Version des Datenfelds aussieht. Am Ende des Absatzes sind Änderungen am Datenfeldtitel durch eine Einrückung hervorgehoben, sodass ersichtlich wird, wie die finale Benennung im Indikatorenset V2.0 lautet. Sollte ein Datenfeld im Laufe der Machbarkeitsprüfung gestrichen worden sein, entfällt diese Zwischenüberschrift.

3.1 Fallbezogene Qualitätsindikatoren

3.1.1 Indikatorenübergreifende Änderung: Bezug zur Sepsisepisode

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In den Nachbesprechungen mit den Leistungserbringern wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass im Verfahren derzeit nicht adressiert werde, dass es Patientinnen und Patienten gibt, bei denen innerhalb eines stationären Aufenthalts mehrere Sepsisepisoden auftreten. Die zukünftige Dokumentation müsse definieren und klar erkenntlich machen, auf welche Episode sich die Dokumentation bei diesen Fällen beziehen soll.

Diskussion im Expertengremium

Auf Grundlage der Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen schlug das IQTIG im Expertengremium vor, sich bezüglich der Prozessparameter immer auf die erste Sepsisepisode am Krankenhausstandort zur Dokumentation zu beziehen. Die Expertinnen und Experten befürworteten diesen Vorschlag und bekräftigten, dass die erste Sepsisepisode die größte Aussagekraft für den Krankheitsverlauf bei Sepsis besitze.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Ausfüllhinweise der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wurden entsprechend des Vorschlags des IQTIG aus dem Treffen des Expertengremiums so präzisiert, dass die jeweiligen erfragten Prozesse für die erste Sepsisepisode am Krankenhausstandort dokumentiert werden sollen.

3.1.2 Indikatorenübergreifende Änderung: Umgang mit zuverlegten Patientinnen und Patienten / Krankenhausstandort-Bezug

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In den Nachbesprechungen kam wiederholt die Rückmeldung der Leistungserbringer, dass nicht klar sei, wie die fallbezogenen Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten, die aus anderen Krankenhäusern zuverlegt werden, dokumentiert werden müssen. Zum Beispiel wurde im Falle des Indikators „Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos“ darauf hingewiesen, dass bei zuverlegten Fällen mit einer Sepsisdiagnose, kein erneutes Screening am Krankenhausstandort durchgeführt werden würde. Auch für die im Rahmen des Indikators „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ enthaltenen Datenfelder „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“ wurde auf die unklare Handhabung der Dokumentation für zuverlegte Sepsisfälle hingewiesen. Das zukünftige Verfahren sollte klar definieren, ob auch die Dokumentation von Leistungen aus anderen Krankenhäusern notwendig ist.

Diskussion im Expertengremium

Auf Basis der Auswertungen der Machbarkeitsprüfung brachte das IQTIG den Vorschlag in das Expertengremium ein, dass auch bei zuverlegten Patientinnen und Patienten die Anforderungen der fallbezogenen Indikatoren am Krankenhausstandort zu erbringen und zu dokumentieren sind. Von den Expertinnen und Experten wurde dies, insbesondere bezogen auf den Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“, kontrovers diskutiert. Einige erwähnten hier, dass im Sinne des Patient Blood Management bei Zuverlegungen auf die Ergebnisse des anderen Krankenhauses vertraut werden sollte. Gründe für eine Verlegung sind laut den Expertinnen und Experten zum Beispiel die Intensivbettenkapazitäten, Beatmungsentwöhnungs/Weaning-Patientinnen oder -Patienten oder dass sich der Zustand der Patientinnen und Patienten verschlechtert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Im Rahmen der QS-Dokumentation können nur die Prozesse bezogen auf einen Krankenhausstandort erfasst werden. Eine Dokumentation der Prozesse eines anderen Krankenhausstandortes, beispielsweise im Falle der hier angeführten Zuverlegungen, können nicht validiert werden. Ein übergreifender Ausschluss von zuverlegten Patientinnen und Patienten aus dem QS-Verfahren wird aufgrund der im Expertengremium angesprochenen Heterogenität der Verlegungsgründe ebenfalls nicht als zielführend angesehen, eine klare Operationalisierung der verschiedenen Verlegungsgründe ist weiterhin nicht möglich. Aus den genannten Gründen bleibt das IQTIG bei der Einschätzung, dass auch bei zuverlegten Patientinnen und Patienten die Anforderungen der fallbezogenen Sepsisindikatoren am übernehmenden Krankenhausstandort im Verlauf erneut zu erbringen und zu dokumentieren sind. Dies bedeutet, dass der übernehmende Krankenhausstandort ein aktuelles Sepsis-Screening (Vitalparameter) und eine Blutkulturdiagnostik durchführt. Der neue Krankenhausstandort soll sich bei diesen Notfällen ein aktuelles Bild zu den Vitalparametern (Screening) und auch zu mitgebrachten Keimen/Resistenzen machen. Der Fokus der Versorgung dieses Erkrankungsbildes und damit des Verfahrens liegt auf der Erkennung und Diagnostik der Sepsis – somit ist der geringe zusätzliche Aufwand gegenüber dem Nutzen aus Sicht des IQTIG hier gerechtfertigt. Aus diesem Grund wurden alle Datenfelder hinsichtlich ihres Bezugs zum Krankenhausstandort in der Dokumentation präzisiert.

3.1.3 Indikatorenübergreifende Änderung: Umgang mit palliativ versorgten Patientinnen und Patienten

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Aus einigen Nachbesprechungen mit den Leistungserbringern ging hervor, dass Patientinnen und Patienten mit palliativer Versorgung in den fallbezogenen Qualitätsindikatoren bisher nicht berücksichtigt wurden. Daher sei bei einigen Fällen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung unklar gewesen, wie hier dokumentiert werden sollte. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass palliativ versorgte Patientinnen und Patienten bei den ausgesuchten Fällen der Krankenhäuser für die

Stichprobe durchaus enthalten waren. Mögliche damit einhergehende Probleme in den fallbezogenen Indikatoren seien zum Beispiel, dass antibiotische Therapien bei Sepsis auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten eingestellt werden oder Patientenverfügungen die weitere Behandlung im Falle einer palliativen Versorgungssituation einschränken. Daher sei es für diese Patientengruppe relevant, bei allen fallbezogenen Indikatoren eine übergreifende Regelung zu finden.

Diskussion im Expertengremium

Auf Basis der Rückmeldungen der Leistungserbringer schlug das IQTIG im Expertengremium vor, im QS-Verfahren *Sepsis* einen übergreifenden Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Behandlungszielsetzung über entsprechende kodierte Informationen vorzunehmen. Dieses Thema wurde bereits in Treffen im Rahmen der Indikatorenentwicklung als notwendig diskutiert und entsprechend teilten die Expertinnen und Experten die Ansicht, dass bei dieser Patientengruppe die geforderten Prozesse der fallbezogenen Qualitätsindikatoren nicht regelhaft sinnvoll seien. Ein Ausschluss palliativ versorgter Patientinnen und Patienten aus dem QS-Verfahren wurde hierbei als ein wichtiger Schritt gesehen, diejenigen Patientinnen und Patienten aus dem Verfahren auszuschließen, die bewusst keine maximal-versorgende Therapie z. B. aufgrund einer Patientenverfügung mehr erhalten.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird ein übergreifender Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit kodierter palliativer Behandlung vorgenommen. Bereits im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) wurde empfohlen, palliativ versorgte Patientinnen und Patienten aus den Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität auszuschließen. Auf Grundlage der Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen und der Diskussion im Expertengremium wird dieser Ausschluss auf die fallbezogenen Qualitätsindikatoren ausgeweitet.

Eine Palliativbehandlung wird dementsprechend über die im Anhang A dargestellten OPS zur palliativen Komplexbehandlung, den Fachabteilungsschlüssel der Palliativmedizin sowie über die Entlassung in ein Hospiz erfasst. Der ICD-10-Kode Z51.5 Palliativbehandlung, der hierbei im Abschlussbericht noch aufgelistet wurde, wird als Ausschlussgrund nicht übernommen, da er nicht mit ausreichend hoher Datenqualität dokumentiert wird.

3.1.4 Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“

3.1.4.1 Datenfeld: Datum der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld war als Teil der Basisdokumentation geplant. Es wurde bei der Erläuterung zu allen Indikatoren beschrieben, für die es relevant war (siehe auch Abschnitt 3.1.6.2).

Mit einem Datenfeld wurde gefragt, ob das Datum der Sepsisdiagnose vorliegt oder nicht. Dieses Datenfeld wurde mit dem Datenfeld des Tags der Sepsisdiagnose zusammengelegt (siehe Abschnitt 3.1.4.2), d. h. im selben Datenfeld kann nun entweder das Datum angegeben werden oder der Umstand, dass das Datum unbekannt ist. Dadurch konnte die Anzahl an Datenfeldern reduziert werden.

⇒ Statt Abfrage des Vorliegens des „Datum der Sepsisdiagnose“ direkte Abfrage des Datums mit der Möglichkeit „unbekannt“ als Antwortoption

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Tabelle 4: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
422	388	91,94 %	2020-07-08	nicht zutreffend	2021-05-15	2021-12-31	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Im Rahmen der Nachbesprechungen wurde durch einige Leistungserbringer thematisiert, dass die Angabe eines tagesgenauen Datums der Sepsisdiagnose problematisch sei: Einerseits in dem Kontext, dass es klinisch schwierig sein kann, den genauen Zeitpunkt des Beginns der Sepsis zu definieren; insbesondere bei nosokomialen Fällen, bei denen dies ein schleichender Vorgang sei, fiele eine genaue Definition des Diagnosezeitpunktes schwer. Andererseits sei die Dokumentation der Diagnose selbst in der Akte oftmals kein regelhafter Prozess.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Die Expertinnen und Experten befürworteten den Vorschlag des IQTIG, das Datum der Sepsisdiagnose und dessen Dokumentation in der Patientenakte in diesem Verfahren zu fordern und entsprechend in der Dokumentation umzusetzen (siehe Anhang B).

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort“

Das Datenfeld ist unverzichtbar, um das Screening mittels Messinstrumenten in einen zeitlichen Zusammenhang mit der Sepsisdiagnose zu bringen. Weiterhin sieht es das IQTIG im Sinne der Qualitätsförderung als notwendig an, dass trotz der in den Nachbesprechungen angesprochenen Limitationen ein tagesgenaues Datum der Sepsisdiagnose durch das Behandlungsteam in der Patientenakte festgehalten wird, um die Awareness für die Erkrankung für alle an der Behandlung Beteiligten zu erhöhen und zu markieren, dass mit der Sepsisdiagnose definierte Prozesse im Behandlungspfad angestoßen werden. Dementsprechend soll durch die Einführung des Datenfeldes

im Rahmen dieses QS-Verfahrens auch der Prozess einer regelhaften Dokumentation der Sepsisdiagnose in der Patientenakte gefördert werden.

⇒ Statt „Datum der Sepsisdiagnose“ Änderung in das Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort“ sowie Einführung eines separaten Datenfelds „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt“

3.1.4.2 Datenfeld: Tag der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld wurde in das Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort“ integriert (siehe Abschnitt 3.1.4.1) und entfällt damit.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Tag der Sepsisdiagnose“

3.1.4.3 Datenfeld: Datum des ersten Screenings

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses und die folgenden Datenfelder wurden grundsätzlich neu strukturiert, da mit der alten Operationalisierung die Anforderungen des Qualitätsindikators nicht differenziert genug abgefragt wurden. Mit dem Datenfeld „Datum des ersten Screenings“ wurde danach gefragt, ob ein Screening durchgeführt wurde und wenn ja, ob das Datum vorlag. Im Zuge der Neustrukturierung wurde dieses Feld auf ein Feld umgestellt, mit dem lediglich erfragt wurde, ob ein Screening durchgeführt wurde (ja/nein). In den nachfolgenden Datenfeldern wird dann gefragt, mit welchem Screeninginstrument bzw. welchen -instrumenten gescreent worden ist. Dabei wird für jedes angegebene Screeninginstrument separat nach dem Datum des ersten Screenings gefragt. Demnach besteht nicht mehr die Gefahr einer irrtümlichen Nicht-Erfüllung dieses Qualitätsindikators, wenn der Leistungserbringer zuerst mit einem anderen Instrument als diejenigen im Qualitätsindikator genannten gescreent und anschließend aber mit einem für den Qualitätsindikator hinreichenden Instrument gescreent hat und das erste Datum des Screenings mit diesem Instrument vor oder gleich dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgt ist.

Durch die Umstrukturierung wird pro Datenfeld nur eine Information erfasst, sodass die Dokumentation für die Leistungserbringer vereinfacht wurde. Es sollte den Leistungserbringern, die mit verschiedenen Instrumenten gescreent haben, insbesondere nicht abverlangt werden, zunächst zu ermitteln, welches dieser Screenings das erste war. Die Umstrukturierung führte zu keinen Änderungen der inhaltlichen Anforderungen des Indikators.

Die Abfrage des Datums des jeweiligen Screenings wurde in die folgenden Datenfeldern verlagert (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9).

⇒ Statt Abfrage „Datum des ersten Screenings“ Änderung in das Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“

Tabelle 5: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	322	76,30 %
	ja	100	23,70 %
	Gesamt	422	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“

In den Nachbesprechungen gab es einerseits den Hinweis einiger Leistungserbringer, dass die Formulierung „Sepsis Screening“ nicht ausreichend präzise sei. Ein weiterer Punkt war, dass die bestehende Datenfeldstruktur zu den Messinstrumenten selbst missverständlich sei. Es sollte klarer herausgearbeitet werden, dass der Sepsis-related Organ Failure Assessment Score (SOFA-Score), obwohl er kein Screening, sondern ein Diagnostik-Instrument darstellt, in diesem Indikator eine zulässige Antwortmöglichkeit ist. Darüber hinaus merkten mehrere Leistungserbringer an, dass unklar sei, auf welchen Stationen ein Screening durchgeführt werden soll. Einige sprachen sich für eine Fokussierung auf die Intensivstationen aus, da hier die Umsetzung einfacher sei. Andere sahen hier aufgrund der engmaschigen Betreuung kaum Verbesserungsbedarf.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“

Das IQTIG schlug im Rahmen des Expertengremiums vor, den Indikator inklusive des Titels dahingehend zu präzisieren, dass es sich nicht um ein Screening der Sepsis handelt, sondern vielmehr um ein Screening zur Abschätzung einer vitalen Bedrohung. Somit wurde der Indikator folgendermaßen umformuliert: „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“. Die Expertinnen und Experten stimmten dem Vorschlag zu. Weiterhin wurde den Expertinnen und Experten der Vorschlag einer geänderten Datenfeldstruktur vorgestellt, der die bisherige Datenfeldstruktur dahingehend klarer macht, dass der SOFA-Score kein Screeninginstrument ist und dennoch im Indikator zulässig ist (siehe Tabelle 11).

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?“

Wie bereits im Zuge der Entwicklung der Qualitätsindikatoren (IQTIG 2022a) beschrieben, soll das Screening einen Grundstein für gegebenenfalls notwendige weiterführende Maßnahmen der Diagnostik und Therapie legen und ist entsprechend in allen im Verfahren eingeschlossenen Fachabteilungen sinnvoll und notwendig. Die Vorschläge des IQTIG zur Umbenennung des Titels und der Anpassung der Datenfeldstruktur zur Einbindung des SOFA-Scores in den Indikator wurden auch im finalen Indikatorenset V2.0 (siehe Anhang B) umgesetzt. Das Datenfeld ist im Sinne des

gesamten Indikators unabdingbar und wird mit dem zusätzlichen Bezug zum Krankenhausstandort weiter beibehalten.

⇒ Statt „Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?“ Änderung in das Datenfeld „Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?“ und separate Abfrage zu „Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?“

3.1.4.4 Datenfeld: Tag des ersten Screenings

Durchsicht vor der Feldphase

Im Zuge der Neustrukturierung wurde dieses Datenfeld gestrichen. Stattdessen wird das Datum des ersten Screenings getrennt für die jeweils genutzten Instrumente erfragt.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Tag des ersten Screenings“ und Abfrage des Datums je Screeninginstrument (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9)

3.1.4.5 Datenfeld: Mit welchem Screening-Instrument wurde gemessen?

Durchsicht vor der Feldphase

Auch dieses Datenfeld wurde, wie unter Abschnitt 3.1.4.3 dargestellt, aufgrund einer unzureichend differenzierten Abfrage umgestellt. In der Folge sind Mehrfachantworten möglich. Mit anschließenden abhängigen Datenfeldern wird nur nach den Daten und Scores der Screenings mit denjenigen Instrumenten gefragt, welche angewendet wurden (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9).

⇒ Statt Abfrage „Mit welchem Screening Instrument wurde gemessen?“ Änderung in das Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“ und Einführung von Mehrfachantworten (qSOFA und/oder SOFA und/oder NEWS2 und/oder Unbekannt) sowie Angabe des jeweiligen Datums des Screenings (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9)

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“

Tabelle 6: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“

		Häufigkeit	Prozent	n gesamt ⁶
Gültig	qSOFA	37	37,37 %	99
	NEWS2	0	0,00 %	99
	SOFA	46	46,46 %	99
	anderes	21	21,21 %	99
	unbekannt	1	1,00 %	100

⁶ Die unterschiedliche Anzahl von n gesamt ist dadurch bedingt, dass durch die Angabe der Antwortoption „unbekannt“ keine weiteren Antwortoptionen ausgewählt werden konnten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“

Mehrere Leistungserbringer merkten an, dass der Quick Sequential Organ Failure Assessment Score (qSOFA-Score) als Screening Instrument aufgrund nicht ausreichender Evidenz keine gültige Antwortoption sein sollte. Des Weiteren gab es auch Rückmeldungen, in denen angeregt wurde, dass in den Antwortmöglichkeiten auch andere Messinstrumente neben dem qSOFA, National Early Warning Score 2 (NEWS2) und SOFA im Sinne der Erfüllung des Indikators zulässig sein sollten.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“

Die Auswahl der Messinstrumente wurde auch vom Expertengremium dahingehend kritisch diskutiert, dass in der klinischen Praxis aktuell auch andere Screeninginstrumente genutzt werden würden. Um auch zum Beispiel krankenhauserintern entwickelte Instrumente dokumentierbar zu machen, solle man eine gültige Antwortoption „Sonstige“ im Datenfeld ergänzen. Darüber hinaus sprachen sich manche der Expertinnen und Experten dafür aus, auch die in der Surviving-Sepsis-Campaign-Leitlinie (SSC-Leitlinie) (Evans et al. 2021) genannten Screeninginstrumente zuzulassen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ / „NEWS2“ gescreent?“ und „Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?“ sowie „Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, unbekannt?“

Entsprechend der Begründung in den Würdigungen der Stellungnahmen zum Abschlussbericht zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022d) bleibt die Auswahl der Messinstrumente, wie auch im Abschlussbericht empfohlen, bestehen. Aufgrund der Rückmeldungen im Rahmen der Nachbesprechungen und auch im Treffen des Expertengremiums wurde jedoch die Datenfeldstruktur um die Antwortoption „Sonstiges Messinstrument verwendet“ erweitert. Hier können die Krankenhäuser zum Beispiel ihr hausinternes Tool angeben. Sollte es infolge zu einer statistischen Auffälligkeit kommen, führt dies dazu, dass die Angabe durch die Fachgruppen auf Länderebene besprochen und geprüft wird. Mit diesem Vorgehen soll einerseits sichergestellt werden, dass nicht jedes Instrument ohne Prüfung die Anforderung eines Screenings im Sinne des Indikators erfüllt und andererseits, dass mit der QS der Raum geschaffen wird, die Weiterentwicklung und Validierung „besserer“ Instrumente zu fördern. Diese haben dann wiederum auf einer Evidenzgrundlage die Option, als definiertes Instrument selbst im Indikator aufgenommen zu werden. Sollte es zukünftig zu Überarbeitungen, zum Beispiel der deutschen S3-Leitlinie (G-BA 2023) kommen, so können Messinstrumente aufgrund der jetzigen Datenfeldstruktur leicht ausgetauscht werden.

⇒ Statt „Mit welchem Instrument wurde gescreent?“ Änderung in die separaten Datenfelder „Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ / „NEWS2“ gescreent?“ und „Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?“ sowie „Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, unbekannt?“

3.1.4.6 Datenfeld: Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden?

Durchsicht vor der Feldphase

Diese Frage wurde in dieser Form nicht für die Feldphase übernommen, da sie nicht eindeutig genug formuliert war. Stattdessen wurden die Screening-Scores mit einzelnen, abhängigen Fragen erfasst, die nur dann eingeblendet wurden, falls das jeweils infrage stehende Screening-Instrument zum Einsatz gekommen war. Hier gab es jeweils auch die Möglichkeit anzugeben, dass dieser Score unbekannt sei (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9).

⇒ Streichung des Datenfeldes „Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden?“ und Abfrage des Screening-Scores in separate Datenfelder je verwendetem Screening-Instrument (siehe Abschnitte 3.1.4.7, 3.1.4.8, 3.1.4.9)

3.1.4.7 Datenfeld: Screening-Score des ersten Screenings qSOFA

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Außerdem wurde die Antwortmöglichkeit, dass der Punktwert unbekannt ist, in dieses Datenfeld integriert.

⇒ Statt „Screening-Score des ersten Screenings qSOFA“ Änderung in das Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten qSOFA“ sowie Ergänzung der Antwortmöglichkeit unbekannt und Angabe des Datums der ersten Bestimmung des qSOFA sowie Antwortmöglichkeit „unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten qSOFA“

Tabelle 7: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA Scores“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
37	33	89,19 %	2020-12-24	nicht zutreffend	2021-03-31	2021-12-18	nicht zutreffend

Tabelle 8: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten qSOFA“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
37	37	100,00 %	0	nicht zutreffend	2	3	nicht zutreffend

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten qSOFA“

An diesem Datenfeld wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

⇒ Einführung separater Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt“ und „Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt“

3.1.4.8 Datenfeld: Screening-Score des ersten Screenings SOFA**Durchsicht vor der Feldphase**

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Außerdem wurde die Antwortmöglichkeit, dass der Punktwert unbekannt ist, in dieses Datenfeld integriert.

⇒ Statt „Screening-Score des ersten Screenings SOFA“ Änderung in das Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten SOFA“ sowie Ergänzung der Antwortmöglichkeit „unbekannt“ und Angabe des Datums der ersten Bestimmung des SOFA sowie Antwortmöglichkeit „unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten SOFA“

Tabelle 9: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
46	44	95,56 %	2020-12-10	nicht zutreffend	2021-05-03	2021-12-31	nicht zutreffend

Tabelle 10: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten SOFA“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	Arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
46	36	78,26 %	1	nicht zutreffend	4	12	nicht zutreffend

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten SOFA“

An diesem Datenfeld wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

⇒ Einführung separater Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt“ und „Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt“

3.1.4.9 Datenfeld: Screening-Score des ersten NEWS2**Durchsicht vor der Feldphase**

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Außerdem wurde die Antwortmöglichkeit, dass der Punktwert unbekannt ist, in dieses Datenfeld integriert

⇒ Statt „Screening-Score des ersten Screenings NEWS2“ Änderung in das Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten NEWS2“ sowie Ergänzung der Antwortmöglichkeit „unbekannt“ und Angabe des Datums der ersten Bestimmung des NEWS2 sowie Antwortmöglichkeit „unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten NEWS2“

Wie in Tabelle 6 dargestellt ist wurde der NEWS2 im Rahmen der Probedokumentation bei keinem Fall angegeben. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung der quantitativen Ergebnistabellen zum Datum der ersten Bestimmung sowie zum Score (Punktwert) des NEWS2 verzichtet.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Score (Punktwert) des ersten NEWS2“

An diesem Datenfeld wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

⇒ Einführung separater Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des NEWS2 unbekannt“ und „Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt“

3.1.4.10 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“

In Tabelle 11 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorenset V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorenset V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorenset V2.0 für die anschließende Spezifikation sind in Anhang B dargestellt.

Tabelle 11: Datenfelder zum Indikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Datum der Sepsisdiagnose	1 = liegt vor 9 = unbekannt	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Tag der Sepsisdiagnose	TT.MM.JJJJ		
Datum des ersten Screenings	0 = kein Screening durchgeführt 1 = liegt vor 9 = unbekannt	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
Tag des ersten Screenings	TT.MM.JJJJ		
Mit welchem Screening Instrument wurde gemessen?	1 = qSOFA 2 = SOFA 3 = NEWS2 9 = unbekannt	Mit welchem Instrument wurde gescreent?	1 = qSOFA 2 = NEWS2 8 = anderes Instrument 9 = unbekannt (Mehrfachantworten möglich)
Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden?	0 = nein 1 = ja		
		Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA	--- Zahlenwert eintragen (einstellig)	Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (einstellig) 9 = unbekannt
		Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?	0 = nein 1 = ja
		Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings SOFA	--- Zahlenwert eintragen (einstellig)	Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings NEWS2	--- Zahlenwert eintragen (einstellig)	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt

3.1.5 Qualitätsindikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

3.1.5.1 Datenfeld: Wurde die Patientin/der Patient auf die Sepsis bezogen antimikrobiell behandelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die in der Qualitätsindikatorenentwicklung operationalisierten Datenfelder des Indikators hatten bislang das Vorhandensein einer antimikrobiellen Therapie aufgrund der Sepsis abgefragt (IQTIG 2022c). Zur Präzisierung, inwieweit die in den Qualitätsindikatoren verwendeten Begriffe „antimikrobiell“ und „antiinfektiv“ inhaltlich korrekt gebraucht wurden, hat das IQTIG diese Abfrage stärker fokussiert.

Auf Basis der Durchsicht wurde für die Dokumentation der Feldphase eine Fokussierung der Datenfelder auf die antibiotische Therapie vorgenommen.

⇒ Statt Abfrage „Wurde die Patientin/der Patient auf die Sepsis bezogen antimikrobiell behandelt?“ Änderung in das Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Tabelle 12: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	15	3,55 %
	ja	407	96,45 %
	Gesamt	422	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Einige der Leistungserbringer merkten an, dass die Dokumentation der Fälle nicht immer möglich war, da Patientinnen und Patienten mit einer durch Pilze ausgelösten Sepsis, genauer der Candida-Sepsis, durch das bestehende Datenfeld mit antibiotischem Fokus nicht abgefragt werden konnten. Die Formulierung sollte daher besser „antiinfektiv“ lauten, um alle Erreger einer Sepsis gleichermaßen zu adressieren. Darüber hinaus sei unklar, wie auf dieses Datenfeld geantwortet werden solle, sofern bereits eine Antibiose bestehe. Des Weiteren wurde von mehreren Leistungserbringern angemerkt, dass in den Patientenakten häufig nicht ausreichend präzise dokumentiert werde, dass ein Antibiotikum aufgrund einer Sepsisdiagnose gegeben wurde.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Das IQTIG schlug zur Differenzierung von durch Pilze ausgelösten Sepsis und bakterieller Sepsis vor, die Abfrage zukünftig über zwei Datenfelder zu gestalten (antibiotische oder antimykotische Behandlung). Dadurch könnten die einzubeziehenden Fälle bei den Indikatoren „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ und „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ eindeutiger gefiltert werden, da bei ersterem Patientinnen und Patienten mit bakterieller und durch Pilze ausgelösten Sepsis einzubeziehen sind. Bei letzterem sind ausschließlich Patientinnen und Patienten mit bakterieller Sepsis zu berücksichtigen. Das Gremium befürwortete diesen Vorschlag.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?“

Der Indikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung gestrichen (siehe Abschnitt 3.1.6). Damit entfällt die Notwendigkeit, eine durchgeführte antibiotische oder antimykotische Behandlung über zwei getrennte Datenfelder abzufragen, da bei beiden Erregerarten die Abnahme von Blutkulturen angezeigt ist. Durch die gemeinsame Abfrage beider Therapieformen in einem Datenfeld kann die Anzahl der Datenfelder reduziert werden. Um die Datenfeldformulierung so präzise wie möglich zu gestalten, wird auf die Verwendung der Begriffe „antimikrobiell“ oder „antiinfektiv“ verzichtet und stattdessen explizit abgefragt, ob eine antibiotisch und/oder antimykotische Behandlung durchgeführt wurde.

⇒ Statt „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“ Änderung in das Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?“

3.1.5.2 Datenfeld: Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen

Durchsicht vor der Feldphase

Mit diesem Datenfeld sollte danach gefragt werden, ob der Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion bekannt ist. Das Datenfeld wurde gestrichen, da die hier erfragte Information (nun mit Bezug auf antibiotische Therapie) gemeinsam mit dem Datum im folgenden Datenfeld (siehe Abschnitt 3.1.5.3) erfragt wurde.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen“ und Abfrage in dem Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ sowie Möglichkeit der Angabe „Zeitpunkt unbekannt“ (siehe Abschnitt 3.1.5.3)

3.1.5.3 Datenfeld: Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen

Durchsicht vor der Feldphase

Wie erwähnt wurde dieses Datenfeld mit dem Datenfeld zum Vorliegen des Datums zusammengelegt (siehe Abschnitt 3.1.5.2), d. h. im selben Datenfeld konnte nun entweder das Datum angegeben werden oder der Umstand, dass das Datum unbekannt war.

Die Formulierung wurde dahingehend geändert, dass nun nicht mehr nach der antimikrobiellen, sondern der antibiotischen Behandlung gefragt wurde (siehe Abschnitt 3.1.5.1). Außerdem wurde deutlicher gemacht, dass sich die Abfrage lediglich auf Behandlungen aufgrund der Sepsisdiagnose bezieht.

⇒ Statt „Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen“ Änderung in das Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ sowie Möglichkeit der Angabe „Zeitpunkt unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“

Tabelle 13: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
407	363	89,19 %	2020-07-07 00:00	nicht zutreffend	2021-05-11 00:45	2021-12-31 00:00	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“

Die Leistungserbringer gaben an, dass diese Frage für Patientinnen und Patienten, die bereits vor der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt wurden, schwer zu beantworten sei, da unklar sei, um welches Datum es sich genau handele. Es wurde ebenso angemerkt, dass die Angabe einer genauen Uhrzeit einen hohen zusätzlichen Aufwand im klinischen Alltag erfordere, da die tatsächliche Gabe des Antibiotikums oftmals nicht unmittelbar dokumentiert werde.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“

Das IQTIG schlug im Expertengremium vor, den Ausfüllhinweis zu präzisieren, sodass sich Datum und Uhrzeit auf die „Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose“ beziehen. Die Expertinnen und Experten befürworteten diese Änderung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt“

Im Sinne des Indikators sowie der Qualitätsförderung generell soll das Verfahren den Impuls geben, auch die Therapie der Sepsis exakt zu dokumentieren. Entsprechend wird der Vorschlag aus dem Expertengremium auch in das finale Indikatorenset übernommen. Zusätzlich wird, wie in Abschnitt 3.1.5.1 beschrieben, zur Präzisierung die Frage beibehalten, ob eine antibiotische oder antimykotische Behandlung erfolgte und entsprechend in die Datenfeldstruktur übernommen. Es wird zusätzlich darauf verwiesen, dass das Datum und die Uhrzeit derjenigen Therapieform anzugeben sind, die zuerst erfolgte.

⇒ Statt „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ Änderung in die Datenfelder „Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt“ und Ergänzung der Datenfelder um den Hinweis „Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben.“

3.1.5.4 Datenfeld: Abnahme und mikrobiologische Analyse von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis

Durchsicht vor der Feldphase

Das Datenfeld wurde sprachlich leicht angepasst.

⇒ Statt „Abnahme und mikrobiologische Analyse von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis“ Umformulierung in das Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

Tabelle 14: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	44	10,43 %
	ja	378	89,57 %
	Gesamt	422	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

Einige Leistungserbringer merkten an, dass der Zusammenhang zwischen der Abnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis nicht regelhaft dokumentiert werde und damit auch nicht aus der Patientenakte abzuleiten sei. Gleichzeitig sei dies jedoch ein sinnvolles Qualitätsziel.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

Dieses Datenfeld wurde bis auf die Ergänzung, dass es sich um die Entnahme von Blutkulturen zur Identifikation des Erregers einer *möglichen* Sepsis am Krankenhausstandort handelt, nicht weiter verändert.

⇒ Statt „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“ Änderung in das Datenfeld „Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?“

3.1.5.5 Datenfeld: Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis

Durchsicht vor der Feldphase

Mit diesem Datenfeld sollte danach gefragt werden, ob der Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen bekannt ist. Es wurde gestrichen, da die hier erfragten Information gemeinsam mit dem Datum selbst im folgenden Datenfeld (siehe Abschnitt 3.1.5.6) erfragt werden.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis“ und Abfrage im das Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“ sowie Möglichkeit der Angabe „Datum und Uhrzeit unbekannt“

3.1.5.6 Datenfeld: Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis

Durchsicht vor der Feldphase

Wie erwähnt, wurde dieses Datenfeld mit dem Datenfeld zum Vorliegen des Zeitpunktes zusammengelegt (siehe Abschnitt 3.1.5.5), d. h. im selben Datenfeld konnten nun entweder Datum und Uhrzeit angegeben werden oder der Umstand, dass mindestens eine dieser Informationen unbekannt war.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis“ und Abfrage in dem Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“ sowie Möglichkeit der Angabe „Datum und Uhrzeit unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“

Tabelle 15: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
378	352	93,12 %	2020-08-12 17:00	nicht zutreffend	2021-05-24 06:56	2021-12-31 00:00	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“

Auch bei diesem Datenfeld gaben einige der Leistungserbringer an, dass der Zusammenhang zwischen der Abnahme von Blutkulturen aufgrund der Sepsis in der Dokumentation in der Patientenakte bislang nicht erkennbar sei. Ebenso entspräche aufgrund interner Prozesse oftmals der tatsächliche Zeitpunkt der Abnahme der Blutkulturen nicht dem der Anforderung im Labor in Form des Zeitstempels auf den Blutkulturflaschen, sodass dieser Zeitstempel nicht als Grundlage zur Dokumentation genutzt werden könnte. Die Leistungserbringer sahen die Forderung, einen exakten Zeitpunkt der Blutkulturabnahme zu dokumentieren, als sehr aufwändig an. Von einem Leistungserbringer wurde angemerkt, dass der Indikator einen möglichen Fehlanreiz schaffen könne, die Therapie mit Antibiotika zu verzögern.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“

Entsprechend den Anmerkungen aus den Nachbesprechungen schlug das IQTIG vor, einen Ausfüllhinweis zu ergänzen, der die Dokumentation des exakten Entnahmezeitpunkts der Blutkulturen fordert. Die Expertinnen und Experten schlossen sich diesem Vorschlag an. Weiterhin stellte das IQTIG zur Diskussion, ob zusätzlich eine zeitliche Vorgabe ausformuliert werden sollte, sodass in der Dokumentation zu erkennen ist, dass die Entnahme der Blutkultur zur Diagnostik der Sepsis vorgenommen wurde. Die Expertinnen und Experten befürworteten dies und schlugen vor, die Anforderung so zu präzisieren, dass die Blutkulturentnahme möglichst tagesgleich mit der Sepsisdiagnose erfolgen solle.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“

Aufgrund der Diskussion im Expertengremium wurde der Ausfüllhinweis dieses Datenfeldes präzisiert, indem ein zeitlicher Rahmen für die Entnahme der Blutkulturen im Bezug zur Sepsisdiagnose festgelegt wurde. Somit darf die Entnahme der Blutkulturen maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach der Sepsisdiagnose erfolgen, damit diese noch hinreichend zur Sepsisdiagnose zugeordnet werden kann. Der Zähler des Indikators wurde ebenfalls entsprechend angepasst. Die Zeitspannen wurden so gewählt, dass auch Blutkulturen, die zu Tagesrandzeiten entnommen werden, auf die Sepsisdiagnose bezogen werden können.

⇒ Statt „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer Sepsis“ Änderung in das Datenfeld „Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt“. Einführung des Datenfeldes „Datum der Sepsisdiagnose“ als erstes Datenfeld für den Indikator (siehe Tabelle 18)

3.1.5.7 Datenfeld: Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei Erstabnahme zur Identifizierung des Erregers der Sepsis

Durchsicht vor der Feldphase

Hier wurde die Antwortoption hinzugefügt, dass die Anzahl unbekannt ist. Außerdem wurde die Formulierung leicht angepasst.

⇒ Ergänzung der Antwortmöglichkeit „Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme“

Tabelle 16: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
378	364	96,30 %	1	1,90	2	6	0,86

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu „Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.1.5.8 Datenfeld: Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6⁷ bekannt?

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld wurde gestrichen, da die hier erfragten Informationen gemeinsam mit dem Datum selbst im folgenden Datenfeld (siehe Abschnitt 3.1.5.9) erfragt wurden.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6 bekannt?“ und Abfrage in dem Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und Ergänzung der Antwortmöglichkeit „Datum und Uhrzeit unbekannt“

⁷ Vgl. Datenfeld unter Abschnitt 3.1.5.6

3.1.5.9 Datenfeld: Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6⁷

Durchsicht vor der Feldphase

Wie erwähnt, wurde dieses Datenfeld mit dem Datenfeld zum Vorliegen des Zeitpunktes zusammengelegt (siehe Abschnitt 3.1.5.8), d. h. im selben Datenfeld konnten nun entweder Datum und Uhrzeit angegeben werden oder der Umstand, dass mindestens eine dieser Informationen unbekannt war. Außerdem wurde die Formulierung leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6 bekannt?“ Änderung in das Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und Ergänzung der Antwortmöglichkeit „Datum und Uhrzeit unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“

Tabelle 17: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
364	295	81,04 %	2020-08-13 14:00	nicht zutreffend	2021-05-10 16:21	2021-12-30 09:00	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“

Aus vielen Rückmeldungen der Leistungserbringer ging hervor, dass bei diesem Datenfeld nicht klar sei, welcher Zeitpunkt und welches Ergebnis genau erfragt werde. Die Leistungserbringer gaben deshalb sehr unterschiedliche Möglichkeiten für den Eingang des Ergebnisses der Erstabnahme an. Zum Beispiel wurde das Ergebnis auf dem Endbefund des Labors, auf dem Zwischenbefund oder mittels der ersten telefonischen Rückmeldung des Labors genannt. Unklar war ebenfalls, ob auch das Ergebnis einer negativen Blutkultur dokumentiert werden sollte.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“

Das IQTIG schlug im Expertengremium vor, zunächst ein Datenfeld zu ergänzen, über welches abgefragt werden könne, ob das Ergebnis des Laborbefundes positiv oder negativ ist. Somit könnten Fälle mit negativem Befund aus dem Indikator ausgeschlossen werden. Weiterhin wurde vom

IQTIG vorgeschlagen, den Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“ zu präzisieren. Die folgende Formulierung wurde dazu vorgestellt: „Abfrage des Zeitpunktes der elektronischen / telefonischen Mitteilung des Labors über das Ergebnis (Gramfärbung ODER Identifizierung des Erregers), auf die eine Entscheidung zur Therapie (Fortsetzung oder Umstellung) erfolgt. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein (Datum und Uhrzeit).“ Einige der Expertinnen und Experten sahen darin einen erhöhten Dokumentationsaufwand. Es wurde dennoch von den Expertinnen und Experten auf die Notwendigkeit der Überprüfung dieses Prozesses hingewiesen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt“

Die im Rahmen der Indikatorenentwicklung insbesondere vonseiten des Expertengremiums geforderte Erfassung des Zeitpunktes, wann das erste Laborergebnis der abgenommenen Blutkultur beim Behandelnden eingegangen ist, wurde beibehalten und präzisiert. Damit ist die Möglichkeit geschaffen, den Prozess der mikrobiologischen Analyse umfassend einzuschätzen.

⇒ Ergänzung des Datenfeldes „War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?“ und statt „Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme“ Änderung in die Datenfelder „Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“, „Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt“

3.1.5.10 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

In Tabelle 18 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorensets V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorensets V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorensets V2.0 für die anschließende Spezifikation sind im Anhang B dargestellt.

Tabelle 18: Datenfelder zum Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Wurde die Patientin/der Patient auf die Sepsis bezogen antimikrobiell behandelt?	0 = nein 1 = ja	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		und/oder antimykotisch behandelt?	
Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden		
Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	TT.MM.JJJJ hh:mm	Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Abnahme und mikrobiologische Analyse von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	0 = nein 1 = ja	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	0 = nein 1 = ja
Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden		
Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	TT.MM.JJJJ hh:mm	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei Erstabnahme zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	__ Blutkultursets (zweistellig)	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	__ Blutkultursets (zweistellig) 9 = unbekannt
		War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6 bekannt	0 = nein 1 = ja		
Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6	TT.MM.JJJJ hh:mm	Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt

3.1.6 Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ (entfällt)

Infolge der Rückmeldungen der Leistungserbringer aus den Nachbesprechungen und des Expertengremiums zu diesem Qualitätsindikator (siehe Abschnitt 3.1.6.4) führte das IQTIG eine orientierende Literaturrecherche durch. Das Ziel dieser Recherche war es, bei Sepsispatientinnen und -patienten bestimmte Gruppen zu identifizieren, bei denen die Messung von Procalcitonin (PCT) zur Therapiesteuerung nicht sinnvoll ist, um diese ggf. aus dem Indikator auszuschließen. Die Recherche ist in Anhang F beschrieben. Da keine der eingeschlossen 15 Studien explizit die Eignung von PCT zur Therapiesteuerung bei bestimmten Subgruppen von Sepsispatientinnen und -patienten untersuchte, wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienpopulationen der Studien verglichen. Die häufigsten Ausschlusskriterien waren hierbei Schwangerschaft, Zustand nach einer Operation, Antibiotikaexposition vor der Sepsisdiagnose, Tuberkulose, Parasitäre Infektionen, Endokarditis und Immunsuppression (z. B. Humanes Immundefizienz-Virus (HIV)). Dabei wurde die Auswahl der Ausschlusskriterien lediglich in einer Studie begründet (Kleinbrahm et al. 2019). Es kann angenommen werden, dass die genannten Ausschlüsse in den Studien (s. o.), insbesondere Patientinnen und Patienten mit Zustand nach einer Operation sowie mit Antibiotikaexposition, größere Anteile der Grundgesamtheit dieses QS-Verfahrens darstellen. Diese können jedoch nur unzureichend durch Sozialdaten (ICD-10-Kodes und OPS) abgebildet werden, sodass sie nicht vollständig aus dem QS-Filter für den Indikator ausgeschlossen werden können. Aufgrund dieser Ergebnisse und unter Berücksichtigung der schwachen Evidenzlage (siehe Anhang F) sowie in Kombination mit den Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen und des Expertengremiums empfiehlt das IQTIG den Indikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ aus dem QS-Verfahren zu streichen.

Die entsprechenden Ergebnisse zu den einzelnen Datenfeldern sind bis zu dieser Entscheidung nachfolgend transparent dargestellt.

3.1.6.1 Datenfeld: Ist die Patientin/der Patient antimikrobiell aufgrund der Sepsisdiagnose behandelt worden?

Durchsicht vor der Feldphase

Für diesen Indikator wurde in Analogie zu dem Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ (siehe Abschnitt 3.1.5) eine Überprüfung des verwendeten Begriffs der „antimikrobiellen Therapie“ durchgeführt. Auch für die Datenfelder dieses Indikators wird für die Dokumentation in der Feldphase eine Fokussierung auf die Abfrage einer antibiotischen Therapie vorgenommen.

Dementsprechend wurde in der Datenfeldformulierung das Wort „antimikrobiell“ durch „antibiotisch“ ersetzt. Außerdem wurde die Formulierung leicht angepasst.

⇒ Statt „Ist die Patientin/der Patient antimikrobiell aufgrund der Sepsisdiagnose behandelt worden?“ Änderung in das Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Tabelle 19: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	15	3,55 %
	ja	407	96,45 %
	Gesamt	422	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Dieses Datenfeld wird auch für den Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ verwendet und die Ergebnisse sind in Abschnitt 3.1.5.1 beschrieben.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?“

Dieses Datenfeld wird auch für den Indikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ verwendet und die Ergebnisse sind in Abschnitt 3.1.5.1 beschrieben.

3.1.6.2 Datenfeld: Datum der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld war als Teil der Basisdokumentation geplant. Es wurde bei der Erläuterung zu allen Indikatoren beschrieben, für die es relevant ist (siehe auch Abschnitt 3.1.4.1).

Mit diesem Datenfeld wurde danach gefragt, ob das Datum der Sepsisdiagnose vorliegt oder nicht. Dieses Datenfeld wurde mit dem Datenfeld des Tags der Sepsisdiagnose zusammengelegt (siehe Abschnitt 3.1.6.3), d. h. im selben Datenfeld kann nun entweder das Datum angegeben werden oder der Umstand, dass das Datum unbekannt ist. Dadurch konnte die Anzahl an Datenfeldern reduziert werden.

⇒ Statt Abfrage des Vorliegens des „Datum der Sepsisdiagnose“ direkte Abfrage des Datums mit der Möglichkeit „unbekannt“ als Antwortoption

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Die quantitativen Ergebnisse zu diesem Datenfeld sind in Tabelle 4 dargestellt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Dieses Datenfeld wird auch für den Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ verwendet und das Ergebnis ist dort beschrieben (siehe Abschnitt 3.1.4.2).

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

Dieses Datenfeld wird auch für den Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ verwendet und das Ergebnis ist dort beschrieben (siehe Abschnitt 3.1.4.2).

3.1.6.3 Datenfeld: Tag der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld wurde in das Datenfeld integriert, siehe Abschnitt 3.1.6.2, und entfällt damit.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Tag der Sepsisdiagnose“

3.1.6.4 Datenfeld: Wurde mindestens zweimal nach Sepsisdiagnose Procalcitonin im Serum bezogen auf die sepsisspezifische antimikrobielle Therapie entnommen?

Durchsicht vor der Feldphase

Bei diesem Datenfeld wurde die Formulierung angepasst und statt auf „antimikrobielle Therapie“ auf die „antibiotische Therapie“ Bezug genommen. Die Frage wurde so umformuliert, dass das Erfordernis nun nicht mehr aus der Formulierung zu entnehmen ist – stattdessen wird nach der exakten Anzahl gefragt.

⇒ Statt „Wurde mindestens zweimal nach Sepsisdiagnose Procalcitonin im Serum bezogen auf die sepsisspezifische antimikrobielle Therapie entnommen?“ Änderung in das Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“ sowie Möglichkeit einer „unbekannt“ Angabe

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“

Tabelle 20: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
380	361	98,00 %	0	4,70	3	50	5,85

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“

Einige der Leistungserbringer gaben an, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten PCT gemessen werde, was bisher noch nicht als eine mögliche Filterfrage umgesetzt worden sei. Im Gegensatz dazu sei allerdings auch bei einer Vielzahl von PCT-Abnahmen im stationären Aufenthalt die Anzahl der Abnahmen sehr aufwändig zu ermitteln. Zudem sei die Operationalisierung der Datenfelder bisher dahingehend nicht präzise genug, dass bei Verlegungen unklar bleibe, wie der Indikator zu erfüllen sei. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es für manche Patientinnen und Patienten bzw. Erkrankungsbilder nicht sinnvoll sei, PCT im Sinne einer Therapiesteuerung zu verwenden. Als besonderer Fall wurde die Candida-Sepsis genannt, die Teil des QS-Filters ist, für die aber die Messung von PCT nicht indiziert ist.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?“

Das IQTIG schlug aufgrund der Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen im Expertengremium vor, dass solche Patientengruppen oder bestimmte Erkrankungsbilder, bei denen die Abnahme von PCT nicht indiziert ist, aus dem Indikator ausgeschlossen werden sollen. Die Teilnehmenden stimmten dem Vorschlag in Form einer orientierenden Literaturrecherche (siehe Abschnitt 3.1.6, Anhang F) zu. In der Diskussion vorab wurde jedoch auch die generelle Sinnhaftigkeit des Indikators hinsichtlich seiner Evidenzgrundlage und der Abbildbarkeit der PCT-Steuerung über einen Algorithmus besprochen. Manche Expertinnen und Experten argumentierten weiterhin, dass die Entnahme von PCT auch aus ökonomischen Gründen vermieden werden solle.

3.1.6.5 Datenfeld: Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ wurde hinzugefügt.

⇒ Ergänzung Antwortmöglichkeit „unbekannt“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Tabelle 21: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
305	305	99,02 %	2020-08-12	nicht zutreffend	2021-05-25	2021-12-31	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Einer der teilnehmenden Leistungserbringer brachte die Kritik an, dass mit diesem Indikator nicht nur die Therapiesteuerung als solche, sondern auch die therapeutische Reaktion zum Beispiel über das Datum der letzten Antibiotikagabe erfasst werden sollte.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Um auf die Rückmeldungen der Leistungserbringer aus den Nachbesprechungen zu diesem Datenfeld und zu dem Nachfolgenden (siehe Abschnitt 3.1.6.6) zu reagieren, legte das IQTIG eine Präzisierung des Datenfeldes zum PCT-Entnahmezeitpunkt vor. Unter der Annahme, dass eine regelhafte Antibiotikatherapie mindestens sieben Tage dauert, wurde eine Mindestverweildauer von sieben Tagen für Patientinnen und Patienten ab dem Datum der Sepsisdiagnose angesetzt, innerhalb derer mindestens zwei PCT-Messungen erfolgen sollten. Patientinnen und Patienten mit einer geringeren Verweildauer würden demnach aus dem Indikator ausgeschlossen werden. Die Expertinnen und Experten hatten zu diesem Vorschlag keine weiteren Anmerkungen.

3.1.6.6 Datenfeld: Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ wurde hinzugefügt.

⇒ Ergänzung der Antwortmöglichkeit „unbekannt“ in dem Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Tabelle 22: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
248	243	97,98 %	2020-11-08	nicht zutreffend	2021-06-03	2021-12-31	nicht zutreffend

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Gemäß einem Leistungserbringer sollte die Operationalisierung dahingehend präzisiert werden, dass die beiden geforderten PCT-Entnahmen innerhalb des Zeitraums von fünf bis sieben Tagen erfolgt sein müssen, um die Therapiesteuerung besser abzubilden.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose“

Das Ergebnis ist unter Abschnitt 3.1.6.5 beschrieben.

3.2 Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren

3.2.1 Qualitätsindikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“

3.2.1.1 Datenfeld: Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis

Durchsicht vor der Feldphase

Die Erläuterung „Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente“ wurde hinzugefügt.

⇒ Ergänzung „Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente“ in dem Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Tabelle 23: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
15	14	93,33 %	290	1147,21	784,50	3205	940,03

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Einige der Leistungserbringer wiesen in den Nachbesprechungen darauf hin, dass die Angabe des Pflege- und Pflegehilfspersonals in Personen sehr aufwändig sei und eine Doppelhebung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb) entstehe, da hier ebenfalls eine solche Abfrage erfolge, allerdings über Vollkräfte (VK). Darüber hinaus merkten die Leistungserbringer an, dass es Personal gibt, welches keiner Fachabteilung fest zugeordnet ist. Dies träfe vor allem für Funktionsabteilungen, wie zum Beispiel Notaufnahmen, zu. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass es einen hohen Anteil an Leasingkräften in ihrem Haus gäbe und sie die Verantwortung für Schulungen nicht nur bei den Häusern selbst sehen, sondern auch bei den Leasingfirmen. Weiterhin sei die derzeitige Operationalisierung, Leasingkräfte über einen Ausschluss von Personal, welches weniger als sechs Monate angestellt ist, auszuschließen ebenfalls sehr aufwändig.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Infolge der Rückmeldungen der Leistungserbringer entwickelte das IQTIG eine geänderte Operationalisierung dahingehend, dass sich die Abfrage des Pflege- und Pflegehilfspersonals an den Angaben des Qualitätsberichts der Krankenhäuser orientiert. Hierüber kann auch die Problematik

eines teilweise hohen Anteils an Leasingkräften in den Krankenhäusern, wie sie bereits in der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) und den Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen thematisiert wurde, beseitigt werden. Diese sind hier über das Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (siehe A-11.2 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)⁸) abbildbar. Bisher wurde dies über ein mindestens 6-monatiges Beschäftigungsverhältnis operationalisiert. Zukünftig kann das gesamte Personal mit direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis in VK auf Basis des Qb (siehe A-11.1 und A-11.2 Qb-R; siehe Anhang B) abgefragt werden. Im Gegensatz zur Abfrage im Indikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“ (siehe Abschnitt 3.2.4.1) wird hier das Personal etwas enger gefasst und der Fokus auf Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK gelegt. Die Teilnehmenden des Expertengremiums befürworteten diesen Vorschlag, während eine Teilnehmerin ergänzte, dass ggf. weitere Fachabteilungen über den generellen Ausschluss hinausgehend ausgeschlossen werden sollten. Dies sei dadurch zu begründen, dass es bei diesem Indikator darum ginge, Fachabteilungen auszuschließen, auf denen keine Patientinnen und Patienten mit zentralvenösen Gefäßkathetern (ZVK) liegen, statt nur solche auszuschließen, auf denen regelhaft keine Sepsispatientinnen und -patienten versorgt werden. Ein weiterer genereller Hinweis bezogen auf die Nutzung von Daten des Qb war, dass eine Validierung dieser Daten perspektivisch stattfinden müsse, um die Datenqualität sicherzustellen bzw. zu erhöhen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen“

Das IQTIG konnte mit Erfassung der notwendigen Informationen (siehe vorheriger Absatz) über die vorhandenen Daten des Qualitätsberichts der Krankenhäuser sowie des spezifischen Personalkreises eine Reduzierung des Dokumentationsaufwands erreichen und stimmt der Rückmeldung aus dem Expertengremium zu, dass eine Validierung der Daten des Qb sinnvoll ist. Im Nachgang des Expertengremiums wurde ebenfalls die bestehende übergreifende Ausschlussliste für diesen Indikator um die weiteren Fachabteilungen Geriatrie, Dermatologie und Innere Medizin mit Schwerpunkt Naturheilkunde ergänzt, da diese nicht regelhaft Patientinnen und Patienten mit ZVK versorgen (siehe Anhang B). Durch die zusätzliche Eingrenzung relevanter Fachabteilungen in diesem Qualitätsindikator ist es notwendig, in den Datenfeldern, die die Anzahl des medizinischen Personals abfragen, in den Formulierungen einen Bezug zum jeweils zugrunde liegenden Qualitätsindikator herzustellen.

⁸ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R). In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 7. April 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3129/Qb-R_2022-12-15_iK-2023-04-07.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

⇒ Statt „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen“ und Angabe als Vollkräfte

3.2.1.2 Datenfeld: Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat, dokumentiert?

Durchsicht vor der Feldphase

In der Formulierung wurde ergänzt, dass hier nach Schulungen „gemäß Ausfüllhinweis“ gefragt wird. Die Satzstellung wurde leicht angepasst, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat, dokumentiert?“ Änderung in das Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“

Tabelle 24: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	14	93,33 %
	ja	1	6,67 %
	Gesamt	15	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“

In den Nachbesprechungen gaben manche der Leistungserbringer an, dass es bereits viele Pflichtschulungen mit entsprechendem Aufwand gäbe und eine solche Schulung nicht für alle einbezogenen Fachabteilungen des Verfahrens von Relevanz sei.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“

Im Expertengremium wurde kritisiert, dass die geforderte Schulungsfrequenz in diesem Indikator für ein spezifisches Schulungsthema, wie der Pflege von ZVK, zu hoch angesetzt sei. Als Alternative wurde vorgeschlagen, das geforderte Personal nur alle zwei Jahre oder auch nur neu angestellte Pflegekräfte zu diesem Thema zu schulen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?“

Bezogen auf die Kritik der Leistungserbringer und des Expertengremiums an dem Schulungsaufwand, verweist das IQTIG darauf, dass die Schulungsinhalte zur Pflege von ZVK in andere bereits bestehende Schulungen (z. B. Hygiene-Pflichtschulung) integriert und auf mehrere Termine verteilt werden können. Die Dokumentation einrichtungsbezogener Indikatoren kann nur einmal jährlich erfasst werden und eine Aufteilung nach neu eingestelltem Personal würde den Dokumentationsaufwand und die Organisation eher erhöhen. Darüber hinaus wurden die Anforderungen des Indikators insofern gekürzt, als das Vorhalten von SOPs zur Anlage von ZVK nicht mehr in der QS-Dokumentation anzugeben ist. Auf der einen Seite wird dies im Qualitätsbericht der Krankenhäuser bereits umfänglich nachgewiesen und auch die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung (siehe Abschnitt 3.2.1.9) weisen in dieser Untieranforderung auf kein Qualitätsdefizit hin. Das IQTIG schätzt die Anforderungen des Indikators als angemessen und sinnvoll ein und nimmt keine weiteren Änderungen vor.

⇒ Statt „Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat, dokumentiert?“ Änderung in das Datenfeld „Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?“

3.2.1.3 Datenfeld: Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat

Durchsicht vor der Feldphase

In der Formulierung wurde ergänzt, dass hier nach Schulungen „gemäß Ausfüllhinweis“ gefragt wird. Die Erläuterung „Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente“ wurde hinzugefügt.

⇒ Statt „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“ und Ergänzung des Hinweises „Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“

Tabelle 25: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
1	1	100,00 %	100	100	100	100	nicht zutreffend

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“

Bezogen auf die Berechnung der Schulungsquote merkte eine Expertin an, dass ein erheblicher Anteil des Pflegepersonals in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis angestellt sei. Daher sei zu berücksichtigen, dass die tatsächliche Anzahl beschäftigter Personen höher läge, als die Anzahl in VK. Weiterhin wurde durch eine Expertin angemerkt, dass die Verantwortung für die Durchführung der Schulungen für das Leasingpersonal bei den Leasingfirmen liegen sollte.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben“

Das IQTIG verweist an dieser Stelle darauf, dass die Schulungen für Leasingpersonal zwar durch externe Anbieter stattfinden können, die Verantwortung für das Vorhalten von geschultem Personal jedoch beim Leistungserbringer liegt. Für diese Qualitätsanforderung ist ein Erfüllungsgrad von 80 % gefordert. Bei einem durchschnittlichen Anteil von Teilzeitbeschäftigten in der Pflege von ca. 50 % (Statista 2022) mit einem angenommenen durchschnittlichen VK-Anteil von 0,5 bedeutet dies, dass effektiv ca. 60 % des angestellten Personals geschult werden müsste. Dennoch

empfiehlt das IQTIG keine Erhöhung des Erfüllungsgrades dieser Unteranforderung vorzunehmen, da durch den Einbezug von Leasingkräften zeitgleich die Anforderung erhöht wurde (siehe Abschnitt 3.2.1.1).

⇒ Statt „Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben“

3.2.1.4 Datenfeld: Durch welche Schulungsformate werden die Inhalte zum Thema Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern vermittelt?

Durchsicht vor der Feldphase

In dem bisherigen Entwurf wurden zwei der Anforderungen an die Schulungen mit Datenfeldern erfragt, andere wurden im Ausfüllhinweis spezifiziert. Zur Vereinfachung wurden in der überarbeiteten Version sämtliche Anforderungen in den Ausfüllhinweisen dargestellt. Hierdurch entfällt dieses Datenfeld.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Durch welche Schulungsformate werden die Inhalte zum Thema Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern vermittelt“ und Darstellung der Anforderungen an die Schulungen im Ausfüllhinweis

3.2.1.5 Datenfeld: Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?

Durchsicht vor der Feldphase

In dem bisherigen Entwurf wurden zwei der Anforderungen an die Schulungen mit Datenfeldern erfragt, andere im Ausfüllhinweis spezifiziert. Zur Vereinfachung wurden in der überarbeiteten Version sämtliche Anforderungen in den Ausfüllhinweisen dargestellt. Hierdurch entfällt dieses Datenfeld.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?“ und Darstellung der Anforderungen an die Schulungen im Ausfüllhinweis

3.2.1.6 Datenfeld: Anzahl der Hygienefachkräfte, die im Erfassungsjahr angestellt waren

Durchsicht vor der Feldphase

In der vorherigen Version wurde mit diesem Datenfeld nach der Zahl (VZÄ) der Hygienefachkräfte, die gemäß der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO 2009) vorgeschrieben sind, gefragt. Um eine aufwandsärmere Dokumentation zu er-

möglichen, wurde die Abfrage auf die VZÄ der tatsächlich beschäftigten Hygienefachkräfte umgestellt. Die KRINKO-Empfehlung bezieht sich in der Berechnung zur Ermittlung des Bedarfs an Hygienefachkräften immer auf das gesamte Krankenhaus (KRINKO 2009). Die Auswertungsebene in der externen QS ist dagegen der Krankenhausstandort. Dementsprechend müssten die Krankenhäuser, bei Bezug des Datenfeldes auf die KRINKO-Empfehlung, die Bedarfsrechnung auf den Krankenhausstandort beziehen. Dies wurde vom IQTIG als deutlich aufwändiger eingeschätzt, als die VZÄ der tatsächlich beschäftigten Hygienefachkräfte des Krankenhausstandortes anzugeben.

⇒ Statt „Anzahl der Hygienefachkräfte, die im Erfassungsjahr angestellt waren“ als geforderte notwendige Mindestmenge durch KRINKO, Änderung in das Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“ in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“

Tabelle 26: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
15	15	100,00 %	1	6,33	5	17	5,18

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“

In den Nachbesprechungen wurde von manchen Leistungserbringern kritisiert, dass die Angabe der Hygienefachkräfte abzüglich des in Fachabteilungen tätigen Personals, das übergreifend vom Verfahren ausgeschlossen ist, zu aufwändig sei. Auch hier wurde auf die Angaben im Qualitätsbericht der Krankenhäuser verwiesen. Weiterhin machten die Leistungserbringer darauf aufmerksam, dass die Anzahl der Hygienefachkräfte pro Krankenhausstandort nicht genau ermittelbar sei, da diese auch für einen gesamten Klinikverbund angestellt werden können. Ein anderer Leistungserbringer gab zudem an, dass nicht eindeutig zu erkennen sei, ob auch die Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker in diesem Datenfeld gezählt werden sollen.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“

Das IQTIG stellte als Änderungsvorschlag für dieses Datenfeld vor, auch die Angabe der Anzahl der Hygienefachkräfte in Personen gemäß Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu erfassen. Für die-

ses Datenfeld gilt nicht der Ausschluss von Fachabteilungen (siehe Tabelle 63), da die Hygienefachkräfte in der Regel fachabteilungsübergreifend beschäftigt sind. Die Expertinnen und Experten befürworteten diesen Vorschlag.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser“

Das Datenfeld wurde entsprechend des Vorschlags aus dem Expertengremium umformuliert, so dass sich die Anzahl der Hygienefachkräfte auf die Angabe im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (siehe A-12.3.1 der Qb-R) bezieht.

⇒ Statt „Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12. des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser“ und Angabe in Personen anstatt in VK

3.2.1.7 Datenfeld: Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege durch von Hygienefachkräften geführte Audits?

Durchsicht vor der Feldphase

Der Text der Frage wurde dahingehend modifiziert, dass nun schon im Datenfeld selbst deutlich gemacht wird, dass es um solche Audits geht, die gemäß Ausfüllhinweis durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang wurde die Satzstellung geändert.

⇒ Statt „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege durch von Hygienefachkräften geführte Audits?“ Änderung in das Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“

Tabelle 27: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Gültig	nein	10	66,67 %	90,91 %
	ja	1	6,67 %	9,09 %
	Gesamt	11	73,33 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	4	26,67 %	

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Gesamt		15	100,00 %	

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“

In den Nachbesprechungen wurde angemerkt, dass es an einigen Stellen Unklarheiten in den Ausfüllhinweisen gäbe und auch der Begriff des Audits klarer definiert werden müsste. Außerdem wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass der Verbesserungsbedarf aus Sicht einiger Leistungserbringer eher bei der Anlage und Pflege von periphervenösen Gefäßkathetern (PVK) als von ZVK läge.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?“

Im Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde der Begriff „Audit“ genauer definiert. Ein Einbezug von PVK in den Indikator schließt das IQTIG mit der im Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung bereits beschriebenen Begründung weiterhin aus (IQTIG 2022a).

3.2.1.8 Datenfeld: Anzahl der Audits zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden

Durchsicht vor der Feldphase

Der Text der Frage wurde dahingehend modifiziert, dass nun schon im Datenfeld selbst deutlich gemacht wird, dass es um solche Audits geht, die gemäß Ausfüllhinweis durchgeführt werden.

⇒ Statt „Anzahl der Audits zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“

Tabelle 28: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
1	1	100,00 %	2	2	2	2	Nicht zutreffend

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden“

Dieses Datenfeld wurde umformuliert, sodass es sich auf die Anzahl der Audits im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres bezieht. Ein weiteres Datenfeld wurde ergänzt, in dem die Anzahl der Audits im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres abgefragt werden. Diese Anpassung wurde vorgenommen, da die Anforderung, dass je Hygienefachkraft mindestens ein Audit pro Halbjahr stattgefunden hat, nur durch diese Operationalisierung überprüfbar ist.

⇒ Statt „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden“ Änderung in die Datenfelder „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden“ und „Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden“

3.2.1.9 Datenfeld: Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine für alle Stationen gemäß Ausfüllhinweis von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur Legung von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern vor?

Durchsicht vor der Feldphase

Die zum Teil im Datenfeld, zum anderen Teil im Ausfüllhinweis dargestellten Anforderungen an die Arbeitsanweisung wurden einheitlich aufgrund ihrer Länge in den Ausfüllhinweis zum Datenfeld verlagert. Außerdem wurde deutlicher formuliert, dass nach dem Vorliegen der Arbeitsanweisung im *gesamten* Erfassungsjahr gefragt wird.

⇒ Statt Nennung der Anforderungen an die Arbeitsanweisung im Datenfeld Nennung dieser im Ausfüllhinweis und Ergänzung der Anforderung „im gesamten Erfassungsjahr“ im Datenfeld

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“

Tabelle 29: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	2	13,33 %
	ja	13	86,67 %
	Gesamt	15	100,00 %

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“

Das IQTIG stellte im Expertengremium den Vorschlag zur Diskussion, diese Unteranforderung des Indikators nicht in das finale Indikatorenset aufzunehmen. Gründe hierfür waren, dass diese Information bereits im Qualitätsbericht der Krankenhäuser mit konstant guten Ergebnissen erfasst werden und die Ergebnisse der Probedokumentation der Leistungserbringer an dieser Stelle auf einen ähnlich geringen Verbesserungsbedarf schließen lassen (siehe Tabelle 29). Das Expertengremium befürwortete diese Anpassung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“

Die Unteranforderung einer SOP zur Anlage von ZVK wird aus den oben beschriebenen Gründen nicht mehr im Indikator erhoben, sodass dieses Datenfeld entfällt.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?“

3.2.1.10 Datenfeld: Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde klargestellt, dass sich die Frage auf das gesamte Erfassungsjahr bezieht.

⇒ Statt „Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“ Änderung in das Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Tabelle 30: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	0	0,00 %	0,00 %
	ja	13	100,00 %	100,00 %
	Gesamt	13	100,00 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	0	0,00 %	
Gesamt		13	100,00 %	

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Wie in Abschnitt 3.2.1.9 beschrieben wird die Unteranforderung einer Arbeitsanweisung nicht in das finale Indikatorenset aufgenommen, sodass auch dieses Datenfeld entfallen kann. In der Konsequenz muss dieses Datenfeld im finalen Indikatorenset gestrichen werden, da es keine Relevanz mehr hat.

⇒ Streichung des Datenfeldes „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

3.2.1.11 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“

In Tabelle 31 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorensets V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorensets V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorensets V2.0 für die anschließende Spezifikation sind im Anhang B dargestellt.

Tabelle 31: Datenfelder zum Indikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	---- Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat, dokumentiert?	0= nein 1= ja	Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	0 = nein 1= ja
Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat	---- Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)
Durch welche Schulungsformate werden die Inhalte zum Thema Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern vermittelt?	1 = praktisches Schulungsformat 2 = theoretisches Schulungsformat 9 = unbekannt		

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
nelten zentralen Venenkathetern vermittelt?	(Mehrfachnennung möglich)		
Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?	0 = keine der aufgelisteten Professionen 1 = Hygienefachkraft 2 = Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker 9 = unbekannt (Mehrfachnennung möglich)		
Anzahl der Hygienefachkräfte, die im Erfassungsjahr angestellt waren Abgefragt wird nur die notwendige Mindestmenge, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) vorgegeben ist	----- Anzahl der Hygienefachkräfte (dreistellig)	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte	Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)
Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege durch von Hygienefachkräften geführte Audits?	0 = nein 1 = ja	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	0 = nein 1 = ja
Anzahl der Audits zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurde	----- Anzahl der Audits (dreistellig)	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	----- Anzahl der Audits (dreistellig)
		Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht	-----

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	Anzahl der Audits (dreistellig)
Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine für alle Stationen gemäß Ausfüllhinweis von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur Legung von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern, vor?	0 = nein 1 = ja		
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	0 = nein 1 = ja		

3.2.2 Qualitätsindikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“

3.2.2.1 Datenfeld: Aus welchen Professionen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?

Durchsicht vor der Feldphase

Vor diesem Datenfeld wurde aus sachlogischen Überlegungen heraus die Frage eingefügt, ob es im Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr überhaupt ein Antibiotic-Stewardship-Team (ABS-Team) gab. Bei Verneinung dieser Frage würden die folgenden Datenfelder nicht eingeblendet und der Indikator wäre nicht erfüllt.

In dem folgenden Datenfeld wurden im Fragentext und bei dem Schlüsselwert das Wort „Professionen“ durch das besser verständlichere Wort „Berufsgruppen“ ersetzt.

⇒ Ergänzung der Frage „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“ sowie Abfrage der einzelnen im ABS-Team vertretenen Berufsgruppen in separaten Antwortoptionen

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“ und „Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?“

Tabelle 32: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	2	13,33 %
	ja	13	86,67 %
	Gesamt	15	100,00 %

Tabelle 33: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?“

		Häufigkeit	Prozent	n gesamt
Gültig	Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie	6	46,15 %	13
	Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie	6	46,15 %	13
	ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt	9	69,23 %	13
	Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie	6	46,15 %	13
	ABS-fortgebildete(r) klinisch tätige(r) Apothekerin oder Apotheker	8	61,54 %	13
	Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	10	76,92 %	13
	verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene	9	69,23 %	13
	andere Berufsgruppen	5	38,46 %	13

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“ und „Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?“

In den Nachbesprechungen gaben einige der Leistungserbringer den Hinweis, dass der Indikator so operationalisiert werden sollte, dass auch ein standortübergreifendes ABS-Team, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Institutskennzeichennummern (IKNR), im Sinne des Indikators als erfüllt gilt. Bei diesem Indikator wurde genauso wie auch unter den Abschnitten 3.2.1.1, 3.2.1.3, 3.2.4.1 darauf hingewiesen, dass eine Angabe der „VK“ für Vollkräfte geläufiger sei als „VZÄ“ für Vollzeitäquivalente.

Diskussion im Expertengremium zu den Datenfeldern „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“ und „Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?“

Das IQTIG nahm die Hinweise der Leistungserbringer auf und schlug dem Expertengremium vor, dass auch ein standortübergreifendes ABS-Team im Indikator zulässig ist. Die Expertinnen und Experten befürworteten diesen Vorschlag. Durch einen Experten wurde der Hinweis gegeben, die Anforderungen zum ABS-Team mit den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) abzugleichen, um mögliche Überschneidungen zu vermeiden.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?“ und zur Abfrage der einzelnen im ABS-Team vertretenen Berufsgruppen in separaten Datenfeldern

An dieser Abfrage wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer wird jedoch ein Datenfeld ergänzt, welches erfragt, ob das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten wird. Das hierfür geschaffene Datenfeld erfordert, dass die Gesamtbettenzahlen der einzelnen Standorte abgefragt und durch den Leistungserbringer aufsummiert werden. Die Tabelle zur Anforderung der VK wurde dementsprechend erweitert. Der Ausfüllhinweis wurde ebenfalls wie folgt angepasst: „Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen (gemäß dem letzten Bericht zur Qb-R), die auf das ABS-Team zugreifen.“ Eine Überprüfung mit dem IfSG ergab, dass sich weder eine Definition des Begriffs „ABS-Team“ noch eine Ausdifferenzierung zu beteiligender Professionen oder Aufgaben hierin wiederfinden, sodass keine weiteren Anpassungen des Indikators notwendig sind.

⇒ Ergänzung des Indikators um das Datenfeld „Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?“ sowie Abfrage der einzelnen im ABS-Team vertretenen Berufsgruppen in den separaten Datenfeldern „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“, „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“, „ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“, „Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie“, „ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“, „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“, „Verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene“ und „Im Antibiotic-Stewardship-Team sind andere Berufsgruppen vertreten“

3.2.2.2 Datenfeld: Mit wie vielen Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie ist der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?

Durchsicht vor der Feldphase

Um Missverständnisse zu vermeiden, wurde der ausdrückliche Hinweis hinzugefügt, dass sich die Frage ausschließlich auf die Gesamtbetten der Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis bezieht.

⇒ Ergänzung des Hinweises „die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis“ im Datenfeld

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“

Tabelle 34: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
15	15	100,00 %	345	859,60	751	1822	487,94

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“

Die Leistungserbringer merkten in den Nachbesprechungen an, dass die Angabe der Gesamtbetten bereits im Qualitätsbericht der Krankenhäuser erfolgt und somit doppelt erfasst werden müsste. Der hohe Aufwand entstünde aber vor allem deshalb, weil gemäß dem Indikator von dieser Gesamtbettenanzahl die Bettenanzahl einiger Fachabteilungen abgezogen werden muss und die Fachabteilungsstruktur der Krankenhäuser teilweise von der im Verfahren definierten Struktur abweicht.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“

Das IQTIG erarbeitete auf Grundlage der Rückmeldungen der Leistungserbringer den Vorschlag, statt der Bettenanzahl einzelner Fachabteilungen gemäß der Ausschlussliste die Abfrage der Gesamtbettenanzahl aller Fachabteilungen gemäß dem Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu fordern. Dies führt zu einer deutlichen Aufwandsreduktion in der Dokumentation. Da von der angegebenen Bettenzahl die Anforderung an die personelle Ausstattung des ABS-Team abhängig ist, wurde auf die Anforderung von 1,0 Vollkräfte pro 500 Betten auf 1,0 Vollkräfte pro 600 Betten reduziert. Die Expertinnen und Experten hatten zu diesen Änderungsvorschlägen keine Anmerkung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“

Im Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde ergänzt, dass die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen anzugeben sind. Dabei bezieht sich die Anzahl der Gesamtbetten, wie im Expertengremium vorgeschlagen, auf die Angabe gemäß Qualitätsbericht der Krankenhäuser (vgl. A-9 der Qb-R) ohne Ausschluss bestimmter Fachabteilungen. Da die Frage, ob ein standortübergreifendes ABS-Team am Krankenhaus vorgehalten wird, ergänzt wurde (siehe Abschnitt 3.2.2.1), ist an dieser Stelle ebenfalls ein Datenfeld zur Abfrage der Gesamtbetten der Standorte, die auf das ABS-Team zugreifen, eingeführt worden.

⇒ Statt „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?“ Änderung in das Datenfeld „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?“ und Ergänzung des Datenfeldes „Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?“ im Falle eines standortübergreifenden ABS-Teams

3.2.2.3 Datenfeld: Wie viele VZÄ sind für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt festgelegt?

Durchsicht vor der Feldphase

Um zu vermeiden, dass die Leistungserbringer selbst Berechnungen anstellen müssen, um die Frage beantworten zu können, wurde diese grundsätzlich umgestellt: Somit können die VZÄ einzeln pro Berufsgruppe angegeben werden; die notwendigen Berechnungen werden durch das IQTIG durchgeführt. Außerdem wurde der Hinweis hinzugefügt, dass ggf. „0“ einzutragen sei.

⇒ Statt „Wie viele VZÄ sind für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt festgelegt?“ Abfrage der VZÄ der je im ABS-Team vertretenen Berufsgruppen in separaten Antwortmöglichkeiten

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

Tabelle 35: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie	6	6	100,00 %	0	2,17	0	12	4,83
Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie	6	6	100,00 %	0	1,57	1,45	4,5	1,68
Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt	9	6	100,00 %	0	4,94	0,50	39	12,79

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

Die Leistungserbringer wiesen bei diesem Datenfeld auf mehrere Unklarheiten hin, die präzisiert werden sollten. Zunächst fehle ein Hinweis, wie die VZÄ im Datenfeld angegeben werden sollten, wenn eine Person mehrere der geforderten Qualifikationen erfüllt. Weiterhin sei nicht ersichtlich,

ob die VZÄ mehrerer Personen mit derselben Qualifikation im Sinne des Indikators aufsummiert werden dürften. Für dieses Datenfeld sollte ebenfalls die Formulierung „VK“ statt „VZÄ“ genutzt werden.

Diskussion im Expertengremium zu den Datenfeldern „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

In Anlehnung an die in Abschnitt 3.2.2.2 genannte Änderung der Erfassung der Bettenanzahl machte das IQTIG den Vorschlag, die Anforderung der personellen Ausstattung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Infektiologie bzw. der ABS-fortgebildeten Fachärztin oder des Facharztes entsprechend anzupassen. Vormalig waren 1,0 Vollkräfte pro 500 Betten gefordert. In der modifizierten Stafflung sollen künftig 1,0 Vollkräfte pro 600 Betten vorgehalten werden. Im Expertengremium gab es dazu keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / den Facharzt oder die Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

Im Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde ergänzt, dass eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen für dieselbe Qualifikation zulässig ist. Wenn eine Person jedoch mehrere Qualifikationen erfüllt, sind die VK dieser Person nur für eine Berufsgruppe anzugeben. Die Formulierung „VZÄ“ wurde durch „VK“ ersetzt.

⇒ Statt „Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“ Änderung in die separaten Datenfelder „Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / den Facharzt oder die Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie / die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?“

3.2.2.4 Datenfeld: Sind die beteiligten Professionen für das Antibiotic-Stewardship-Team in der Geschäftsordnung geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Um die Verständlichkeit zu erhöhen, wurde der Datenfeldtext neu formuliert.

⇒ Statt „Sind die beteiligten Professionen für das Antibiotic-Stewardship-Team in der Geschäftsordnung geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?“

Tabelle 36: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	4	30,77 %
	ja	9	69,23 %
	Gesamt	13	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.2.5 Datenfeld: Liegen interne Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechenden Organfoci adressieren, mit empfohlenen Therapiedauern im Krankenhausstandort vor?

Durchsicht vor der Feldphase

Zur Erleichterung der Bearbeitbarkeit, insbesondere um nicht mehrere Sachverhalte gleichzeitig zu erfragen, wurden die Inhalte dieses und des folgenden Datenfeldes (siehe Abschnitt 3.2.2.6) auf mehrere Felder verteilt. Daher wurde zunächst allgemein nach dem Vorliegen von Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis gefragt (siehe Tabelle 37). Ein weiteres separates Datenfeld erfragt, ob diese Leitlinien Informationen zu Therapiedauern enthalten (siehe Tabelle 38).

⇒ Statt „Liegen interne Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechenden Organfoci adressieren, mit empfohlenen Therapiedauern im Krankenhausstandort vor?“ Änderung in das Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“ und Abfrage der Therapiedauer in einem separate Datenfeld

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“ und „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

Tabelle 37: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	2	13,33 %
	ja	13	86,67 %
	Gesamt	15	100,00 %

Tabelle 38: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	1	7,69 %
	ja	12	92,31 %
	Gesamt	13	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“ und „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

Durch die Leistungserbringer wurde angemerkt, dass die bestehende Abfrage dahingehend unklar sei, ob auch ein separates Kapitel zur Sepsistherapie innerhalb einer oder mehrerer übergreifenden Leitlinien des Krankenhausstandortes im Sinne des Indikators zulässig sei.

Diskussion im Expertengremium zu den Datenfeldern „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“ und „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

Im Rahmen des Expertengremiums gab es eine Anmerkung, dass „interne Therapieleitlinie“ uneindeutig sei, weil dies kein durch wissenschaftliche Fachgesellschaften entwickeltes Dokument sei.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor,

die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?“ und „Enthielten die Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

Das IQTIG sieht keine Missverständnisse, die sich aus der Formulierung „interne Therapieleitlinie“ ergeben können. Zum einen wurden keine Missverständnisse von den teilnehmenden Krankenhäusern berichtet, zum anderen wird der Begriff der internen Leitlinie in den QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) sowie im Qualitätsbericht der Krankenhäuser verwendet. Aufgrund der Erweiterung der übergreifenden Ausschlüsse von Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die internen Leitlinien entsprechend nur auf den Fachabteilungen und in den Fachkrankenhäusern vorliegen müssen, die nicht als Ausschlüsse definiert wurden. Das Datenfeld, ob Empfehlungen zu Therapiedauern der antiinfektiven Therapie der Sepsis in den Leitlinien enthalten sind, wurde sprachlich leicht angepasst. Es wurde so präzisiert, dass deutlicher wird, dass es sich um die *internen* Leitlinien handelt.

⇒ Statt „Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“ Änderung in das Datenfeld „Enthielten die *internen* Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?“

3.2.2.6 Datenfeld: Ist die Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechenden Organfoci adressieren, durch das ABS-Team unter Einbezug der Anwenderinnen und Anwender in der Geschäftsordnung geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde dahingehend vereinfacht, dass nun danach gefragt wird, wer an der Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien beteiligt war.

⇒ Statt „Ist die Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechenden Organfoci adressieren, durch das ABS-Team unter Einbezug der Anwenderinnen und Anwendern in der Geschäftsordnung geregelt?“ Abfrage der an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien beteiligten Personengruppen

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?“

Tabelle 39: Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?“

		Häufigkeit	Prozent	n gesamt
Gültig	ABS-Team	11	100,00 %	11
	Anwenderinnen und Anwender	8	72,73 %	11
	andere	1	9,09 %	11
Fehlend	unbekannt	0	0,00 %	0

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?“

Zu diesen Datenfeldern merkten die Leistungserbringer an, dass es nicht klar sei, was im Sinne der Erfüllung dieser Frage als „beteiligt“ gelte. Es müsse genauer definiert werden, welche Nachweise einer Beteiligung an der Erstellung/Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen erbracht werden müssen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „War das ABS-Team an der Erstellung und / oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?“ und „Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und / oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?“

Im Ausfüllhinweis zum Datenfeld wurde verdeutlicht, dass eine Beteiligung an der Erstellung oder Aktualisierung der Leitlinie bedeutet, dass eine Ärztin oder ein Arzt jener Fachrichtungen, auf denen die interne Therapiel Leitlinie Gültigkeit besitzt, an einem Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung teilgenommen hat oder durch ein schriftliches Umlaufverfahren einbezogen worden ist. Dabei muss mindestens eine jährliche Überprüfung der Aktualität der internen Leitlinie stattfinden. In den Datenfeldern wurde außerdem hervorgehoben, dass das ABS-Team im Vergleich zu Anwenderinnen und Anwender oder anderen Personengruppen federführend an der Erstellung und/oder Aktualisierung der internen Leitlinie zu beteiligen ist. Durch die unterschiedlichen Ausprägungen der Beteiligungen wurden die Datenfelder auf eine Einfachauswahl umgestellt. Die Abfrage, ob weitere Personengruppen beteiligt waren, entfällt zugunsten der Einsparung von Datenfeldern. Der Bezug zum Erfassungsjahr wurde in den Datenfeldern jeweils ergänzt

⇒ Statt „War das ABS-Team / Waren Anwenderinnen und Anwender / Waren andere Personengruppen an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?“ Änderung in die separaten Datenfelder „War das ABS-Team an der Erstellung und / oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?“ und „Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und / oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?“

3.2.2.7 Datenfeld: Liegen die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (z. B. Kitteltaschen-Format) und/oder elektronischer Form vor?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde zur Erhöhung der Verständlichkeit sprachlich vereinfacht und es wurde ein Bezug auf das gesamte Erfassungsjahr hinzugefügt.

⇒ Statt „Liegen die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher (z. B. Kitteltaschen-Format) und/oder elektronischer Form vor?“ Änderung in das Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“

Tabelle 40: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	2	15,38 %
	ja	11	84,62 %
	Gesamt	13	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“

Dieses Datenfeld wurde präzisiert, sodass deutlicher wird, dass es sich um die *internen* Leitlinien-Empfehlungen handelt.

⇒ Statt „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“ Änderung in das Datenfeld „Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle *internen* Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?“

3.2.2.8 Datenfeld: Wurden im Erfassungsjahr quartalsweise, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde geändert, um nicht die Anforderung schon in der Fragenformulierung deutlich zu machen: Die Frequenzen, in der die Visiten erfolgen müssen, wurden in der Frage offengelassen und durch verschiedene Antwortoptionen abgebildet. Durch die Umformulierung der Frage und der Antwortoptionen kann auf die in den Abschnitten 3.2.2.9 und 3.2.2.10 beschriebenen Datenfelder verzichtet werden. Die Rechenregel bildet den Umstand ab, dass die geforderte Frequenz der Visiten sich in Abhängigkeit von der Bettenzahl unterscheidet (je mehr Betten, desto häufiger sollen die Visiten stattfinden).

⇒ Statt „Wurden im Erfassungsjahr quartalsweise, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“ Änderung in das Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

Tabelle 41: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Gültig	nein	3	23,08 %	23,08 %
	ja, seltener als quartals- weise	0	0,00 %	0,00 %

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
	ja, mindes- tens quar- talsweise aber seltener als monatlich	0	0,00 %	0,00 %
	ja, mindes- tens monat- lich aber sel- tener als wöchentlich	2	15,38 %	15,38 %
	ja, mindes- tens wö- chentlich	8	61,54 %	61,54 %
	Gesamt	13	100,00 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	0	0,00 %	
Gesamt		13	100,00 %	

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

Zu diesem Datenfeld gab es im Rahmen der Nachbesprechungen einige Nachfragen. Die Leistungserbringer kritisierten, dass das Datenfeld und der Ausfüllhinweis nicht eindeutig angeben, ob die ABS-Visiten stationsbezogen oder stationsübergreifend stattfinden sollen, oder dies bewusst offengelassen wurde, um beide Optionen zu erlauben. Weiterhin war für einige unklar, ob auch infektiologische Visiten oder Konsile als äquivalent zu den geforderten ABS-Visiten gezählt werden dürften. Zudem wiesen die Leistungserbringer darauf hin, dass weder im Datenfeld noch im Ausfüllhinweis eine Mindestanzahl an zu visitierenden Patientinnen und Patienten festgelegt sei. Zuletzt wurde genannt, dass Krankenhäuser mit eigener Klinik für Infektiologie generell in diesem Indikator berücksichtigt werden sollten, da hier häufig ebenfalls ABS-Tätigkeiten erbracht werden.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

Entsprechend den Rückmeldungen der Leistungserbringer nahm das IQTIG einige Anpassungen im Datenfeld vor, die es dem Expertengremium präsentierte. Zum einen wurde präzisiert, dass sowohl infektiologische Visiten als auch Konsile im Sinne von ABS-Visiten äquivalent zulässig sind. Dabei soll aber sichergestellt werden, dass die Visiten immer mindestens durch eine Infektiologin bzw. einen Infektiologen oder durch eine(n) ABS-fortgebildete(n) Fachärztin oder Facharzt durchgeführt werden. Zum anderen wurde die Berechnung der geforderten Visitenzahl vorgestellt, die sich an der Anzahl beschäftigter Vollkräfte in Abhängigkeit der Bettenzahl bemisst.

So sind pro 300 Betten 50 ABS-Visiten durchzuführen, wobei nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation oder Intermediate-Care-Station oder Stroke-Unit visitiert werden dürfen. Dementsprechend wurde auch ein Datenfeld ergänzt, welches die exakte Anzahl der Visiten abfragt. Die Expertinnen und Experten kritisierten an diesen Vorschlägen zunächst, dass eine konkrete Definition der Begriffe „Visite“ und „Konsil“ vorgenommen werden müsse, da diese in den Krankenhäusern unterschiedlich verwendet werden würden. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass der Indikator nur diejenigen Patientinnen und Patienten adressieren würde, die bereits mit einer Sepsis diagnostiziert sind. Demnach würde die Visite „zu spät“, nämlich erst nach der Diagnose erfolgen. Es sei aus Expertensicht jedoch sinnvoller, wenn die Visiten bereits vor der Diagnose stattfinden würden und der Indikator stärker auf diesen patientenrelevanten Prozess hinwirken würde. Die Expertinnen und Experten sprachen sich weiterhin dafür aus, dass für die Durchführung von ABS-Visiten keine ABS-Fortbildung auf dem Level „expert“ erforderlich sei, sondern dass für diese Anforderung eine Fortbildung auf dem Level „fellow“ ausreichend wäre (ABS [kein Datum]) Zu der Berechnung der Visitenzahl sowie der Differenzierung der zu visitierenden Patientinnen und Patienten wurden im Expertengremium keine Anmerkungen gemacht.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“ und „Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

Aufgrund der Rückfragen der Expertinnen und Experten zu den Definitionen der Begriffe „Visite“ und „Konsil“ wurde der Ausfüllhinweis zu diesen Datenfeldern entsprechend konkretisiert. Außerdem wurde ergänzt, dass ABS-Visiten nur im Sinne dieses Indikators gezählt werden können, sofern die visitierte Patientin bzw. der visitierte Patient im Rahmen dieses QS-Verfahrens dokumentationspflichtig werden. ABS-Visiten können auch gezählt werden, wenn die Patientin oder der Patient erst nachgelagert einen septischen Verlauf erlitten hat, die Visite aber schon vorher stattgefunden hat. Das Datenfeld zur Abfrage der Anzahl der Visiten wurde um den Zusatz ergänzt, dass eine Sepsispatientin bzw. ein Sepsispatient mehrfach visitiert und gezählt werden kann. Im Ausfüllhinweis wurde ergänzt, dass zur Durchführung von ABS-Visiten eine Qualifikation auf dem Level „ABS-fellow-Kurs“ (ABS [kein Datum]) ausreichen ist sowie, dass die ABS-Visiten auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden können. Bei der Unteranforderung zu Teamstruktur bleiben die Anforderungen ohne Änderung bestehen.

⇒ Ergänzung des Datenfeldes „Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“
--

3.2.2.9 Datenfeld: Wurden im Erfassungsjahr monatliche, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?

Durchsicht vor der Feldphase

Das Datenfeld entfällt, da diese Information mit einem anderen Datenfeld erfasst wird (siehe Abschnitt 3.2.2.8).

⇒ Streichung des Datenfeldes „Wurden im Erfassungsjahr monatliche, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

3.2.2.10 Datenfeld: Wurden im Erfassungsjahr wöchentliche, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?

Durchsicht vor der Feldphase

Das Datenfeld entfällt, da diese Information mit einem anderen Datenfeld erfasst wird (siehe Abschnitt 3.2.2.8).

⇒ Streichung des Datenfeldes „Wurden im Erfassungsjahr wöchentliche, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?“

3.2.2.11 Datenfeld: Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Fragestellung wurde modifiziert, sodass deutlicher wird, dass es lediglich um Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten geht, sich die Frage aber auf *alle* diese Visiten bezieht.

⇒ Statt „Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“ Änderung in das Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

Tabelle 42: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	4	40,00 %	40,00 %
	ja	6	60,00 %	60,00 %
	Gesamt	10	100,00 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	0	0,00 %	

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Gesamt		10	100,00 %	

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

In den Nachbesprechungen wurde teilweise zurückgemeldet, dass ABS-Visiten nicht ausschließlich für Sepsispatientinnen und -patienten erfolgen, sondern im Rahmen dieser auch zum Beispiel andere Patientinnen und Patienten mit Infektionen visitiert werden. Die Leistungserbringer waren hier unsicher, ob dies im Sinne des Indikators ebenfalls zulässig sei.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

Im Rahmen dieses Indikators können ausschließlich Visiten bei Patientinnen und Patienten gezählt werden, die innerhalb ihres stationären Aufenthalts dokumentationspflichtig im Sinne dieses QS-Verfahrens werden. Visiten bei Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen als einer Sepsis können hier nicht angerechnet werden. Dieser Zusatz wurde in dem Ausfüllhinweis des Datenfeldes ergänzt. Der Bezug, dass es sich um die Visiten handelt, die im vorherigen Datenfeld angegeben worden sind, wurde deutlicher hervorgehoben.

⇒ Statt „Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“ Änderung in das Datenfeld „Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?“

3.2.2.12 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“

In Tabelle 43 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorensets V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorensets V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorensets V2.0 für die anschließende Spezifikation sind im Anhang B dargestellt.

Tabelle 43: Datenfelder zum Indikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	0 = nein 1 = ja
Aus welchen Professionen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?	<p>0 = keiner dieser Professionen</p> <p>1 = Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie/ Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt</p> <p>2 = Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker</p> <p>3 = Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</p> <p>4 = Verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene (Mehrfachnennung möglich)</p>	Welche der folgenden Berufsgruppen sind im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?	<p>1 = Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie</p> <p>2 = Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie</p> <p>3 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt</p> <p>4 = Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie</p> <p>5 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker</p> <p>6 = Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</p> <p>7 = verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene</p> <p>8 = andere Berufsgruppen (Mehrfachantworten möglich)</p>
		Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Mit wie vielen Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie ist der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	----- Betten (vierstellig)	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	----- Betten (vierstellig)
		Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zuzugreifen?	----- Betten (vierstellig)
Wie viele VZÄ sind für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt festgelegt?	----- VZÄ (einstellig)	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt ----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)
Sind die beteiligten Professionen für das Antibiotic-Stewardship-Team in	0 = nein 1 = ja	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
der Geschäftsordnung geregelt?		Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?	
Liegen interne Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechenden Organfoci adressieren, mit empfohlenen Therapiedauern im Krankenhausstandort vor?	0 = nein 1 = ja	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	0 = nein 1 = ja
Ist die Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, durch das ABS-Team unter Einbezug der Anwenderinnen und Anwender in der Geschäftsordnung geregelt?	0 = nein 1 = ja	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?	0 = nein 1 = ja
		Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?	0 = nein 1 = ja
		Enthielten die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	0 = nein 1 = ja
Liegen die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren,	0 = nein 1 = ja	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven The-	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher (z. B. Kitteltaschen-Format) und/oder elektronischer Form vor?		rapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	
Wurden im Erfassungsjahr quartalsweise, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
Wurden im Erfassungsjahr monatliche, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja		
Wurden im Erfassungsjahr wöchentliche, stationsbezogene bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja		
		Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.	---- Visiten (vierstellig)
Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

3.2.3 Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“

3.2.3.1 Datenfeld: Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten ≥ 18 Jahren vor?

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde verdeutlicht, dass sich die Frage auf das gesamte Erfassungsjahr bezieht. Außerdem wurde präzisiert, dass die Arbeitsanweisung nicht für das ganze Krankenhaus gelten muss, sondern nur für die ausgewählten Abteilungen (siehe Tabelle 63).

⇒ Statt „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten ≥ 18 Jahren vor?“ Änderung in das Datenfeld „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) vor?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) vor?“

Tabelle 44: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten ≥ 18 Jahren vor?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	11	73,33 %
	ja	4	26,67 %
	Gesamt	15	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) vor?“

Mehrere Leistungserbringer gaben an, dass die Formulierung im Zähler „eine von der Krankenhausleitung freigegebene SOP“ zu unscharf sei, da die Krankenhäuser unterschiedliche Leitungsstrukturen haben könnten. Dies sollte zukünftig berücksichtigt werden.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?“

Dieses Datenfeld wurde für das finale Indikatorenset überarbeitet, sodass unterschiedliche Leitungsstrukturen in den Krankenhäusern adressiert werden. Zusätzlich wurde im Ausfüllhinweis ergänzt, dass eine unterjährige Aktualisierung zulässig ist, wenn die aktualisierte Version die vorbestehende nahtlos ablöst.

⇒ Statt „Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (≥ 18 Jahren) vor?“ Änderung in das Datenfeld „Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?“

3.2.3.2 Datenfeld: Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“ Änderung in das Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Tabelle 45: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente
Gültig	nein	0	0,00 %	0,00 %
	ja	4	100,00 %	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	0	0,00 %	
Gesamt		4	100,00 %	

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.3 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“

Tabelle 46: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	0	0,00 %
	ja	4	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.4 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Tabelle 47: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	1	25,00 %
	ja	3	75,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.5 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

Tabelle 48: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	2	50,00 %
	ja	2	50,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.6 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

Tabelle 49: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	1	25,00 %
	ja	3	75,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.7 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Es wurde verdeutlicht, dass sich die Frage nur auf Sepsis und Verdacht auf Sepsis bezieht.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Tabelle 50: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	3	75,00 %
	ja	1	25,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Zu diesem Datenfeld gab es eine Rückmeldung, dass auch die Anforderung eines infektiologischen Konsils ergänzt werden sollte. Eine weitere Rückmeldung war, dass das Datenfeld indirekt ein limitierendes Zahlwort enthalte, da vom „Einbezug *eines* Konsils“ die Rede ist. Es sei jedoch sinnvoller, hier keine Limitation vorzugeben und das Datenfeld dahingehend anzupassen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen, derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?“

Dieses Datenfeld wurde für das finale Indikatorenset umformuliert, um keine indirekte Limitation auf ein Konsil vorzugeben. Außerdem wurden infektiologische Konsile in die Formulierung des Datenfeldes aufgenommen, da diese im Sinne dieser Untieranforderung ebenfalls zulässig sind.

⇒ Statt „War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?“

3.2.3.8 Datenfeld: Sind in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Sind in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Tabelle 51: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	0	0,00 %
	ja	4	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.9 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Es wurde verdeutlicht, dass sich die Frage lediglich auf die antimikrobielle Therapie *der Sepsis* bezieht.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?“

Tabelle 52: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	0	0,00 %
	ja	4	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.10 Datenfeld: Ist ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie in der Arbeitsanweisung festgelegt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen. Es wurde verdeutlicht, dass sich die Frage lediglich auf die antiinfektive Therapie *der Sepsis* bezieht. Außerdem wurde eine grundsätzliche Umstellung vorgenommen: Um nicht das Erfordernis direkt zu erfragen, wurde nun in einer ersten Frage nach dem Vorliegen eines Zielwertes gefragt. In einer neu hinzugefügten, abhängigen Frage wurde nach dem konkreten Minutenwert gefragt.

⇒ Statt „Ist ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten, zur Einleitung der antiinfektiven Therapie in der Arbeitsanweisung festgelegt?“ Änderung in das Datenfeld „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“ und Abfrage des zeitlichen Zielwertes in separatem abhängigen Datenfeld

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“ und „Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?“

Tabelle 53: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	0	0,00 %
	ja	4	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Tabelle 54: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung (Minuten)
4	4	100,00 %	60	67,50	60	90	15

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“ und „Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?“

Zu diesen Datenfeldern gab es eine Anmerkung eines Leistungserbringers, der die Formulierung eines Zielwerts zur Einleitung einer antiinfektiven Therapie bei Sepsis, mit Ausnahme des septischen Schocks, kritisch sah.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?“ und „Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?“

Bezogen auf die Anmerkung des Leistungserbringers in den Nachbesprechungen wird an dieser Stelle auf den Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung und die Begründung in Abschnitt 5.8.1.2 (IQTIG 2022a) verwiesen. Diese Datenfelder werden demnach unverändert im Indikator beibehalten.

3.2.3.11 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie), bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie), bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

Tabelle 55: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	0	00,00 %
	ja	4	100,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?“

An diesem Datenfeld wurden keine Änderungen vorgenommen, da keine Unklarheiten durch die Leistungserbringer und das Expertengremium geäußert wurden. Es wird im finalen Indikatorenset in dieser Form beibehalten.

3.2.3.12 Datenfeld: Ist in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde leicht angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

⇒ Statt „Ist in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“ Änderung in das Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“

Tabelle 56: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	nein	4	100,00 %
	ja	0	0,00 %
	Gesamt	4	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“

Bei diesem Datenfeld entstand vereinzelt in Nachbesprechungen die Diskussion über die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor und insbesondere über ein fehlendes übergreifendes Versorgungskonzept nach einer Sepsiserkrankung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?“

Die Mitgabe eines Informationsblatts ist als ein weiteres Instrument zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Nachsorge einer Sepsis zu verstehen und wird daher als Unteranforderung in diesem Indikator beibehalten.

3.2.3.13 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“

In Tabelle 57 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorensets V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorensets V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorensets 2.0 für die anschließende Spezifikation sind im Anhang B dargestellt.

Tabelle 57: Datenfelder zum Indikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Lag in ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine einheitlich für das gesamte Krankenhaus geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten ≥ 18 Jahren vor?	0 = nein 1 = ja	Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?	0 = nein 1 = ja
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	0 = nein 1 = ja	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die Fokusedifizierung, bei Verdacht auf	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Fokusedifizierung	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Sepsis und Sepsis, geregelt?		bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	
Ist in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, geregelt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Sind in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten, zur Einleitung der antiinfektiven Therapie in der Arbeitsanweisung festgelegt?	0 = nein 1 = ja	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	0 = nein 1 = ja
		Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis War in der Arbeitsanweisung festgelegt? Angabe in Minuten	--- Minuten (dreistellig)

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Ist in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie), bei Verdacht auf Sepsis und Sepsis, geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	0 = nein 1 = ja	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	0 = nein 1 = ja

3.2.4 Qualitätsindikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“

3.2.4.1 Datenfeld: Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht

Durchsicht vor der Feldphase

Damit der Leistungserbringer nicht selbst Berechnungen durchführen muss und die Abfrage gleichzeitig klarer wird, wurde die Frage in zwei Datenfelder aufgeteilt: eines zum ärztlichen und eines zum pflegerischen Personal. Es wurde die Erläuterung hinzugefügt, dass hier Personen zu zählen sind und nicht (wie in anderen Datenfeldern) VZÄ. Die Angaben dazu, welches Personal genau zu berücksichtigen ist, finden sich dann gesammelt im Ausfüllhinweis.

⇒ Statt „Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht“ Änderung und Aufteilung in die Datenfelder „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ und „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ mit Hinweis der Angabe in Personen

Quantitative Ergebnisse zu den Datenfeldern „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ und „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Tabelle 58: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
15	13	86,67 %	120	510,77	243	1352	430,10

Tabelle 59: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	Standardabweichung
15	14	93,33 %	290	1147,21	784,50	3205	940,03

Rückmeldungen der Leistungserbringer zu den Datenfeldern „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ und „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Die Hinweise aus den Nachbesprechungen zum Pflege- und Pflegehilfspersonal sind identisch zu denen des Indikators „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ (siehe Abschnitt 3.2.1.1). Zum ärztlichen Personal gab es außerdem den Hinweis, dass diese nicht immer fest einer Station zugeordnet werden und in sogenannten „Springer-Pools“ arbeiten. Darüber hinaus sei eine Angabe des ärztlichen Personals in VK anstatt in Personen aufwandsärmer.

Diskussion im Expertengremium zu den Datenfeldern „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ und „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“

Das IQTIG schlug für die Erfassung des ärztlichen und pflegerischen Personals mit direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis vor, die Angabe in VK gemäß Qualitätsbericht der Krankenhäuser (siehe A-11.1 und A-11.2 der Qb-R) abzüglich des Personals, welches in Fachabteilungen der Ausschlussliste (siehe Tabelle 63) beschäftigt ist, zu verwenden (wie auch in Abschnitt 3.2.1.3 beschrieben). Das Expertengremium sprach sich dafür aus, die Ausschlussliste zu überprüfen und ggf. weitere Fachabteilungen auszuschließen, auf denen keine Sepsispatientinnen und -patienten betreut werden.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zu den Datenfeldern „Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie

von Sepsis teilnehmen soll“, „Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll“ und „Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll“

Zur weiteren Präzisierung wurde die übergreifende Ausschlussliste nochmals überprüft und präzisiert (siehe Tabelle 63). Analog zur Abfrage des Pflege- und Pflegehilfspersonals im Qualitätsindikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ wird auch in diesen Datenfeldern in der Formulierung ein Bezug zum Qualitätsindikator hergestellt, um die Abgrenzung des Einbezugs des medizinischen Personals unterschiedlicher Fachabteilungen zwischen den beiden Qualitätsindikatoren zu verdeutlichen (siehe Abschnitt 3.2.1.1).

⇒ Statt „Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ und „Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis“ Änderung in die Datenfelder „Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll“, „Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll“ und „Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll“

3.2.4.2 Datenfeld: Ist die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben, dokumentiert?

Durchsicht vor der Feldphase

Es wurden Formulierungsanpassungen vorgenommen, um noch deutlicher zu machen, welches Personal zu zählen ist.

⇒ Statt „Ist die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben, dokumentiert?“ Änderung in das Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

Tabelle 60: Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	0	0,00 %
	nein	15	100,00 %
	Gesamt	15	100,00 %

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, dass innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

Bezüglich dieses Datenfeldes wurde von einigen Leistungserbringern darauf hingewiesen, dass weder im Datenfeld noch im Ausfüllhinweis definiert sei, durch welche Personen die Inhalte der Schulung vermittelt werden soll. Weiterhin wurde die Frage gestellt, ob die Schulungsinhalte auch auf mehrere Termine aufgeteilt vermittelt werden können. Der Ausfüllhinweis sei an dieser Stelle nicht eindeutig.

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

Bezogen auf die Rückmeldungen der Leistungserbringer stellte das IQTIG im Expertengremium vor, dass die Schulungsinhalte entweder durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt gemäß den Professionen des ABS-Teams oder durch eine Ärztin bzw. Arzt mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene sowie eine Hygienefachkraft vermittelt werden sollten. Darüber hinaus gelten ausschließlich interne Schulungen im Sinne des Indikators als zulässig. Die Expertinnen und Experten sprachen sich gegen diese enge Definition aus und diskutierten, welche weiteren klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit Erfahrungen im Bereich der Sepsiserkrankung für die Durchführung der Schulungen infrage kämen. Hierbei wurde auch der Einbezug von Patientinnen und Patienten nach einer Sepsiserkrankung diskutiert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

Der Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde für das finale Indikatorenset insofern konkretisiert, als die Vermittlung der Schulungen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt sowie durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, erfolgen muss. Die Formulierung des Datenfeldes wurde leicht angepasst.

⇒ Statt „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“ Änderung in das Datenfeld „Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?“

3.2.4.3 Datenfeld: Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurden Formulierungsänderungen vorgenommen, um klarer zu machen, welches Personal zu zählen ist. Hierzu wurde das Wort „dieser“ hervorgehoben, ein Verweis auf den Ausfüllhinweis aufgenommen sowie herausgestellt, dass Personen gezählt werden sollen, nicht VZÄ.

⇒ Statt „Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben“ Änderung in das Datenfeld „Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben“ und Hinweis auf Angabe in Personen

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld „Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben“

In diesem Datenfeld soll die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an den Schulungen teilgenommen haben, in Personen angegeben werden. Aus dem Verhältnis dieser Angabe zu der Angabe des Personals mit direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis in VK (siehe A-11.1 und A-11.2 der Qb-R, ausgenommen der VK der Fachabteilungen der Ausschlussliste (siehe Tabelle 63) kann dann die Schulungsquote errechnet werden. Die Angabe der geschulten Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter in Personen ist mit einer erheblichen Aufwandsreduktion für die Leistungserbringer verbunden. Die potenziellen Auswirkungen auf die Erreichung des Referenzbereichs durch diese Anpassung wurde bereits unter Abschnitt 3.2.1.3 beschrieben.

3.2.4.4 Überblick über die Änderungen der Datenfelder des Indikators „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie der Sepsis“

In Tabelle 61 werden die Datenfelder des Qualitätsindikators des Indikatorensets V1.1 (Stand: Abschlussbericht Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022c)) den Datenfeldern des Indikatorensets V2.0 (Stand: Abschlussbericht Machbarkeitsprüfung) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung erfolgt auf inhaltlicher Ebene, die Datenfelder des Indikatorensets V2.0 für die anschließende Spezifikation sind im Anhang B dargestellt.

Tabelle 61: Datenfelder zum Indikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“ im Indikatorenset V1.1 vs. V2.0

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	---- Ärztinnen und Ärzte (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
		Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
		Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung,	---- weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)

Indikatorenset V1.1		Indikatorenset V2.0	
		Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	
Ist die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben, dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	0 = nein 1 = ja
Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)

3.3 Ergebnisqualität

Im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) wurde empfohlen, die Indikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität über die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erfassen. Wie in Kapitel 1 beschrieben sind diese nicht Gegenstand der vorliegenden Machbarkeitsprüfung. Dennoch ergibt sich aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Machbarkeitsprüfung die Notwendigkeit von Anpassungen der Indikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität, die nachfolgend beschrieben sind.

In den Nachbesprechungen wurde auf die Problematik der späten Berichtszeitpunkte der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren hingewiesen. Diese liegen nicht gleichzeitig mit den Ergebnissen der Prozess- und Strukturindikatoren vor, da sie erst im Erfassungsjahr X + 2 berichtet werden können. Dies betrifft sowohl den Indikator zur Krankenhaussterblichkeit als auch den Indikator zur Pflegebedürftigkeit. Aus Sicht der Leistungserbringer verhindert dies eine zeitnahe Reaktion auf zum Beispiel eine erhöhte Krankenhaus-Letalität. Das IQTIG teilt diese Einschätzung und sieht dies auch aufgrund der notwendigen gemeinsamen Beurteilung der Ergebnisse der Struktur- und Prozessindikatoren vor dem Hintergrund der Ergebnisqualität der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren als problematisch an. Aufgrund dessen wurde eine Prüfung vorgenommen, ob eine Überführung der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität in eine automatisierte fallbezogene Dokumentation von ICD-10-Kodes und OPS beim Leistungserbringer und damit eine Rückmeldung bereits im Erfassungsjahr X + 1 möglich ist. Damit könnte ein zeitgleiches Vorliegen der Ergebnisse der Prozess-, Struktur- und Ergebnisindikatoren erreicht werden.

Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Der Qualitätsindikator zur Krankenhaus-Letalität greift aus mehreren Gründen auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen zurück. Im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) wurde für alle Indikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität empfohlen, nur inzidente Sepsisfälle (d. h. keinen stationären Aufenthalt mit Sepsis gemäß Grundgesamtheit 365 Tage vor Aufnahme) einzuschließen. Damit soll die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer erhöht werden sowie bei Indikatoren und Kennzahlen mit Follow-up die doppelte Zählung eines Ereignisses vermieden werden. Da der Qualitätsindikator zur Krankenhaus-Letalität keinen Follow-up-Zeitraum hat, wäre hier die Streichung des Kriteriums zum Einbezug inzidenter Sepsisfälle möglich. Zweiter Grund für die Erhebung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ist das vorgesehene Risikoadjustierungsmodell, für welches in der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) potentielle Risikofaktoren recherchiert wurden (siehe Anhang A). Auch hier gibt es die Möglichkeit, diese umfänglich über die im stationären Aufenthalt kodierten ICD-10-Kodes oder OPS abzubilden und automatisch aus dem KIS in die QS-Dokumentation zu übertragen. Das Alter, welches einen weiteren Risikofaktor darstellt, lässt sich über die administrativen Datenfelder des fallbezogenen Dokumentationsbogens (Geburtsdatum und Aufnahmedatum) berechnen. Der einzige potenzielle Risikofaktor, welcher nicht bereits durch die vorgesehenen Datenfelder der QS-Dokumentation oder über die zu übermittelnden stationären Daten nach § 301 SGB V abgebildet werden kann, ist die Zuverlegung aus einem anderen Krankenhaus. Das interessierende Ergebnis selbst kann über den Entlassgrund „Tod“ (Schlüssel 5 nach § 301 SGB V) automatisch aus dem KIS in die QS-Dokumentation übernommen werden. Der Ausschlussgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ kann über die Angaben im selben Schlüssel übernommen werden.

Das Versterben der Patientin oder des Patienten innerhalb des stationären Aufenthalts kann valide und reliabel über den Entlassungsgrund „Tod“ erfasst werden. Entsprechend des objektiven Tatbestands ist auch keine Einschränkung in der Datenqualität zu erwarten. Die potenziellen Risikofaktoren lassen sich über die vorgesehenen Datenfelder der QS-Dokumentation oder über die stationären Daten nach § 301 SGB V automatisch in entsprechende Datenfelder übertragen. Für den Risikofaktor „Zuverlegung aus einem anderen Krankenhaus“ wird ein eigenes Datenfeld geschaffen. Insgesamt ist der zusätzliche Aufwand zur Dokumentation für den Leistungserbringer dementsprechend gering. Durch die Umstellung auf einen fallbezogenen Indikator kann keine Einschränkung mehr auf inzidente Sepsisfälle erfolgen. Das IQTIG sieht es allerdings angesichts der Letalitätsraten von über 30 % (IQTIG 2022a) als gewichtiger an, dass die Ergebnisse der Prozess- und Strukturindikatoren mit dem Ergebnis des Qualitätsindikators zur Krankenhaus-Letalität gemeinsam betrachtet werden können. Es ist anzunehmen, dass die langfristigen Auswirkungen einer vorangegangenen Sepsis sich mehrheitlich über die identifizierten Risikofaktoren abdecken lassen. Ungeachtet der Umstellungen auf einen fallbezogenen Indikator als Ergebnis der Machbarkeitsprüfung sind keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Eignungskriterien feststellbar, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens uneingeschränkt empfiehlt.

Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung

Der Indikator erfasst eine Erhöhung des Pflegegrads innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung. Die Pflegegrade nach Entlassung, die ursprünglich im § 105 SGB XI vorliegen, können über die bei den Krankenkassen vorliegenden Stammdaten abgebildet werden. Eine Überführung in die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist hier nicht möglich. Der Indikator kann somit unverändert erst im Erfassungsjahr X + 2 ausgewertet und rückgemeldet werden.

Follow-up-Kennzahlen zur Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualitätskennzahlen mit einem Follow-up von 365 Tagen nach Entlassung (neuaufgetretene Morbiditäten nach Organsystemen und Letalität nach Sepsis) können ebenfalls weiterhin nur über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden. Entsprechend des einjährigen Follow-up und der Latenz der Datenübermittlung der Sozialdaten bei den Krankenkassen können diese Kennzahlen erst im Erfassungsjahr X + 3 berichtet werden.

Weitere übergreifende Änderungen zur Ergebnisqualität

Als zusätzliche potenzielle Risikofaktoren, die im Rahmen der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells zu prüfen sind, werden die neuen sekundären Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme (U69.8-!) aufgenommen (siehe Kapitel 7).

Für den Indikator zur Pflegebedürftigkeit erfolgte die Präzisierung des Titels in „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“, um damit bereits im Indikatortitel die inhaltliche Ausrichtung und Operationalisierung präziser abzubilden. Bei den weiteren Indikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität wird eine einheitliche Verwendung der Formulierung „nach Sepsis“ statt „bei Sepsis“ vorgenommen.

3.4 Administrative Datenfelder

Zusätzlich zu den dargestellten Datenfeldern der fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentation werden bei allen eingeschlossenen Leistungserbringern administrative Datenfelder erfasst. Diese können i. d. R. automatisch ausgelesen und somit ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst werden und befinden sich zu Beginn der beiden Dokumentationsbögen (siehe Anhang B). Weiterhin werden in diesem Teil die Datenfelder aufgeführt, die für die Berechnung mehrerer Indikatoren von Relevanz sind.

4 Beurteilung der Qualitätsindikatoren und des Qualitätsindikatorensets

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Qualitätsindikatoren, die nach den Ergebnissen aus den Nachbesprechungen und dem Expertengremium weiter empfohlen werden, bezüglich der in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022e) dargelegten Eignungskriterien des Messverfahrens geprüft und abschließend hinsichtlich der Aufnahme in das Indikatorensatz V2.0 bewertet. Die Eignung der Qualitätsziele wurde bereits im Rahmen der Qualitätsindikatoren-Neuentwicklung vor der Machbarkeitsprüfung untersucht und beschrieben (IQTIG 2022a). Ebenfalls bereits in diesem Entwicklungsschritt wurden die Referenzbereiche für die zukünftigen Qualitätsindikatoren abgeleitet und empfohlen. Diese werden auch nach Prüfung in der Machbarkeitsprüfung ohne Anpassung empfohlen. Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für die Indikatoren zur Ergebnisqualität steht noch aus und wird im Rahmen der ersten Auswertung der Indikatorenergebnisse im Regelbetrieb erfolgen. Die Eignungskriterien des Bewertungskonzepts können somit erst auf Basis von empirischen Daten aus dem Regelbetrieb erfolgen.

Im zweiten Teil dieses Kapitels findet sich eine Zusammenfassung des finalen Qualitätsindikatorensatzes (Qualitätsindikatorensatz V2.0) mit Bezug zu den zugrunde liegenden Qualitätsaspekten.

4.1 Beurteilung der Qualitätsindikatoren

Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Der Indikator erhebt, ob ein Screening zur Risikoabschätzung stattgefunden hat. Dadurch, dass durch die Schlüsselwerte und die Ausfüllhinweise eindeutig definiert ist, welche Screeninginstrumente hinreichend zur Erfüllung des Qualitätsindikators sind, kann von einer hohen Objektivität und Datenqualität ausgegangen werden. Als Zeitpunkte werden weiterhin nur Datumsangaben und keine Uhrzeiten erhoben. In der Machbarkeitsprüfung wurde der kontinuierliche Bezug zur ersten Sepsisepisode am Krankenhausstandort präziser herausgearbeitet. Der Ausschluss von palliativ versorgten Patientinnen und Patienten aus dem gesamten QS-Verfahren erlaubt einen genaueren Fokus auf die tatsächlich relevante Patientengruppe, wodurch eine Steigerung der Datenqualität und Validität zu erwarten ist. Bezogen auf die Reliabilität sind keine Einschränkungen zu erwarten. Für die Operationalisierung des Qualitätsindikators kann nicht auf bestehende Dokumentationsvorgaben zurückgegriffen werden. Die Filterung der Datenfelder wurde so ausgestaltet, dass der Aufwand für die Leistungserbringer deutlich reduziert ist. Infolge der Präzisierung der Operationalisierung der Anforderungen als Ergebnis der Machbarkeitsprüfung sind keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien feststellbar, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens uneingeschränkt empfiehlt.

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Dieser fallbezogene Indikator beinhaltet zum einen Datenfelder, die Leistungen abfragen, wie beispielsweise die Anzahl abgenommener Blutkulturen oder die Gabe eines Antibiotikums/Antimykotikums, sodass von einer hohen Objektivität ausgegangen werden kann. Zum anderen werden zu diesen Prozessen auch genaue Uhrzeiten oder Datumsangaben (z. B. Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen / antimykotischen therapeutischen Aktion) erhoben. In den Nachbesprechungen wurde darauf hingewiesen, dass die Datenqualität zur Angabe von Uhrzeiten eingeschränkt sei, weil beispielsweise nicht immer eine minutengenaue, prozessbegleitende Dokumentation der Blutkulturentnahmen erfolge. Bei einer im Vorhinein bekannten Anforderung im Regelbetrieb ist an dieser Stelle aber von einer Steigerung der Reliabilität auszugehen. Infolge der Nachbesprechungen wurden Präzisierungen der Datenfelder und Ausfüllhinweise dazu, welche Uhrzeiten der Blutkulturentnahme und Antibiotika-/Antimykotikagabe angegeben werden müssen, vorgenommen, sodass die Objektivität und Reliabilität der Dokumentation gesteigert werden konnte. Auf Rückmeldung der Leistungserbringer hin wurde ebenso die Abfrage einer antimykotischen Therapie ergänzt, sodass die Datenfelder dieses Indikators auch für Patientinnen und Patienten mit einer durch Pilze ausgelösten Sepsis valide erhebbare sind. Insgesamt erfordert der Indikator jedoch durchaus einen gewissen Dokumentationsaufwand aufgrund der notwendigen Angabe genauer Uhrzeiten, die bisher nicht routinemäßig in der Krankenakte vorliegen. Das IQTIG empfiehlt die präzise, prozessbegleitende Erfassung bereits in der Krankenakte, um die Dokumentationsqualität zu verbessern und die Einhaltung kritischer Zeitabläufe in der Behandlung der Sepsis im Sinne des Qualitätsziels des Indikators überprüfbar zu machen. Hieraus folgt, dass keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien feststellbar sind, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens ebenfalls uneingeschränkt empfiehlt.

Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus

Der Qualitätsindikator erfasst mit der Abfrage von durchgeführten Schulungen und Audits Sachverhalte, die objektiv zu erheben sind. Die Richtigkeit der einrichtungsbezogenen Angaben kann durch die im Ausfüllhinweis geforderten Schulungsnachweise und Checklisten von Audits überprüft werden. Eine mögliche Einschränkung der Datenqualität könnte darin liegen, dass das Personal der ausgeschlossenen Fachabteilungen (Anzahl VK) aus der Gesamtanzahl des Personals herausgerechnet werden muss. Eine Abfrage der Anzahl der Vollkräfte der ausgeschlossenen Fachabteilungen mit einzelnen Datenfeldern und nachfolgender Berechnung durch die Bundesauswertungsstelle wird als noch aufwändiger eingeschätzt. Durch die Angleichung der Abfrage des beschäftigten Personals an die Qb-R (VK) ist von einer Steigerung der Reliabilität und Validität auszugehen. Die Erfüllung der Eignungskriterien der Reliabilität und Validität wurden auch dahingehend verbessert, dass in den Datenfeldern präzisiert wurde, welches Personal für die Schulungen zur Pflege von ZVK im Zuge des Qualitätsindikators relevant ist. Auch der Aufwand zur Angabe des Personals konnte durch die Angleichung an die Qb-R reduziert werden. Nach Streichung der

Unteranforderung zum Vorliegen einer Arbeitsanweisung hält das IQTIG den verbleibenden Aufwand für die Dokumentation von Schulungen und Audits für angemessen. Die Herausnahme der Anforderungen zum Vorhandensein einer Arbeitsanweisung reduziert den Aufwand für die Leistungserbringer auch im Hinblick auf die Anzahl der auszufüllenden Datenfelder, sodass in der Summe keine besonderen Herausforderungen bezüglich der Erfassung der erforderlichen Daten zu erkennen ist. Infolge ausführlicher Prüfung, Diskussion und Anpassung der Anforderungen sind keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien feststellbar, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens uneingeschränkt empfiehlt.

Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team

Der Qualitätsindikator erfragt das Vorhandensein eines ABS-Teams, interner Therapieleitlinien sowie die Anzahl durchgeführter ABS-Visiten. Diese Anforderungen sind objektiv zu erheben, sodass der Indikator im Allgemeinen dieses Eignungskriterium erfüllt. In den Ausfüllhinweisen wurde unter anderem für die infektiologischen Visiten, die im Rahmen der Machbarkeitsprüfung in den Qualitätsindikator integriert worden sind, eine Definition ergänzt. Außerdem wurde eine genauere Begriffsbestimmung vorgenommen, was unter einer „Beteiligung“ im Rahmen der Erstellung und/oder Aktualisierung der internen Therapieleitlinien zu verstehen ist. Diese Anpassungen erhöhen die Objektivität weiter. Ebenso konnte die Validität und Reliabilität des Indikators verbessert werden, indem die Abfrage der Bettenanzahl auf die Angabe der Betten gemäß Qualitätsbericht der Krankenhäuser bezogen wird. Die Verwendung dieser Daten schafft eine erhebliche Aufwandsreduktion. Durch die Ergänzung der Abfrage eines standortübergreifenden ABS-Teams wurde der Indikator weiter präzisiert, sodass allen Leistungserbringern, abhängig von ihren internen Strukturen, eine genaue Dokumentation ermöglicht wird. Bezüglich der Praktikabilität wird an dieser Stelle empfohlen, die Forderung zum Vorhalten einer antiinfektiven Therapieleitlinie aus dem Verfahren QS WI und dem Qb zu streichen, da das vorliegende QS-Verfahren Sepsis die Anforderung vollumfänglich und präziser abfragt. Die Anzahl der Datenfelder und auch die Komplexität ist durch die drei Unteranforderungen des Indikators erhöht, wobei vor allem durch den Rückgriff auf bestehende Dokumentationsvorgaben des Qualitätsberichts der Krankenhäuser der Aufwand deutlich reduziert wurde. Bei diesem Indikator empfiehlt das IQTIG die Übernahme in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens im Verbund mit einer Anpassung der Dokumentationen im QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* sowie dem Qb.

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Der Qualitätsindikator erfasst mit der Abfrage von durchgeführten Schulungen einen Sachverhalt, der objektiv zu erheben ist. Die Richtigkeit der einrichtungsbezogenen Angaben kann durch die in den Ausfüllhinweisen geforderten Schulungsnachweise überprüft werden. Die Objektivität der

Erhebung wurde zusätzlich gesteigert, indem unter anderem präzisiert wurde, durch welche Professionen die Schulungen zu vermitteln sind. Eine mögliche Einschränkung der Datenqualität könnte darin liegen, dass das Personal der ausgeschlossenen Fachabteilungen (Anzahl VK) aus der Gesamtanzahl des Personals herausgerechnet werden muss. Eine Abfrage der Anzahl der VK der ausgeschlossenen Fachabteilungen mit einzelnen Datenfeldern und nachfolgender Berechnung durch die Bundeauswertungsstelle wird als noch aufwändiger eingeschätzt. Durch die Angleichung der Abfrage des beschäftigten Personals an die Qb-R ist von einer Steigerung der Reliabilität und Validität auszugehen. Die Eignungskriterien der Reliabilität und Validität wurden weiter verbessert, da nun in den Datenfeldern präzisiert wurde, welches Personal für die Schulung relevant ist. Bereits in der Indikatorenentwicklung wurden die zu schulenden Inhalte, die spezifisch auf die Zielpopulation ausgerichtet vermittelt werden sollen, definiert (IQTIG 2022a). Der Aufwand zur Angabe des Personals konnte durch die zuvor angeführte Angleichung an die die Qb-R reduziert werden. Die Anzahl der Datenfelder, die zur Berechnung des Indikators benötigt werden, ist gering und es sind keine besonderen Herausforderungen bezüglich der Erfassung der erforderlichen Daten zu erkennen. Infolge ausführlicher Prüfung, Diskussion und Anpassung der Anforderungen sind keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien feststellbar, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens uneingeschränkt empfiehlt.

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Versorgung bei Sepsis ist ein gegebener und überprüfbarer Sachverhalt, weshalb eine hohe Objektivität bei der QS-Dokumentation dieses Indikators zu erwarten ist. Aufgrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer passte das IQTIG den Zähler des Indikators an, sodass die Freigabe der Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung bzw. den Vorstand des Krankenhauses erfolgen muss. Durch diese Anpassung werden verschiedene Krankenhausstrukturen berücksichtigt. Dementsprechend ist bezüglich dieses Indikators von einer hohen Reliabilität und Validität der Daten, die zur Berechnung des Indikators notwendig sind, auszugehen. Die Praktikabilität dieses Indikators wird insgesamt als unproblematisch eingeschätzt. Zwar werden die Untieranforderungen der SOP durch jeweils separate Datenfelder erhoben, die Filterführung wurde allerdings so gestaltet, dass der Aufwand zur Erhebung deutlich reduziert wurde. Infolge ausführlicher Prüfung, Diskussion und Anpassung der Anforderungen sind keine Einschränkungen dieses Indikators hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien feststellbar, sodass das IQTIG die Übernahme dieses Indikators in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens uneingeschränkt empfiehlt.

4.2 Beurteilung des Qualitätsindikatorenssets V2.0

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden ausschließlich die dokumentationsbasierten Indikatoren geprüft. Zusammen mit den sozialdatenbasierten Indikatoren und Kennzahlen liegt im Ergebnis ein fokussiertes und datensparsames Indikatorenset vor, das alle Phasen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis adressiert.

Die beiden fallbezogenen Indikatoren zur Prozessqualität konzentrieren sich auf den Bereich der Diagnostik als zentralen Teil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Das Qualitätsziel des Prozessindikators zum Screening ist, dass alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis bereits bei Verdacht auf eine Infektion ein Screening zur Risikoabschätzung mithilfe eines standardisierten Instruments erhalten und hierdurch eine weitere Diagnostik und Therapie ohne Zeitverzögerung eingeleitet werden kann. Einer der entscheidenden Bausteine der weiteren Diagnostik ist die Abnahme von Blutkulturen bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie. Diese wird durch den zweiten Prozessindikator des Verfahrens adressiert. Durch die Streichung des fallbezogenen Indikators „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung entfällt der Fallbezug im Bereich der Therapie. Hier konnte im Ergebnis der Machbarkeitsprüfung nicht gewährleistet werden, dass dieses Qualitätsziel für eine ausreichend große Patientengruppe sinnvoll ist. Dennoch wird der Bereich der Therapie der Sepsis weiterhin durch den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator zum Vorliegen von Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie adressiert, in dessen Rahmen auch auf Patientenebene durchgeführte ABS-Visiten erfasst werden.

Die vier Indikatoren zur Strukturqualität, die mittels der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nur einmal jährlich erfasst werden müssen, fokussieren auf die Prävention sowie auf die antiinfektive Therapie der Sepsis und stellen phasenübergreifend Anforderungen an die Schulungen des medizinischen Personals sowie das Vorliegen einer Arbeitsanweisung. Diese wurden insbesondere im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung an einigen Stellen in ihrer Operationalisierung so präzisiert, dass die Aufwände bei den Leistungserbringern deutlich reduziert werden konnten.

Die beiden Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität prüfen dabei die Krankenhaus-Letalität (fallbezogene QS-Dokumentation) sowie die Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung (Sozialdaten bei den Krankenkassen). Das mittelfristige Versterben wird über die Kennzahl zur Letalität nach einem Jahr erfasst. Die anderen Kennzahlen erfassen die weiteren Folgen einer Sepsiserkrankung in Form von neu aufgetretenen Morbiditätsgruppen. Alle Kennzahlen werden mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Damit wird weiterhin der Beauftragung entsprochen, wonach die Ergebnisqualität über die drei Bereiche Mortalität, neu aufgetretene Morbiditäten sowie Pflegebedürftigkeit abgebildet wird. Tabelle 62 stellt zusammenfassend alle Indikatoren und Kennzahlen mit ihrer zugehörigen Datenquelle sortiert nach Qualitätsaspekten dar.

Tabelle 62: Qualitätsindikatorensatz V2.0 für das QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	Prozess	fallbezogene QS-Dokumentation

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	Prozess	fallbezogene QS-Dokumentation
Outcomes	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	Ergebnis	fallbezogene QS-Dokumentation
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Antiinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	Struktur	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Outcomes	Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung	Ergebnisindikator	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Qualitätsaspekt	Kennzahl	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
Outcomes	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Messdimension	Zugrunde liegende Datenquelle
	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen
	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Ergebnis	Sozialdaten bei den Krankenkassen

Durch das Zusammenspiel der sechs Qualitätsindikatoren, die weiterhin alle Phasen der Behandlung adressieren und den ergänzenden Informationen über die sieben empfohlenen Kennzahlen ist es möglich, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Sepsis ausgewogen abzubilden. Ungeachtet der Streichung des Qualitätsindikators „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ bleibt die Ausrichtung des Qualitätsindikatorensatzes auf die Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Patientensicherheit und Angemessenheit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis bestehen, die im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung dargelegt wurde (IQTIG 2022a). Die Anzahl der Qualitätsindikatoren insgesamt steht in einem ausgewogenen Verhältnis zu ihrer Bedeutung für die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Das vorliegende Indikatorenset mit seinem Schwerpunkt auf den Strukturanforderungen gibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, diese für weitere Entwicklungen in Richtung eigener (teil-)automatisierter Prozesse zu nutzen. Um eine umfassende Abbildung der Versorgungsqualität zu gewährleisten, empfiehlt das IQTIG weiterhin die Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung. In Abbildung 1 ist das Qualitätsmodell inklusive der Qualitätsaspekte, die mittels einer Patientenbefragung abgedeckt werden könnten, dargestellt.

QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung

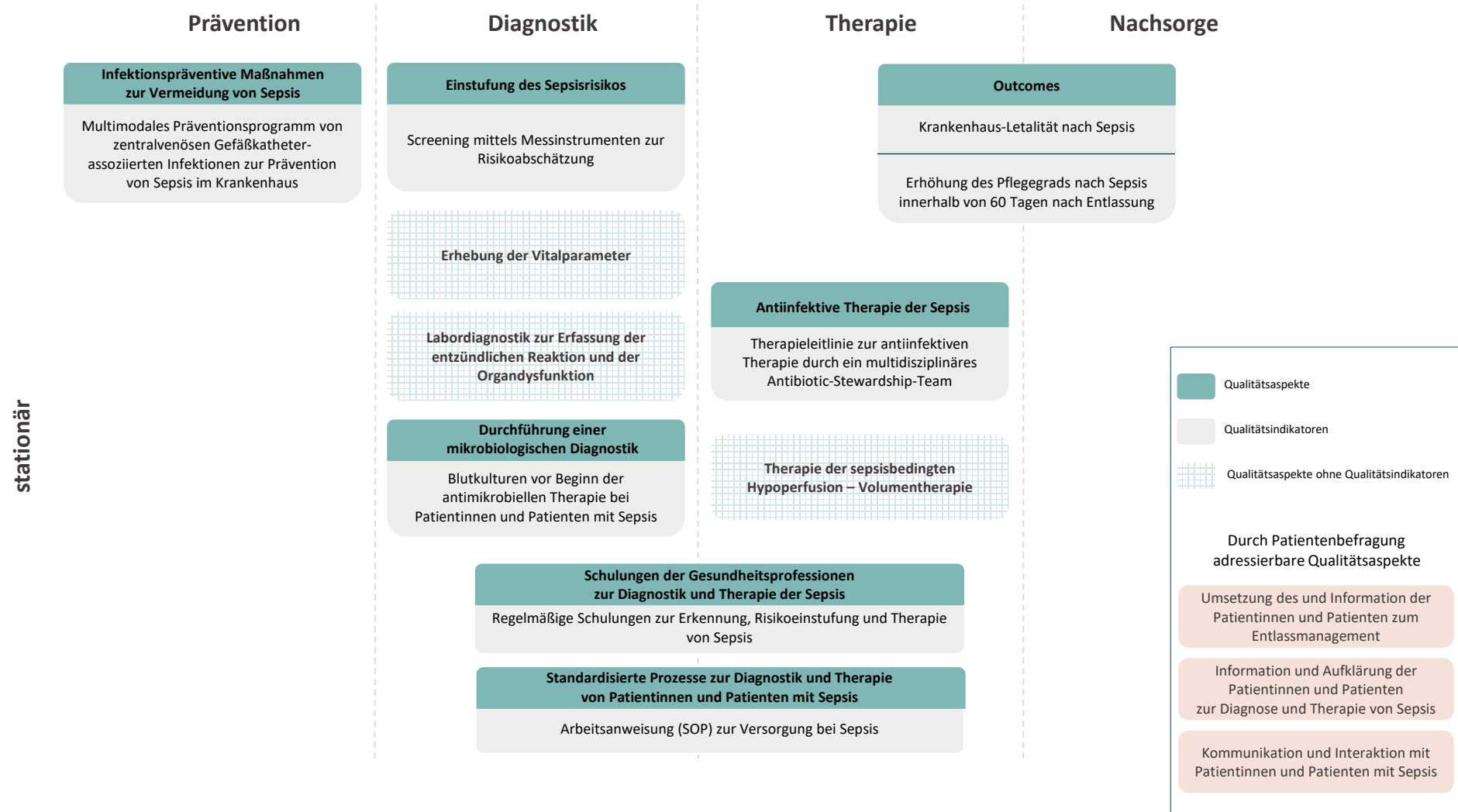


Abbildung 1: Darstellung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorenssets V2.0

5 Aufwand und Nutzen

5.1 Rückmeldungen der Leistungserbringer

Im Rahmen der Nachbesprechungen wurden die Leistungserbringer gebeten, Einschätzungen zu Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens abzugeben. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Datenfelder vor der Überarbeitung.

Bezüglich des zeitlichen Aufwands spiegelten die Leistungserbringer zurück, dass durchaus ein Aufwand mit dem QS-Verfahren verbunden sei. Die Antworten auf die quantitative Abfrage zum zeitlichen Aufwand (als Abschätzung in Minuten sowie mittels einer Ordinalskala) zu der fallbezogenen Dokumentation waren sehr unterschiedlich und variierten zwischen 10 und 45 Minuten pro Fall, wobei der Dokumentationsaufwand bei nosokomialen Fällen höher war als bei einer Aufnahme mit Sepsis. Gründe dafür seien, dass ein genauer Zeitpunkt der Sepsis nicht, wie bei einer Aufnahme mit Sepsis, eindeutig vorliege und die Informationen für die Dokumentation bei nosokomialen Sepsisfällen aus einer deutlich umfangreicheren Patientenakte gezielt entnommen werden müssten. Auch der Zeitaufwand für die Dokumentation der einrichtungsbezogenen Indikatoren wurde sehr unterschiedlich eingeschätzt. Der Großteil der Zeit würde dabei für die Beschaffung der notwendigen Informationen benötigt werden, hier wurde der zeitliche Aufwand auf bis zu mehreren Stunden geschätzt. Die Dokumentation selbst sei relativ aufwandsarm und teilweise in zehn Minuten möglich. Bezüglich der angegebenen Zeitaufwände der einrichtungsbezogenen Dokumentation muss angemerkt werden, dass in einem möglichen Regelbetrieb die Anforderungen und Spezifikation den Leistungserbringer im Vorfeld bekannt wären, sodass davon auszugehen ist, dass sich dadurch die Aufwände reduzieren. Insgesamt wurde, wie in Abbildung 2 ersichtlich, ein mittlerer Zeitaufwand für dieses QS-Verfahren geschätzt. Diese Einschätzungen erfolgten auf Basis der Datenfelder vor der Überarbeitung und sind damit für den Regelbetrieb nur eingeschränkt aussagekräftig. Das IQTIG geht hier insgesamt von einer Aufwandsreduktion als Ergebnis der Machbarkeitsprüfung insgesamt aus.

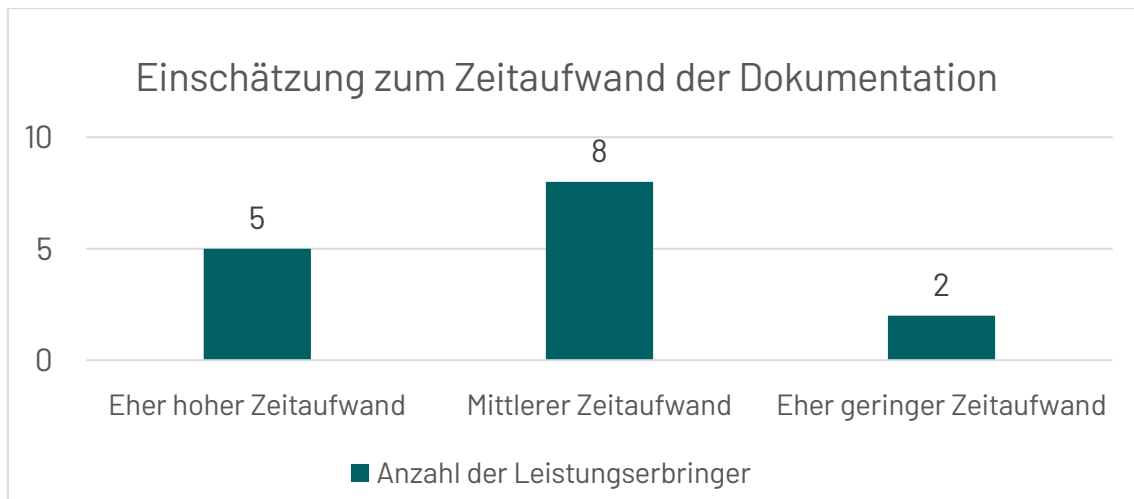


Abbildung 2: Einschätzung der Leistungserbringer zum Zeitaufwand der Dokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung⁹

Auf die Frage nach dem Nutzen des Verfahrens für die Leistungserbringer wurde auf der einen Seite das Verfahren als nützlich bewertet, da es die Sensibilität für Sepsis steigere und die Früherkennung insbesondere auf der Normalstation und die Versorgung (z. B. Pflege von ZVK) verbessere. Durch die spezifischen Anforderungen der Indikatoren würde der Aufbau notwendiger interner Strukturen angestoßen, die bisher auf freiwilliger Basis nicht hinreichend umgesetzt wurden. Darüber hinaus würde das Verfahren zur Reflexion der Leistungserbringer über die bestehenden Strukturen führen und dazu anregen, die QS-Daten auch für das hausinterne Qualitätsmanagement zu berücksichtigen. Als ein kritischer Punkt wurde angesehen, dass aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands, bspw. wegen genauer Zeitangaben und oft mangelhafter Digitalisierung, Zeit in der Patientenversorgung fehle.

5.2 Einschätzung des IQTIG

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden durch die Probedokumentationen und deren Nachbesprechungen mit den teilnehmenden Einrichtungen wertvolle Hinweise gegeben, wie das bestehende Indikatorenset (IQTIG 2022c) vor der Einführung in den Regelbetrieb verbessert werden kann. Nach Überprüfung und Erstellung des finalen Indikatorensets sieht das IQTIG nun ein noch ausgewogeneres Aufwand-Nutzen-Verhältnis, als es zum Stand des Abschlussberichts der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) vorlag. Der Dokumentationsaufwand konnte vor allem auch bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren und durch die Streichung eines fallbezogenen Qualitätsindikators reduziert werden, sodass hier eine Entlastung für die Krankenhäuser erreicht wird. Dennoch bleiben die notwendigen Anforderungen, Strukturen zur Steigerung der Versorgungs-

⁹ 14 Krankenhäuser nahmen an der Machbarkeitsprüfung teil. Ein Krankenhaus gab die Einschätzung zum Zeitaufwand getrennt für die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation an.

qualität von Patientinnen und Patienten mit Sepsis zu schaffen, erhalten. Die fallbezogenen Indikatoren wurden noch einmal deutlich in ihrer Datenfeldabfrage und -struktur präzisiert, sodass der Bezug zur Sepsis klarer wird, was gleichzeitig auch als ein Qualitätsförderungsimpuls dieses Verfahrens gelten kann. Der Schwerpunkt des Verfahrens liegt weiterhin auf der Früherkennung und Diagnostik, was auch von den teilnehmenden Krankenhäusern nochmals als zentraler Fokus bestätigt wurde. Die begründete Streichung des Indikators zur Messung des PCT reduziert den Aufwand und ist gleichzeitig inhaltlich angemessen. Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer schätzt das IQTIG, dass der durchschnittliche Dokumentationsaufwand pro Fall und Jahr 11 Minuten beträgt.¹⁰ Hinzu kommt ein Aufwand von jährlich durchschnittlich ca. 1 Stunde für die Dokumentation der einrichtungsbezogenen Daten.¹¹ Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Qualitätsindikatoren probeweise berechnet. Dies bestätigte, dass die Berechnungen sinnvoll strukturiert sind und effizient durchgeführt werden können.

Die entwickelten Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis im stationären Umfeld auf und weisen unmittelbar auf prozess- und einrichtungsbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind für die Durchführung der QS geeignet. Darüber hinaus sind die regelhaft dokumentierten Informationen für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar. Dem steht ein moderater Aufwand entgegen. Das IQTIG bewertet dies als ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

¹⁰ Mittelwert des Zeitaufwandes pro Fall aller Leistungsbringer/Anzahl ausgefüllter Datenfelder (n gesamt)

¹¹ Mittelwert des Zeitaufwandes pro Einrichtung aller Leistungsbringer/Anzahl ausgefüllter Datenfelder (n gesamt)

6 Rückmeldeberichte

Für alle teilnehmenden Leistungserbringer wurden Rückmeldeberichte auf der Grundlage der in der Machbarkeitsprüfung dokumentierten Fälle erstellt. Die Rückmeldeberichte orientieren sich bezüglich Inhalten und Form an den Rückmeldeberichten, die das IQTIG im Rahmen von QS-Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹² im Regelbetrieb zur Verfügung stellt. Die Rückmeldeberichte enthalten neben einer Danksagung und einer Einführung zur Erläuterung der Ergebnisdarstellung die Ergebnisse der Indikatoren. Zu Beginn findet sich eine tabellarische Gesamtübersicht der Ergebnisse zu allen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüften Qualitätsindikatoren inklusive Angaben zum Referenzbereich, den das IQTIG im Rahmen des Abschlussberichtes zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) empfohlen hat. Darüber hinaus werden die Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsindikatoren detailliert dargestellt. Zunächst werden für jeden Indikator das Qualitätsziel, die zugrunde liegende Grundgesamtheit, der Zähler, der empfohlene Referenzbereich und die Datenquelle aufgeführt. Das Ergebnis der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wird grafisch im Vergleich zum Referenzbereich dargestellt, wobei keine Jahresvergleiche oder Vertrauensbereiche abgebildet werden können, da weder Zeitvergleichsdaten vorliegen noch die dokumentierten Fälle einer repräsentativen Stichprobe entsprechen. Die dem Ergebnis zugrunde liegenden Daten sind außerdem in tabellarischer Form aufgeführt. Bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren, mit Ausnahme des Indikators „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“, werden zusätzlich zur tabellarischen Darstellung des Gesamtergebnisses auch die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Unteranforderungen des Indikators dargestellt. Die in den Rückmeldeberichten abgebildeten Qualitätsindikatoren entsprechen dem Diskussionsstand im IQTIG zum Zeitpunkt der Erstellung.

Im Anhang E ist ein Musterrückmeldebericht mit entsprechend fiktiven Werten dargestellt, wie er an die Leistungserbringer verschickt wurde. Die Leistungserbringer wurden im Rahmen des Versands der Rückmeldeberichte gebeten, mögliche Verbesserungsvorschläge einzureichen. Ein Leistungserbringer hat uns hierzu ein Feedback gesandt. Die Anmerkungen bezogen sich einerseits auf allgemeine Hinweise zur übersichtlicheren und verständlicheren Darstellung von Tabellen oder Begrifflichkeiten, wie zum Beispiel die Übersichtstabelle nach dem Erfassungsinstrument zu gliedern oder bei den Details zu den Ergebnissen den Grad der Erfüllung anzugeben. Es gab aber auch Hinweise für sprachliche Verbesserungen, wie zum Beispiel die Präzisierung in den Indikator-Übersichtstabellen hinsichtlich des Standortbezugs oder der korrekteren Formulierung von Konsilanforderungen im Indikator zum Vorliegen einer SOP.

¹² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3135/DeQS-RL_2022-12-15_iK-2023-01-01_AT-10-03-2023-B3.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

7 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

7.1 Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung

Die Entwicklung des QS-Filters sowie Details zum Aufbau, zur Validierung und die deskriptiven Auswertungen und auch der gesamte Filter sind im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung umfassend dargestellt (IQTIG 2022a). Die QS-Auslösung erfolgt entlang der Sepsis-3-Definition und adressiert alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen aufgrund einer Sepsisdiagnose gemäß QS-Filter behandelt wurden. Für die Auslösung eines Falls gibt es folgende Kodiermöglichkeiten in drei Kodiervarianten:

- Variante 1: septischer Schock (R57.2)
- Variante 2: Kode aus Sepsis-Block UND Systematisch Inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen (R65.1) UND NICHT septischer Schock
- Variante 3: Kode aus Sepsis-Block UND Kode aus Organdysfunktions-Block UND NICHT Kode aus R-Block

Die ICD-10-Kodes (ICD-10-GM gemäß aktueller ICD-10-GM-Version) zur Auslösung können als Haupt-, Neben- oder Sekundär Diagnosen kodiert sein. Der Sepsis-Block setzt sich insgesamt aus 22 ICD-10-Kodes (ICD-10-GM gemäß aktueller ICD-10-GM-Version) zusammen und der Organdysfunktions-Block setzt sich insgesamt aus rund 450 ICD-10-Kodes (ICD-10-GM gemäß aktueller ICD-10-GM-Version) und OPS (OPS gemäß aktueller OPS-Version) zusammen. Im R-Block finden sich die Codes R65.1 und R57.2 (siehe Anhang A).

7.2 Prüfung des QS-Filters im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

Wie in Kapitel 2 beschrieben wurde für die Auswahl der Fälle eine Version des Filters entwickelt, der einerseits für die Leistungserbringer möglichst aufwandsarm ist und andererseits ein Abbild möglicher Sepsisfälle gemäß Sepsis-3-Definition darstellt. Gemäß diesen Codes wurden bereits abgeschlossene Sepsisfälle durch die Leistungserbringer für die Machbarkeitsprüfung ausgewählt. Für den reduzierten Filter wurden nur die am häufigsten kodierten Sepsis-Kodes¹³ (A40.-, A41.-, B37.7 sowie R57.2) sowie nur mindestens ein definierter Kode für eine Organdysfunktion aus dem jeweiligen Organsystem ausgewählt. Die grundlegende Systematik der Kodiervarianten blieb auch hier bestehen. Der Auswahlfilter ist auch in Kapitel 2 dargestellt.

Im Rahmen der Nachbesprechungen wurden die Leistungserbringer gebeten, eine Rückmeldung zum QS-Filter der Machbarkeitsprüfung zu geben und zu beurteilen, inwiefern die ausgewählten Codes die Sepsisfälle für die Probedokumentation des QS-Verfahrens korrekt selektieren. Die

¹³ Gemäß den explorativen Sozialdatenanalysen im Rahmen der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a)

nachfolgend beschriebenen Rückmeldungen beziehen sich also ausschließlich auf die Auslösekriterien der Machbarkeitsprüfung und nicht auf den gesamten QS-Filter.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Kombination aus einem Sepsis-Kode und einem Kode zur Organdysfunktion wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung grundlegend positiv bewertet, da diese die Sepsisfälle zielgerichtet auslöse. Dennoch gab es auch Hinweise dahingehend, dass es einen Unterschied zwischen den leitliniengerechten Diagnosekriterien gemäß Sepsis-3-Definition und der herkömmlichen klinischen Diagnose einer Sepsis in der Alltagspraxis gibt. Es zeigte sich, dass in einigen Kliniken die Sepsis in den Jahren 2020 und 2021 noch über SIRS-Kriterien und ausschließlich den Kode R65.1! ohne sepsisspezifischen Kode verschlüsselt wurde. Ebenfalls wurde in den Rückmeldungen deutlich, dass in einigen Krankenhäusern noch immer die Unterteilung gemäß der veralteten Sepsis-1-Definition in leichte und schwere Sepsis erfolgt, während die aktuell geltende Sepsis-3-Definition, welche der Filter zugrunde legt, die früheren sogenannten leichten Sepsisfälle nicht mehr als Sepsis akzeptiert. Dies wurde auch selbstkritisch reflektiert. In einer Nachbesprechung wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass einige der Codes, die die Organdysfunktion anzeigen, nicht sehr spezifisch sind. Als Beispiel wurde hier der Kode „Volumenmangel“ genannt. Die Auslösung von Fällen, bei denen in der Tat keine Sepsis vorlag, war laut der Leistungserbringer durch eine Fehlkodierung im Controlling begründet. Ebenfalls wurde von einigen Fällen berichtet, bei denen eine Sepsis zwar kodiert, aber nicht in der Patientenakte selbst dokumentiert wurde. Mit Hinblick auf die Anwendung des QS-Filters für den Regelbetrieb wiesen die Leistungserbringer ergänzend darauf hin, dass eine Sepsis am Lebensende eine häufige Ursache für das Versterben sei. Daher sollten diese palliativen Fälle unbedingt ausgeschlossen werden, um eine Verzerrung der Mortalitätsrate zu vermeiden. Ebenso sollten Fälle ausgeschlossen werden, bei denen ein bewusster Therapieverzicht (z. B. durch eine Patientenverfügung) vorgesehen ist.

Überarbeitung des QS Filters

Basierend auf den Rückmeldungen der Leistungserbringer passte das IQTIG den QS-Filter dahingehend an, dass ein übergreifender Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit kodierter palliativer Behandlung vorgenommen wird (siehe Tabelle 64). Bereits im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) wurde empfohlen, palliativ versorgte Patientinnen und Patienten aus den Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität auszuschließen. Auf Grundlage der Rückmeldungen aus den Nachbesprechungen und der Diskussion im Expertengremium wird dieser Ausschluss auch auf die fallbezogenen Qualitätsindikatoren ausgeweitet. Die ausführliche Begründung für diese Änderung ist in Abschnitt 3.1.3 dargestellt. Ebenfalls wurde der bereits bestehende Ausschluss von Fachabteilungen, die nur wenig oder keine Patientinnen und Patienten mit Sepsis betreuen, noch einmal erweitert (siehe Tabelle 63). Außerdem prüfte das IQTIG die Anschlussfähigkeit des QS-Filters für die im ICD-10-GM 2023 eingeführten neuen 5-Steller-Kodes, die eine Sepsis ausgelöst durch Viren, Pilze oder Protozoen spezifischer kodierbar machen sollen. Der zukünftige Filter ist für den Einbezug weiterer ICD-10-Kodes für eine durch Pilze ausgelöste

Sepsis, neben der bereits integrierten Candida-Sepsis, in das Verfahren anschlussfähig. Die fallbezogenen Indikatoren sind auch für die durch Pilze ausgelöste Sepsis ausgerichtet und zielführend. Ein Einbezug von ICD-10-Kodes für eine durch Viren oder Protozoen ausgelöste Sepsis müsste perspektivisch erneut geprüft werden. Für den derzeitigen QS-Filter wurden im Rahmen der Indikatorenentwicklung Tropenkrankheiten als Gruppe ausgeschlossen (IQTIG 2022a).

Tabelle 63: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen und der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 64: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktueller OPS-Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

7.3 Einschätzung des IQTIG

Die Machbarkeitsprüfung konnte trotz des reduzierten Filters aufzeigen, dass es in der Versorgungslandschaft noch Defizite beim klinischen Verständnis und der Kodierung bezüglich der Sepsis-3-Definition gibt. Hierfür kann das zukünftige QS-Verfahren einen wertvollen Anstoß im Sinne eines einheitlicheren Sepsisverständnisses geben. Ein doppelter Einschluss eines Falles über die Erfüllung mehrerer Kodekombinationen, die sich teilweise im Rahmen der Machbarkeitsprüfung durch die händische Auswahl ergeben haben, wird im Regelbetrieb durch die disjunkten Varianten zur Auslösung eines Falls und die automatische Auslösung vermieden. Bezüglich der Rückmeldungen zu einer möglichen Unterkodierung verweist das IQTIG darauf, dass das QS-Verfahren vor allem auf einer hohen Spezifität basieren muss, das heißt ausgelöste Fälle haben wirklich eine Sepsis gemäß dem Filter. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass die Qualitätsverbesserungen durch das QS-Verfahren eine Breitenwirkung auch für alle weiteren Patientinnen und Patienten mit einer möglichen Sepsis entfaltet, auch wenn diese nicht direkt selbst Teil des Filters sind. Insgesamt kommt das IQTIG auch nach Durchführung der Machbarkeitsprüfung und der Überprüfung hinsichtlich seiner Anschlussfähigkeit an weitere relevante ICD-10-Kodes zu dem Schluss, dass der bestehende QS-Filter aus dem Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) unter Berücksichtigung der dargestellten zusätzlichen Ausschlussgründe für den Regelbetrieb dieses Verfahrens geeignet ist. Der vollständige QS-Filter ist inklusive der Ausschlussgründe in Anhang A dargestellt.

8 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) ist das Umsetzungs- und Auswertungskonzept für das zukünftige QS-Verfahren Sepsis ausführlich beschrieben. Im Rahmen dieses Berichtes werden deshalb nur die Punkte erneut aufgeführt, bei denen es aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung oder Anpassungen in der DeQS-RL zu Änderungen kommt. Diese Änderungen sind mit ihren Auswirkungen auf das Umsetzungs- und Auswertungskonzept für das QS-Verfahren nachfolgend beschrieben.

8.1 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

8.1.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Da sich die Fristen zur Datenübermittlung in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen in § 16 Abs. 1 Teil 2 DeQS-RL¹² geändert haben, werden diese neuen quartalsmäßigen Lieferfristen auch für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation dieses Verfahrens empfohlen.

Tabelle 65: Lieferfristen für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Lieferquartal	Erstlieferung	Korrekturfrist
Fallbezogene QS-Dokumentation		
1. Quartal	1. Mai – 15. Mai	15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres
2. Quartal	1. August – 15. August	
3. Quartal	1. November – 15. November	
4. Quartal	1. Februar – 28. Februar	
Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
Gesamtes Erfassungsjahr	1. Januar – 28. Februar	

8.1.2 Datenselektion (QS-Filter)

Die grundlegende Systematik des QS-Filters bleibt auch nach der Durchführung der Machbarkeitsprüfung bestehen. Für dieses QS-Verfahren werden gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ICD-10-Kodes oder OPS, die eine der aufgeführten Kodiervarianten (siehe Abschnitt 7.1) orientiert an der Sepsis-3-Definition erfüllen, einbezogen. Die Ausschlusskriterien des QS-Filters wurden angepasst. Patientinnen und Patienten mit einer kodierten palliativen Behandlung werden vom Verfahren ausgeschlossen. Ebenfalls wurde der bereits bestehende Ausschluss von Fachabteilungen noch einmal erweitert (siehe Tabelle 63). Der QS-Filter ist inklusive der Ausschlussgründe in Anhang A dargestellt.

8.1.3 Erforderliche Datenfelder

Auch die Anzahl der erforderlichen Datenfelder hat sich nach der Durchführung der Machbarkeitsprüfung geändert. Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht nun aus 30 Datenfeldern¹⁴, die zur Berechnung der beiden fallbezogenen Prozessindikatoren und dem fallbezogenen Ergebnisindikator genutzt werden. Hinzu kommen 20 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 50 Datenfelder ergeben.

Der Dokumentationsbogen für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht nun aus 49 Datenfeldern¹⁵, die zur Berechnung der vier Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 2 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 51 Datenfelder ergeben.

In Tabelle 66 und Tabelle 67 wird die Anzahl der Datenfelder pro Indikator für die stationäre fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation aufgeführt sowie die Summe der Datenfelder ausgewiesen.

Tabelle 66: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	18
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	11
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	1
Administrative Datenfelder	20
Summe der Datenfelder	50
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	30

Tabelle 67: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	7
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	24
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	13

¹⁴ Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erfolgte eine technische Überarbeitung der Datenfelder und ihrer Filterstruktur, die quantitativ im Vergleich zum Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) zu einer Erhöhung der Datenfelder führte. Durch diese Umstellung konnte jedoch eine qualitative Aufwandsreduktion erreicht werden.

¹⁵ s. o.

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	5
Administrative Datenfelder	2
Summe der Datenfelder	51
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	49

8.2 Sozialdaten bei den Krankenkassen

8.2.1 Patientenfilter

Wie unter Abschnitt 8.1.2 beschrieben, haben sich die Ausschlusskriterien für den QS-Filter geändert. Diese Änderungen gelten äquivalent auch für den Patientenfilter zur Selektion der Behandlungsfälle aus den Sozialdaten, die im Rahmen der gesetzlichen QS berücksichtigt werden sollen. Die Einschlusskriterien wurden nicht verändert, werden aber zur Darstellung des vollständigen Patientenfilters nachfolgend mit aufgeführt.

Die folgenden Regeln führen zum Einschluss von Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren. Die zur QS-Auslösung zugrunde liegenden Diagnose- und Prozedurenkodes werden im Rahmen der Datenübermittlung an das IQTIG übermittelt.

Einschlusskriterien

- Diagnosen und/oder Prozeduren gemäß QS-Filter
- Alter: ≥ 18 Jahre

Eine detaillierte Darstellung der Einschlusskriterien befindet sich in Anhang A

Ausschlusskriterien

- Prozeduren und/oder Entlassungsgrund zur Anzeige einer palliativen Behandlung
- Behandlung auf einer Fachabteilung gemäß Ausschlussliste

Eine detaillierte Darstellung der Ausschlusskriterien befindet sich in Anhang A

8.2.2 Leistungs- und Medikationsfilter

Durch die Überführung des Qualitätsindikators „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ in eine fallbezogene QS-Dokumentation ist dieser Indikator im Rahmen des Leistungsfilters nicht mehr zu berücksichtigen.

Aufgrund der Anpassung, dass ein Ausschluss von palliativ versorgten Fällen schon auf Ebene des Patientenfilters erfolgt, wurden diese Ausschlusskriterien aus den Ergebnisqualitätsindikatoren und Kennzahlen gestrichen.

Der vollständige Leistungsfilter ist in Anhang A dargestellt.

8.3 Grundmodell des Datenflusses

8.3.1 Datenflüsse

In Abbildung 3 ist der Datenfluss für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus schematisch dargestellt. Im Vergleich zum dargestellten Datenfluss im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a) sind die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) nicht mehr Datenannahmestellen, sondern ausschließlich die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) oder eine Datenannahmestelle bei der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Für den Datenfluss der Sozialdaten bei den Krankenkassen ergeben sich keine Änderungen.

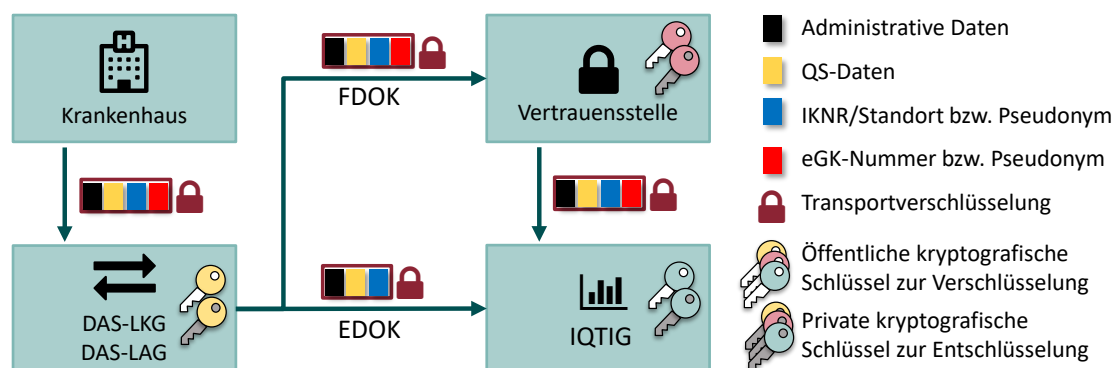


Abbildung 3: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus; einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (EDOK), fallbezogene QS-Dokumentation (FDOK)

DAS-LKG = Datenannahmestelle Landeskrankenhausgesellschaft; DAS-LAG = Datenannahmestelle Landesarbeitsgemeinschaft; eGK = elektronische Gesundheitskarte

8.3.2 Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte

Die in Abschnitt 8.1.1 dargestellten neuen Lieferfristen führen dazu, dass die Daten der fallbezogenen Dokumentation zu den Quartalslieferfristen, spätestens jedoch zur finalen Datenlieferfrist für die Krankenhäuser am 28. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres, nach der Korrekturfrist bis zum 15. März zur Verarbeitung im IQTIG vorliegen. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bestehen die gleichen Datenübermittlungsfristen wie für die fallbezogene QS-Dokumentation. Weitere Änderungen ergeben sich bezüglich der Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte nicht.

8.4 Berichtswesen

Berichtszeitpunkte

Durch die Überführung des Qualitätsindikators „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ von einer sozialdatenbasierten Erhebung in eine fallbezogene QS-Dokumentation (siehe Abschnitt 3.3) ändern

sich die Berichtszeitpunkte, in denen die Auswertungen erstellt und die Ergebnisse berichtet werden können. Die Änderungen der Datenlieferfristen (siehe Abschnitt 8.1.1) hat dagegen keinen Einfluss auf die Berichtszeitpunkte.

In Tabelle 68 und Tabelle 69 sind die Zusammenhänge zwischen den Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Follow-up-Zeiträumen, den jeweils möglichen vollständigen Datenlieferungen der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die sich daraus ergebenden Berichtszeitpunkte dargestellt. Die zweite Spalte in den Tabellen trägt die Überschrift „Indexereignis“. Im QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ ist unter diesem Begriff das Vorhandensein einer Sepsisdiagnose gemäß einer der drei Kodiervarianten (siehe Abschnitt 7.1) sowie die Nichterfüllung der Ausschlusskriterien zu verstehen (siehe Anhang A). Das späteste Ereignisdatum in den Tabellen gibt an, bis wann beispielsweise die Morbidität oder ein Pflegegrad aufgetreten sein dürfen, um in einen entsprechenden Zeitraum für Erfassungsjahre, Follow-ups und Berichte aufgenommen werden zu können. Die Zeilen zu den Datenlieferungen geben an, in welcher Datenlieferung nach aktuellem Kenntnisstand die Informationen zu dem Ereignis voraussichtlich vollständig vorliegen und zur Auswertung herangezogen werden können. Die letzte Zeile in den Tabellen zeigt, in welchem Jahr die entsprechenden Auswertungen berichtet werden können.

Tabelle 68: Mögliche Berichtszeitpunkte für Qualitätsindikatoren; Erfassungsjahr (EJ), Follow-up (FU), Qualitätsindikator (QI)

	Indexereignis	60-Tage-Follow-up
Spätestes Ereignisdatum	31.12.EJ X	28.02 bzw. 29.02.EJ X + 1
Datenlieferung der Sozialdaten	N. V.	15.02.EJ X + 2
Datenlieferung der fallbezogenen QS-Dokumentation	15.03.EJ X + 1	N. V.
Datenlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	28.02.EJ X + 1	N. V.
Berichtsfähige QIs im Berichtsjahr	Im Jahr EJ X + 1 können die QI des Indexereignisses ohne FU des EJ X berichtet werden.	Im Jahr EJ X + 2 können die QI mit 60-Tage-FU des EJ X berichtet werden.

N. V. = nicht vorhanden

Tabelle 69: Mögliche Berichtszeitpunkte für Kennzahlen; Erfassungsjahr (EJ), Follow-up (FU)

	Indexereignis	365-Tage-Follow-up
Spätestes Ereignisdatum	31.12.EJ X	31.12.EJ X + 1

	Indexereignis	365-Tage-Follow-up
Datenlieferung der Sozialdaten	31.10.EJ X + 1	31.10.EJ X + 2
Berichtsfähige Kennzahlen im Berichtsjahr	Keine Kennzahlen zum Indexereignis vorhanden.	Im Jahr EJ X + 3 können die QI mit 365-Tage-FU des EJ X berichtet werden.

8.5 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Schritte bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ beinhalten aus Sicht des IQTIG die im Folgenden formulierten Aufgaben:

- Zur Überführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb muss durch den G-BA die themenspezifische Bestimmung auf Grundlage der Empfehlungen dieses Berichts (Qualitätsindikatorenset V2.0) erarbeitet und im Plenum beschlossen werden.
- Auf Basis der themenspezifischen Bestimmung und den Erkenntnissen dieses Abschlussberichts entwickelt das IQTIG nach einer separaten Beauftragung des G-BA die Empfehlungen zur Spezifikation, die ebenfalls durch das Plenum beschlossen werden müssen. Des Weiteren entwickelt das IQTIG die technische Spezifikation inklusive der gängigen Komponenten wie z. B. die Microsoft-Access-Datenbank, die technische Dokumentation und die XML-Schemata. Die Spezifikationsentwicklung beinhaltet sowohl die Entwicklung der Vorgaben für die Sozialdatenspezifikation als auch die QS-Dokumentation als etablierte Erfassungsinstrumente.
- Für die Einführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb ist eine separate Beauftragung durch den G-BA notwendig. Weitere Aufgaben im Rahmen der Überführung in den Regelbetrieb stellen die Entwicklung einer Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) mit den prospektiven Rechenregeln und die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für die Ergebnisindikatoren dar. Das Risikoadjustierungsmodell kann erst im Rahmen der Erstellung der ersten Bundesauswertung entwickelt werden. Abschließend ist noch die Entwicklung von Musterberichten durch das IQTIG durchzuführen.

Weitere Ergänzungen

- Es ist eine Softwarelösung anzustreben, die die automatische Erfassung relevanter Daten in möglichst hohem Umfang sowie die Darstellung der Ausfüllhinweise sicherstellt. Mithilfe dieser technischen Lösungen sowie einer prozessbegleitenden Dokumentation kann der Zeitaufwand sowie der Aufwand für die Informationsbeschaffung deutlich reduziert werden.
- Das IQTIG empfiehlt insbesondere für die einrichtungsbezogenen Indikatoren dieses QS-Verfahrens, frühzeitig im Regelbetrieb eine Datenvalidierung einzurichten. Diese kann für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation auf der Basis von Dokumentenkopien ohne großen Aufwand erfolgen, da diese Indikatoren keine Patientendaten enthalten und somit aus Datenschutzgründen keine Vor-Ort-Prüfungen erforderlich sind.

9 Fazit und Ausblick

Die dokumentationsbasierten Datenfelder des Indikatorensets V1.1 (IQTIG 2022c) wurden einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen. Das Ziel hierbei war, Unschärfen der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren und mögliche Dokumentationsprobleme zu identifizieren und zu verbessern, eine Einschätzung zum Aufwand der Dokumentation zu erhalten und die Rechenregeln sowie die Funktionalität des QS-Filters unter Einbezug der Änderungen im ICD-10-GM 2023 zu prüfen.

Die Funktionalität der Datenfelder sowie die Verständlichkeit und Praktikabilität der Anforderungen des Verfahrens haben sich dabei im Wesentlichen bestätigt. Wo die Machbarkeitsprüfung noch Optimierungspotenziale aufgezeigt hat, wurden diese genutzt und die Datenfelder entsprechend angepasst.

Bei den vier einrichtungsbezogenen Indikatoren konnte der Aufwand reduziert werden. Dies gelang zum einen dadurch, dass eine Angleichung einzelner Items an den Qualitätsbericht erfolgte und zum anderen, weil die Zielsetzungen der Indikatoren präzisiert und eingengt wurden.

Bei den fallbezogenen Indikatoren bleibt der Schwerpunkt auf dem Erkennen und Diagnostizieren der Sepsis durch die beiden Indikatoren zum „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“ und „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“ als eines entscheidenden Teils der Versorgung bestehen. Auch hier konnte mithilfe der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung eine deutliche Verbesserung in der Präzisierung der Datenfeldstruktur erreicht werden. Die Machbarkeitsprüfung bestätigte im Dialog mit den Leistungserbringern nochmals die Relevanz zentraler Elemente der Qualitätsförderung, wie zum Beispiel die Erfassung des Datums der Sepsisdiagnose oder auch, dass bezüglich der geforderten Messinstrumente für den Indikator zum Screening die Förderung der „Forschung“ und Validierung weiterer Instrumente angeregt werden sollte. Durch die Streichung des Indikators „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antibiotischen Therapie der Sepsis“ wurde eine weitere, inhaltlich begründete Aufwandsreduktion erreicht.

Übergeordnet wurden die Ausschlüsse von Fachabteilungen, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und -patienten behandeln nochmals erweitert und palliativ versorgte Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Verfahren ausgeschlossen. Diese Präzisierungen machen das Verfahren noch zielgerichteter und minimieren den Aufwand für die Leistungserbringer. Aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Machbarkeitsprüfung ergab sich weiterhin die Notwendigkeit zu Anpassungen der Indikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität. Hier bestand die Problematik der späten Berichtszeitpunkte der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. Infolge der Prüfung beider Ergebnisindikatoren konnte der Indikator zur „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ auf einen fallbezogenen Indikator umgestellt werden, damit dieser zusammen

mit den Ergebnissen der Prozess- und Strukturindikatoren im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden kann. Für den Indikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ und die Follow-up-Kennzahlen zur Ergebnisqualität war dies nicht möglich.

Die Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis im stationären Bereich ab und weisen unmittelbar auf prozess- und einrichtungsbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Hieraus ergibt sich ein aus Sicht des IQTIG ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind für die Durchführung der Qualitätssicherung geeignet und die regelhaft dokumentierten Informationen sind für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar.

Die Machbarkeitsprüfung konnte trotz der reduzierten Version des QS-Filters aufzeigen, dass es in der Versorgungslandschaft noch Defizite beim klinischen Verständnis und der Kodierung bezüglich der Sepsis-3-Definition gibt. Hierfür kann das zukünftige QS-Verfahren einen wertvollen Beitrag zur flächendeckenden, leitliniengerechten Umsetzung der aktuellen wissenschaftlichen Kriterien für eine Sepsis geben. Insgesamt kommt das IQTIG auch nach Durchführung der Machbarkeitsprüfung und der Überprüfung hinsichtlich seiner Anschlussfähigkeit an weitere relevante ICD-10-Kodes zu dem Schluss, dass der bestehende QS-Filter aus dem Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a), unter Berücksichtigung der dargestellten zusätzlichen Ausschlussgründe, für den Regelbetrieb dieses Verfahrens geeignet ist.

Mit dem vorgelegten Indikatorenset V2.0 empfiehlt das IQTIG ein fokussiertes, datensparsames Verfahren zur fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, das gemeinsam mit den sozialdatenbasierten Indikatoren und Kennzahlen zentrale Aspekte einer leitliniengerechten Versorgung für alle Behandlungsphasen abbildet und für die gesetzliche QS unmittelbare Handlungsanschlüsse ermöglicht. Das IQTIG erwartet von dem Verfahren wesentliche Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Sepsis und empfiehlt die Beauftragung einer Spezifikation.

Literatur

- ABS [antibiotic stewardship] ([kein Datum]): Die Kursstufen. Berlin: Akademie für Infektionsmedizin. URL: <https://www.antibiotic-stewardship.de/fortbildung/kursstufen/> (abgerufen am: 01.06.2023).
- Evans, L; Rhodes, A; Alhazzani, W; Antonelli, M; Coopersmith, CM; French, C; et al. (2021): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine* 49(11). DOI: 10.1097/CCM.0000000000005337.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zu der Förderbekanntmachung Versorgungsforschung - Medizinische Leitlinien vom 20. September 2022 (ursprüngliche Fassung vom 27. Juni 2022). [Stand:] 26.04.2023. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/327/2023-04-03_Gesamtuebersicht-gefoerderter-Projekte_MedLL_FBK-2022-06-27.pdf (abgerufen am: 26.05.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Anhang zum Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_Anhang_2022-05-31_01.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Indikatorenset V1.1. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Indikatorenset-V1-1_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 01.06.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der

Sepsis“. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 01.06.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022e):
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).

Kleinbrahm, K; Wappler, F; Sakka, SG (2019): Stellenwert des Procalcitonins als Sepsismarker.
Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 54(6): 424-433. DOI:
10.1055/a-0569-7132.

KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y.

Statista (2022): Anteil Teilzeitbeschäftigter in der Pflege und in Deutschland insgesamt im Jahr 2021. [Stand:] Mai 2022. Hamburg: Statista. URL:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029912/umfrage/anteil-teilzeitbeschaeftigter-in-der-pflege-in-deutschland-nach-pflegeart/> (abgerufen am: 02.05.2023).

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Machbarkeitsprüfung

Anhang

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Anhang

Ansprechperson Stefanie Erckenbrecht

Datum der Abgabe 30. Juni 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Diagnostik,
Therapie und Nachsorge der Sepsis. Teil B

Datum des Auftrags 16. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Patienten- und Leistungsfilter	4
Anhang A.1: Patientenfilter	4
Anhang A.2: Leistungsfilter für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	35
Anhang A.3: Potentielle Risikofaktoren für den Qualitätsindikator „Krankenhaus- Letalität nach Sepsis“	64
Anhang B: Datenfelder der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	92
Anhang B.1: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation	92
Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	105
Anhang C: Entwicklung der nichtadministrativen Datenfelder: Indikatorenset 1.1 / nach Durchsicht / Indikatorenset 2.0	153
Anhang D: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums	283
Anhang E: Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer	286
Anhang F: Methodisches Vorgehen der orientierenden Literaturrecherche zum Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“	309
Literatur	310
Impressum	312

Anhang A: Patienten- und Leistungsfilter

Anhang A.1: Patientenfilter

Der Patientenfilter ist gleichzusetzen mit der Kodeliste des QS-Filters zur Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.

Auslöserregeln für den QS-Filter

Tabelle 1: Auslöserregeln für den QS-Filter (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)

Daten	Regel
Daten nach §301 SGB V	Alter \geq 18 Jahre UND ICD-10-GM R57.2 Septischer Schock ODER ICD-10-GM aus Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ UND ICD-10-GM R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen UND NICHT ICD-10-GM R57.2 Septischer Schock ODER ICD-10-GM Kode aus Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ UND ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

Daten	Regel
	UND NICHT ICD-10-GM Kode aus R-Block

Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“

Tabelle 2: Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
A02.1	Salmonellensepsis
A32.7	Listeriensepsis
A39.1	Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
A39.2	akute Meningokokkensepsis
A40.-	Streptokokkensepsis A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A A40.1 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B A40.2 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken A40.3 Sepsis durch Streptococcus pneumoniae A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken A40.9 Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.-	Sonstige Sepsis A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus A41.1 Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
	<p>A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken</p> <p>A41.3 Sepsis durch <i>Haemophilus influenzae</i></p> <p>A41.4 Sepsis durch Anaerobier</p> <p>A41.5 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger</p> <p>A41.51 <i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>]</p> <p>A41.52 <i>Pseudomonas</i></p> <p>A41.58 Sonstige gramnegative Erreger</p> <p>A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis</p> <p>A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet</p>
B37.7	Candida-Sepsis

Diagnose-Block „R-Block“

Tabelle 3: Diagnose-Block „R-Block“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
R57.2	Septischer Schock
R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion-Block“

Tabelle 4: Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion-Block“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Atmungssystem“	
J80.0-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] <i>J80.01 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.02 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.03 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.09 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet</i>
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J96.0-	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert <i>J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]</i> <i>J96.01 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]</i> <i>J96.09 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert : Typ nicht näher bezeichnet</i>
J96.9-	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet <i>J96.90 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]</i> <i>J96.91 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]</i> <i>J96.99 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet</i>
R09.2	Atemstillstand
8-701	Einfache endotracheale Intubation

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
5-311	Temporäre Tracheostomie
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
5-312	Permanente Tracheostomie
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Gerinnungssystem“	
D65.-	Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom] <i>D65.0 Erworbene Afibrinogenämie</i> <i>D65.1 Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]</i> <i>D65.2 Erworbene Fibrinolyseblutung</i> <i>D65.9 Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet</i>
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.6-	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet <i>D69.60 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet</i> <i>D69.61 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet</i>
8-800.6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate <i>8-800.60 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat</i> <i>8-800.61 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.62 3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.63 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.64 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.65 9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.66 11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.67 13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.68 15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.69 17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6a 19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6b 23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6c 27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6d 31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6e 35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.6g 39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6h 43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6j 47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6k 51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6m 55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6n 59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6p 63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6q 67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6s 71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6t 79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6u 87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6v 95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6w 103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6z 111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.d	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800-d0 1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800-d1 2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d2 3 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d3 4 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d4 5 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-800-d6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-da 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-db 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-de 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-df 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-ds 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dt 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-du 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-800-dz 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>
8-800.f	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat</p> <p><i>8-800-f0 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat</i></p> <p><i>8-800-f1 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f2 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f3 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f4 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f5 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f6 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f7 10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f8 12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-f9 14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fa 16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fb 18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fc 20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fd 24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fe 28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-ff 32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fg 36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fh 40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fj 46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800-fk 52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800-fm 58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fn 64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fp 70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fq 78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fr 86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fs 94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-ft 102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fu 110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fv 118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-fz 126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.g	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.g0 1 Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.g1 2 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g2 3 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g3 4 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g4 5 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g5 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g6 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g7 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g8 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.g9 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ga 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.gb 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gc 20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gd 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ge 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gf 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gg 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gh 40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gj 46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gk 52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gm 58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gn 64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gp 70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gq 78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gr 86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gs 94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gt 102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gu 110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gv 118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gz 126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.h	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.h0 1 pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.h1 2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-800.h2 3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h3 4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h4 5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ha 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hb 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.he 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hf 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.hs 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ht 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hu 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hz 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.j	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j0 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j1 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j2 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j3 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j4 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j5 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j6 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j7 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j8 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j9 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ja 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jb 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jc 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jd 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.je 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-800.jf 374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>
8-800.k	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p><i>8-800.k0 134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k1 146 bis unter 158 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k2 158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k3 170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k4 182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k5 194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k6 210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k7 226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k8 242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.k9 258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.ka 274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.kb 294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.kc 314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.kd 334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.ke 354 bis unter 374 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.kf 374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i></p>
8-800.m	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate</p> <p><i>8-800.m0 134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.m1 146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate</i></p> <p><i>8-800.m2 158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate</i></p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.m3 170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m4 182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m5 194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m6 210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m7 226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m8 242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m9 258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ma 274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mb 294 bis unter 314 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mc 314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.md 334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.me 354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mf 374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.n	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n0 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n1 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n2 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n3 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n4 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n5 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n6 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n7 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.n8 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n9 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.na 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.nb 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.nc 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.nd 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ne 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.nf 374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>
8-810.j	<p>Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat</p> <p>8-810.j3 Bis unter 1,0 g</p> <p>8-810.j4 1,0 g bis unter 2,0 g</p> <p>8-810.j5 2,0 g bis unter 3,0 g</p> <p>8-810.j6 3,0 g bis unter 4,0 g</p> <p>8-810.j7 4,0 g bis unter 5,0 g</p> <p>8-810.j8 5,0 g bis unter 6,0 g</p> <p>8-810.j9 6,0 g bis unter 7,0 g</p> <p>8-810.ja 7,0 g bis unter 8,0 g</p> <p>8-810.jb 8,0 g bis unter 9,0 g</p> <p>8-810.jc 9,0 g bis unter 10,0 g</p> <p>8-810.jd 10,0 g bis unter 12,5 g</p> <p>8-810.je 12,5 g bis unter 15,0 g</p> <p>8-810.jf 15,0 g bis unter 17,5 g</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-810.jg 17,5 g bis unter 20,0 g</p> <p>8-810.jh 20,0 g bis unter 25,0 g</p> <p>8-810.jj 25,0 g bis unter 30,0 g</p> <p>8-810.jk 30,0 g bis unter 35,0 g</p> <p>8-810.jm 35,0 g bis unter 40,0 g</p> <p>8-810.jn 40,0 g bis unter 50,0 g</p> <p>8-810.jp 50,0 g bis unter 60,0 g</p> <p>8-810.jq 60,0 g bis unter 70,0 g</p> <p>8-810.jr 70,0 g bis unter 80,0 g</p> <p>8-810.js 80,0 g bis unter 90,0 g</p> <p>8-810.jt 90,0 g bis unter 100,0 g</p> <p>8-810.jv 100,0 g bis unter 120,0 g</p> <p>8-810.jw 120,0 g bis unter 160,0 g</p> <p>8-810.jz 160,0 g oder mehr</p>
8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige
8-812.5	<p>Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex</p> <p>8-812.50 500 IE bis unter 1.500 IE</p> <p>8-812.51 1.500 IE bis unter 2.500 IE</p> <p>8-812.52 2.500 IE bis unter 3.500 IE</p> <p>8-812.53 3.500 IE bis unter 4.500 IE</p> <p>8-812.54 4.500 IE bis unter 5.500 IE</p> <p>8-812.55 5.500 IE bis unter 6.500 IE</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-812.56 6.500 IE bis unter 7.500 IE</p> <p>8-812.57 7.500 IE bis unter 8.500 IE</p> <p>8-812.58 8.500 IE bis unter 9.500 IE</p> <p>8-812.59 9.500 IE bis unter 10.500 IE</p> <p>8-812.5a 10.500 IE bis unter 15.500 IE</p> <p>8-812.5b 15.500 IE bis unter 20.500 IE</p> <p>8-812.5c 20.500 IE bis unter 25.500 IE</p> <p>8-812.5d 25.500 IE bis unter 30.500 IE</p> <p>8-812.5f 30.500 IE bis unter 40.500 IE</p> <p>8-812.5g 40.500 IE bis unter 50.500 IE</p> <p>8-812.5h 50.500 IE bis unter 60.500 IE</p> <p>8-812.5j 60.500 IE bis unter 80.500 IE</p> <p>8-812.5k 80.500 IE bis unter 100.500 IE</p> <p>8-812.5m 100.500 IE bis unter 120.500 IE</p> <p>8-812.5n 120.500 IE bis unter 140.500 IE</p> <p>8-812.5p 140.500 IE bis unter 160.500 IE</p> <p>8-812.5q 160.500 IE bis unter 200.500 IE</p> <p>8-812.5r 200.500 IE oder mehr</p>
8-812.6	<p>Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma</p> <p>8-812.60 1 TE bis unter 6 TE</p> <p>8-812.61 6 TE bis unter 11 TE</p> <p>8-812.62 11 TE bis unter 21 TE</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-812.63 21 TE bis unter 31 TE 8-812.64 31 TE oder mehr
8-812.8	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Pathogeninaktiviertes Plasma 8-812.80 1 TE bis unter 6 TE 8-812.81 6 TE bis unter 11 TE 8-812.82 11 TE bis unter 21 TE 8-812.83 21 TE bis unter 31 TE 8-812.84 31 TE oder mehr
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion kardiovaskuläres System“	
R57.8	Sonstige Formen des Schocks
E86	Volumenmangel
I95.9	Hypotonie, nicht näher bezeichnet
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Leber“	
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
R17.-	Hyperbilirubinämie, mit oder ohne Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert <i>R17.0 Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert</i> <i>R17.9 Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert</i>
8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Niere“	
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose, Stadium 2
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose, Stadium 3
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose, Stadium 2
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose, Stadium 3
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose, Stadium 2
N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose, Stadium 3
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen, Stadium 2
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen, Stadium 3
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 2
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3
8-821.2	Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
8-853.1	Hämofiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVH)

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-853.13 Bis 24 Stunden</p> <p>8-853.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-853.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-853.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-853.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-853.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-853.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-853.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-853.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-853.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-853.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-853.1f Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.4	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.5	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.6	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.7	<p>Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</p> <p>8-853.70 Bis 24 Stunden</p> <p>8-853.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-853.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-853.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-853.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-853.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-853.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-853.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-853.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-853.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-853.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-853.7c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-853.8	<p>Hämodilution: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen</p> <p>8-853.80 Bis 24 Stunden</p> <p>8-853.81 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-853.82 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-853.83 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-853.84 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-853.86 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-853.87 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-853.88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-853.89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-853.8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-853.8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-853.8c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-853.x	Hämodilution: Sonstige

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
8-853.y	Hämofiltration: N.n.bez.
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.6	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation <i>8-854.60 Bis 24 Stunden</i> <i>8-854.61 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i> <i>8-854.62 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i> <i>8-854.63 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i> <i>8-854.64 Mehr als 264 bis 432 Stunden</i> <i>8-854.66 Mehr als 432 bis 600 Stunden</i> <i>8-854.67 Mehr als 600 bis 960 Stunden</i> <i>8-854.68 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</i> <i>8-854.69 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</i> <i>8-854.6a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</i> <i>8-854.6b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</i> <i>8-854.6c Mehr als 2.400 Stunden</i>
8-854.7	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen <i>8-854.70 Bis 24 Stunden</i> <i>8-854.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-854.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-854.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-854.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-854.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-854.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-854.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-854.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-854.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-854.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-854.7c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-854.8	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000
8-854.x	Hämodialyse: Sonstige
8-854.y	Hämodialyse: N.n.bez.
8-855.1	<p>Hämodiafiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF)</p> <p>8-855.13 Bis 24 Stunden</p> <p>8-855.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-855.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-855.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-855.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-855.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-855.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-855.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-855.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-855.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-855.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-855.1f Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.6	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.7	<p>Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</p> <p>8-855.70 Bis 24 Stunden</p> <p>8-855.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-855.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-855.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-855.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-855.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-855.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-855.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-855.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-855.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-855.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-855.7c Mehr als 2.400 Stunden
8-855.8	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen 8-855.80 Bis 24 Stunden 8-855.81 Mehr als 24 bis 72 Stunden 8-855.82 Mehr als 72 bis 144 Stunden 8-855.83 Mehr als 144 bis 264 Stunden 8-855.84 Mehr als 264 bis 432 Stunden 8-855.86 Mehr als 432 bis 600 Stunden 8-855.87 Mehr als 600 bis 960 Stunden 8-855.88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden 8-855.89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden 8-855.8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden 8-855.8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden 8-855.8c Mehr als 2.400 Stunden
8-855.x	Hämodiafiltration: Sonstige
8-855.y	Hämodiafiltration: N.n.bez.
8-856	Hämoperfusion
8-85a.0	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Intermittierend 8-85a.00 1 bis 3 Behandlungen 8-85a.01 4 bis 5 Behandlungen 8-85a.02 6 bis 10 Behandlungen

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-85a.03 11 oder mehr Behandlungen</i>
8-85a.1	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Kontinuierlich <i>8-85a.13 Bis 24 Stunden</i> <i>8-85a.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i> <i>8-85a.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i> <i>8-85a.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i> <i>8-85a.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</i> <i>8-85a.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</i> <i>8-85a.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</i> <i>8-85a.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</i> <i>8-85a.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</i> <i>8-85a.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</i> <i>8-85a.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</i> <i>8-85a.1f Mehr als 2.400 Stunden</i>
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion ZNS“ gemäß IQTIG	
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt <i>F05.0 Delir ohne Demenz</i> <i>F05.1 Delir bei Demenz</i> <i>F05.8 Sonstige Formen des Delirs</i> <i>F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet</i>
G94.32*	Septische Enzephalopathie

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
K72.72!	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73!	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74!	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
R40.-	Somnolenz, Sopor und Koma <i>R40.0 Somnolenz</i> <i>R40.1 Sopor</i> <i>R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet</i>

Ausschlussgründe auf Krankenhausstandort- und Fachabteilungsebene

Standorte von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen entsprechend der nachfolgenden Fachrichtungen sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen.

Tabelle 5: Übergreifender Ausschluss der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3756	Suchtmedizin

Ausschlussgründe auf Fallebene

Fälle, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der folgenden Fachabteilungen behandelt worden sind oder bei denen eine Kodierung einer der folgenden OPS vorliegt, sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Tabelle 6: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 7: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (aktuelle OPS-Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

Anhang A.2: Leistungsfiler für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 105 SGB XI	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 60 Tagen nach dem stationären Aufenthalt oder innerhalb des stationären Aufenthaltes, eine Verschlechterung des Pflegegrads oder einen neuen Pflegegrad erhalten haben</p> <p>Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung</p> <p><u>Potentielle Risikofaktoren</u></p> <p>Vorbestehender Pflegegrad</p> <p>Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p>

Daten	Regel
	<p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Behandlung auf Fachabteilung Palliativmedizin innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung</p> <p>Fachabteilung „Palliativmedizin“ (3752) (Schlüssel 6)</p> <p>ODER</p> <p>Diagnose, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>Z51.5 Palliativbehandlung</p> <p>ODER</p> <p>Prozedur, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist:</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung</p> <p>8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung</p> <p>8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst</p>

Daten	Regel
Daten nach § 39a SGB V	<u>Ausschlüsse für Nenner</u> Patientinnen und Patienten mit Aufnahme in ein Hospiz innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung Aufnahme in ein Hospiz innerhalb von 60 Tagen nach stationärer Entlassung
Daten nach § 295(a) ¹ SGB V	<u>Ausschlüsse für Nenner</u> Diagnose, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist: <u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u> Z51.5 Palliativbehandlung
Daten nach § 284 SGB V	<u>Potentielle Risikofaktoren</u> Alter (ansteigend) Geburtsdatum des Versicherten
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ² SGB V	<u>Potentielle Risikofaktoren</u> <u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u> U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte U50.30 Barthel-Index: 40-55 Punkte U50.40 Barthel-Index: 20-35 Punkte U50.50 Barthel-Index: 0-15 Punkte U51.00 Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte U51.10 Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte

¹ Im Rahmen des Ausschlusskriteriums sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose betrachtet werden.

² Im Rahmen der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>U51.20 Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U52.0 Frührehabilitations-Barthel-Index: 31 und mehr Punkte</p> <p>U52.1 Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte</p> <p>U52.2 Frührehabilitations-Barthel-Index: -200 bis -76 Punkte</p> <p>U52.3 Frührehabilitations-Barthel-Index: weniger als -200 Punkte</p> <p>U69.80! Nicht-nosokomiale Sepsis</p> <p>U69.81! Nosokomiale Sepsis</p> <p>U69.82! Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme</p> <p>U69.83! Nicht-nosokomialer septischer Schock</p> <p>U69.84! Nosokomialer septischer Schock</p> <p>U69.85! Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme</p>

Kennzahl³ „Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 284 SGB V	<p>Zähler</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach der Entlassung verstorben sind</p> <p>Sterbedatum des Versicherten</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Verlegung in ein anderes Krankenhaus (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Verlegung in ein anderes Krankenhaus (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Tod (07) (Schlüssel 5)</p>

³ Der im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) verwendete Begriff „Zusatzparameter“ wurde in der Machbarkeitsprüfung zu „Kennzahl“ umformuliert. Mit dieser Anpassung sind jedoch keine inhaltlichen Änderungen verbunden.

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁴ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator</i></p> <p>ODER</p> <p><i>R09.2 Atemstillstand</i></p> <p>ODER</p> <p><i>J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i></p> <p>ODER</p> <p><i>J12.0 Pneumonie durch Adenoviren</i></p> <p><i>J12.1 Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]</i></p> <p><i>J12.2 Pneumonie durch Parainfluenzaviren</i></p> <p><i>J12.3 Pneumonie durch humanes Metapneumovirus</i></p> <p><i>J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren</i></p> <p><i>J12.9 Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae</i></p> <p>ODER</p> <p><i>J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae</i></p>

⁴ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>ODER</p> <p>J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae</p> <p>J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas</p> <p>J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken</p> <p>J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B</p> <p>J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken</p> <p>J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli</p> <p>J15.6 Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien</p> <p>J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae</p> <p>J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie</p> <p>J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J16.0 Pneumonie durch Chlamydien</p> <p>J16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger</p> <p>ODER</p> <p>J17.0* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten</p> <p>J17.1* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten</p> <p>J17.2* Pneumonie bei Mykosen</p> <p>J17.3* Pneumonie bei parasitären Krankheiten</p> <p>J17.8* Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p>

Daten	Regel
	<p>Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator</p> <p>ODER</p> <p>R09.2 Atemstillstand</p> <p>ODER</p> <p>J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</p> <p>ODER</p> <p>J12.0 Pneumonie durch Adenoviren</p> <p>J12.1 Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]</p> <p>J12.2 Pneumonie durch Parainfluenzaviren</p> <p>J12.3 Pneumonie durch humanes Metapneumovirus</p> <p>J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren</p> <p>J12.9 Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae</p> <p>ODER</p> <p>J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae</p> <p>ODER</p> <p>J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae</p> <p>J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas</p> <p>J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken</p> <p>J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B</p> <p>J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken</p> <p>J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli</p>

Daten	Regel
	<p>J15.6 Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien</p> <p>J15.7 Pneumonie durch <i>Mycoplasma pneumoniae</i></p> <p>J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie</p> <p>J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J16.0 Pneumonie durch Chlamydien</p> <p>J16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger</p> <p>ODER</p> <p>J17.0* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten</p> <p>J17.1* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten</p> <p>J17.2* Pneumonie bei Mykosen</p> <p>J17.3* Pneumonie bei parasitären Krankheiten</p> <p>J17.8* Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p>

Daten	Regel
	<p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁵ SGB V	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i></p> <p>ODER</p> <p><i>Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz</i></p> <p>ODER</p> <p><i>Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse</i></p> <p><i>Z49.1 Extrakorporale Dialyse</i></p> <p><i>Z49.2 Sonstige Dialyse</i></p> <p>ODER</p> <p><i>N17.01 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1</i></p> <p><i>N17.02 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2</i></p> <p><i>N17.03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3</i></p> <p><i>N17.09 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</i></p> <p><i>N17.11 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1</i></p> <p><i>N17.12 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2</i></p> <p><i>N17.13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3</i></p> <p><i>N17.19 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</i></p>

⁵ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>N17.21 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1</p> <p>N17.22 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2</p> <p>N17.23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3</p> <p>N17.29 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.81 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1</p> <p>N17.82 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2</p> <p>N17.83 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3</p> <p>N17.89 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1</p> <p>N17.92 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2</p> <p>N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3</p> <p>N17.99 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p>N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</p> <p>ODER</p> <p>Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz</p> <p>ODER</p> <p>Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse</p> <p>Z49.1 Extrakorporale Dialyse</p> <p>Z49.2 Sonstige Dialyse</p> <p>ODER</p> <p>N17.01 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1</p>

Daten	Regel
	<p>N17.02 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2</p> <p>N17.03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3</p> <p>N17.09 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.11 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1</p> <p>N17.12 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2</p> <p>N17.13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3</p> <p>N17.19 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.21 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1</p> <p>N17.22 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2</p> <p>N17.23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3</p> <p>N17.29 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.81 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1</p> <p>N17.82 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2</p> <p>N17.83 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3</p> <p>N17.89 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1</p> <p>N17.92 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2</p> <p>N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3</p> <p>N17.99 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p>

Daten	Regel
	<p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁶ SGB V	<p>Zähler</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden</p> <p>I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe</p> <p>I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden</p> <p>I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe</p> <p>I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet</p> <p>I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</p> <p>I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand</p> <p>I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen</p>

⁶ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation</p> <p>I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt</p> <p>I21.9 Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend</p> <p>I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend</p> <p>ODER</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</p> <p>5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass</p> <p>5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik</p> <p>ODER</p> <p><u>GOP</u></p> <p>34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden</p> <p>I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe</p>

Daten	Regel
	<p>I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden</p> <p>I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe</p> <p>I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet</p> <p>I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</p> <p>I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand</p> <p>I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen</p> <p>I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation</p> <p>I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt</p> <p>I21.9 Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend</p> <p>I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend</p> <p>ODER</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</p> <p>5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass</p> <p>5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik</p> <p>ODER</p> <p><u>GOP</u></p>

Daten	Regel
	34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u> Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u> Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁷ SGB V	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p><i>I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.1 Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.2 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.5 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.6 Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig</i></p> <p><i>I63.8 Sonstiger Hirninfarkt</i></p> <p><i>I63.9 Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>G45.02 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</i></p> <p><i>G45.03 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</i></p>

⁷ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>G45.09 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.12 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.13 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.19 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.22 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.23 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.29 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.32 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.33 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.39 Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.42 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.43 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.49 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.82 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.83 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.89 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.92 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.93 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.99 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)</p> <p>F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p>

Daten	Regel
	<p>F00.2* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form</p> <p>F00.9* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.8 Sonstige vaskuläre Demenz</p> <p>F01.9 Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2* Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</p> <p>F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>ODER</p> <p>F03 Nicht näher bezeichnete Demenz</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien</p> <p>I63.1 Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien</p>

Daten	Regel
	<p>I63.2 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien</p> <p>I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien</p> <p>I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien</p> <p>I63.5 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien</p> <p>I63.6 Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig</p> <p>I63.8 Sonstiger Hirninfarkt</p> <p>I63.9 Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>G45.02 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.03 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.09 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.12 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.13 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.19 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.22 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.23 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.29 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.32 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p>

Daten	Regel
	<p>G45.33 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.39 Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.42 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.43 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.49 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.82 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.83 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.89 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.92 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.93 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.99 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)</p> <p>F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p> <p>F00.2* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form</p> <p>F00.9* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.8 Sonstige vaskuläre Demenz</p> <p>F01.9 Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet</p>

Daten	Regel
	<p>ODER</p> <p>F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2* Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</p> <p>F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>ODER</p> <p>F03 Nicht näher bezeichnete Demenz</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p>

Daten	Regel
	ODER Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)

Kennzahl „Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁸ SGB V	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</i></p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</i></p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p><i>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</i></p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p><i>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</i></p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p><i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p> <p>UND</p>

⁸ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁹ SGB V	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>F06.7 leichte kognitive Störung</p> <p>ODER</p> <p>U51.10 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte</p> <p>U51.11 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 11-29 Punkte</p> <p>U51.12 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 17-23 Punkte</p> <p>ODER</p> <p>U51.20 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U51.21 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte</p> <p>U51.22 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>F06.7 leichte kognitive Störung</p> <p>ODER</p> <p>U51.10 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte</p>

⁹ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>U51.11 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 11-29 Punkte</p> <p>U51.12 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 17-23 Punkte</p> <p>ODER</p> <p>U51.20 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U51.21 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte</p> <p>U51.22 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Anhang A.3: Potentielle Risikofaktoren für den Qualitätsindikator „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“

Potentielle Risikofaktoren ICD-10-Kodes

Tabelle 8: Potentielle Risikofaktoren ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)

ICD-Kode	Bezeichnung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B37.0	Candida-Stomatitis
B37.1	Kandidose der Lunge
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen
B38.0	Akute Kokzidioidomykose der Lunge
B38.1	Chronische Kokzidioidomykose der Lunge
B38.2	Kokzidioidomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B38.3	Kokzidioidomykose der Haut
B38.4	Kokzidioidomykose der Meningen
B38.7	Disseminierte Kokzidioidomykose
B38.8	Sonstige Formen der Kokzidioidomykose
B38.9	Kokzidioidomykose, nicht näher bezeichnet
B39.0	Akute Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum
B39.1	Chronische Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum
B39.2	Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet
B39.3	Disseminierte Histoplasmose durch Histoplasma capsulatum
B39.4	Histoplasmose durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet
B39.5	Histoplasmose durch Histoplasma duboisii
B39.9	Histoplasmose, nicht näher bezeichnet
B40.0	Akute Blastomykose der Lunge
B40.1	Chronische Blastomykose der Lunge
B40.2	Blastomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B40.3	Blastomykose der Haut
B40.7	Disseminierte Blastomykose
B40.8	Sonstige Formen der Blastomykose

ICD-Kode	Bezeichnung
B40.9	Blastomykose, nicht näher bezeichnet
B48.0	Lobomykose
B48.1	Rhinosporidiose
B48.2	Allescheriose
B48.3	Geotrichose
B48.4	Penizilliose
B48.5	Pneumozystose
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze
B48.8	Sonstige näher bezeichnete Mykosen
C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe
C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe
C00.2	Bösartige Neubildung: Äußere Lippe, nicht näher bezeichnet
C00.3	Bösartige Neubildung: Oberlippe, Innenseite
C00.4	Bösartige Neubildung: Unterlippe, Innenseite
C00.5	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet, Innenseite
C00.6	Bösartige Neubildung: Lippenkommissur
C00.8	Bösartige Neubildung: Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend
C00.9	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02.0	Bösartige Neubildung: Zungenrücken
C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C02.2	Bösartige Neubildung: Zungenunterfläche
C02.3	Bösartige Neubildung: Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
C02.4	Bösartige Neubildung: Zungentonsille
C02.8	Bösartige Neubildung: Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet
C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch
C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C03.9	Bösartige Neubildung: Zahnfleisch, nicht näher bezeichnet
C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens

ICD-Kode	Bezeichnung
C04.1	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet
C05.0	Bösartige Neubildung: Harter Gaumen
C05.1	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C05.2	Bösartige Neubildung: Uvula
C05.8	Bösartige Neubildung: Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend
C05.9	Bösartige Neubildung: Gaumen, nicht näher bezeichnet
C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut
C06.1	Bösartige Neubildung: Vestibulum oris
C06.2	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C06.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	Bösartige Neubildung der Parotis
C08.0	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis
C08.1	Bösartige Neubildung: Glandula sublingualis
C08.8	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend
C08.9	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris
C09.1	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet
C10.0	Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C10.1	Bösartige Neubildung: Vorderfläche der Epiglottis
C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C10.3	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Oropharynx
C10.4	Bösartige Neubildung: Kiemengang
C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx

ICD-Kode	Bezeichnung
C11.1	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C11.3	Bösartige Neubildung: Vorderwand des Nasopharynx
C11.8	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13.0	Bösartige Neubildung: Regio postcricoidea
C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
C13.2	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet
C14.0	Bösartige Neubildung: Pharynx, nicht näher bezeichnet
C14.2	Bösartige Neubildung: Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C22.0	Leberzellkarzinom
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.2	Hepatoblastom
C22.3	Angiosarkom der Leber
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C26.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis
C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis
C32.3	Bösartige Neubildung: Larynxknorpel
C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet
C33	Bösartige Neubildung der Trachea
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C37	Bösartige Neubildung des Thymus
C38.0	Bösartige Neubildung: Herz
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum
C38.2	Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.0	Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet
C39.8	Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial

ICD-Kode	Bezeichnung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C43.0	Bösartiges Melanom der Lippe
C43.1	Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
C43.2	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C43.8	Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet
C45.0	Mesotheliom der Pleura
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums
C45.2	Mesotheliom des Perikards
C45.7	Mesotheliom sonstiger Lokalisationen
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
C46.7	Kaposi-Sarkom sonstiger Lokalisationen
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe
C46.9	Kaposi-Sarkom, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C49.1	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
C49.4	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

ICD-Kode	Bezeichnung
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium
C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

ICD-Kode	Bezeichnung
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C57.9	Bösartige Neubildung: Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60.0	Bösartige Neubildung: Praeputium penis
C60.1	Bösartige Neubildung: Glans penis
C60.2	Bösartige Neubildung: Penisschaft
C60.8	Bösartige Neubildung: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae
C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae
C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals
C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
C67.7	Bösartige Neubildung: Urachus
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C68.0	Bösartige Neubildung: Urethra
C68.1	Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse
C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C68.9	Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet
C69.0	Bösartige Neubildung: Konjunktiva
C69.1	Bösartige Neubildung: Kornea
C69.2	Bösartige Neubildung: Retina
C69.3	Bösartige Neubildung: Chorioidea
C69.4	Bösartige Neubildung: Ziliarkörper
C69.5	Bösartige Neubildung: Tränendrüse und Tränenwege
C69.6	Bösartige Neubildung: Orbita
C69.8	Bösartige Neubildung: Auge und Augenanhangsgebilde, mehrere Teilbereiche überlappend
C69.9	Bösartige Neubildung: Auge, nicht näher bezeichnet
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkshäute
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]

ICD-Kode	Bezeichnung
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet
C75.0	Bösartige Neubildung: Nebenschilddrüse
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
C75.4	Bösartige Neubildung: Glomus caroticum
C75.5	Bösartige Neubildung: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
C75.8	Bösartige Neubildung: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
C75.9	Bösartige Neubildung: Endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet
C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
C76.2	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.4	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C76.7	Bösartige Neubildung: Sonstige ungenau bezeichnete Lokalisationen
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten

ICD-Kode	Bezeichnung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse

ICD-Kode	Bezeichnung
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses
C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Folikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Folikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Folikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C83.1	Mantelzell-Lymphom
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom

ICD-Kode	Bezeichnung
C83.7	Burkitt-Lymphom
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
C88.20	Sonstige Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerekettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission

ICD-Kode	Bezeichnung
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8!	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

ICD-Kode	Bezeichnung
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
D68.5	Primäre Thrombophilie
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I

ICD-Kode	Bezeichnung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
E40	Kwashiorkor
E41	Alimentärer Marasmus
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet
E87.2	Azidose
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.1	Delir bei Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
G10	Chorea Huntington
G11.0	Angeborene nichtprogressive Ataxie
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie

ICD-Kode	Bezeichnung
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie
G12.2	Motoneuron-Krankheit
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet
G13.0*	Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie
G13.1*	Sonstige Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Neubildungen
G13.2*	Systematrophie, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Myxödem
G13.8*	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
G22*	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea
G25.5	Sonstige Chorea
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G31.81	Mitochondriale Zytopathie
G31.82	Lewy-Körper-Krankheit
G31.88	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G31.9	Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
G32.0*	Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G32.8*	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet
G37.0	Diffuse Hirnsklerose
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems

ICD-Kode	Bezeichnung
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.09	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)
G40.7	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G41.0	Grand-Mal-Status
G41.1	Petit-Mal-Status
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
G41.8	Sonstiger Status epilepticus
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
I09.9	Rheumatische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.2	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I22.0	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand
I22.1	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand
I22.8	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I22.9	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I25.20	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
I25.21	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend
I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
I25.29	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.1	Kyphoskoliotische Herzkrankheit
I27.2	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße

ICD-Kode	Bezeichnung
I28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Lungengefäße
I28.9	Krankheit der Lungengefäße, nicht näher bezeichnet
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I43.0*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten
I43.2*	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten
I43.8*	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
I44.3	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block
I45.6	Präexzitations-Syndrom
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet
I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern
I49.1	Vorhofextrasystolie

ICD-Kode	Bezeichnung
I49.2	AV-junktionale Extrasystolie
I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie
I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.02!	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.04!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I70.0	Atherosklerose der Aorta
I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien

ICD-Kode	Bezeichnung
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert
I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert
I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.5	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert
I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
I71.9	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I73.1	Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger]
I73.8	Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
I77.1	Arterienstriktur
I79.0*	Aortenaneurysma bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
J69.1	Pneumonie durch Öle und Extrakte
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen
K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.9	Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert

ICD-Kode	Bezeichnung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
K76.3	Leberinfarkt
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R00.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages
R40.0	Somnolenz
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet
R47.0	Dysphasie und Aphasie
R56.0	Fieberkrämpfe
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
R57.2	Septischer Schock
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
R64	Kachexie
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis
U69.81!	Nosokomiale Sepsis
U69.82!	Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme
U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock
U69.84!	Nosokomialer septischer Schock
U69.85!	Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]
Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems
Z45.08	Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten

ICD-Kode	Bezeichnung
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z49.2	Sonstige Dialyse
Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems
Z95.81	Vorhandensein eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems
Z95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z95.9	Vorhandensein von kardialem oder vaskulärem Implantat oder Transplantat, nicht näher bezeichnet
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

Potentielle Risikofaktoren OPS

Tabelle 9: Potentielle Risikofaktoren OPS (gemäß aktueller OPS-Version)

OPS-Code (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
1-207	Elektroenzephalographie [EEG]
5-311	Temporäre Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
5-312	Permanente Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-701	Einfache endotracheale Intubation UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-704	Intubation mit Doppellumentubus UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V

Potentielle Risikofaktoren Indizes

- Charlson Comorbidity Index
- Elixhauser Comorbidity Index

Anhang B: Datenfelder der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Anhang B.1: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Art der Versicherung			
IKNR-KASSE	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	http://www.arge-ik.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.
BEPERS	besonderer Personenkreis	§ 301-Vereinbarung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Patientenidentifizierende Daten			
EGK	eGK-Versichertennummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) übertragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
IKNR	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de □□□□□□□□□□□□	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>
STONR	Entlassender Standort	□□□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
FASCHLU-ESSEL	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de □□□□	
Patientin/Patient			
PATID	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
GEBDAT	Geburtsdatum	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
GE-SCHLECHT	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	
AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2022.
ENTLDAT	Entlassdatum Krankenhaus	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022 das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2022.
ENT-LGRUND	Entlassungsgrund	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de 1.u. 2. Stelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diagnostik			
DIAG.DT.BEK	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TT.MM.JJJJ	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
DIAG.DT.UNB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1 = ja	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
AUSLICD	Auslösende ICD-10-Kodes	ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hier sollen alle ausgelösten ICD-Filterkodes automatisch eingetragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ... 15. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
AUSLOPS	Auslösende OPS	OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ... 15. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Hier sollen alle ausgelösten OPS-Filterkodes automatisch eingetragen werden.
ANZBEAT	Anzahl der Beatmungsstunden	Gemäß § 301 SGB V <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
PALLOPS	Palliativ-OPS	<p>OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	Hier sollen die ausgewählten Palliativ-OPS 8-982, 8-98e, 8-98h automatisch eingetragen werden.
KH.LET.ICD	Risikofaktoren Letalität ICD-10-Kodes	<p>ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>...</p> <p>15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-ICD-10-Kodes automatisch eingetragen werden.
KH.LET.OPS	Risikofaktoren Letalität OPS	<p>OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de</p>	Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-OPS automatisch eingetragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung			
diag.dt.bek = Datum vorhanden			
scre.dgf >	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Das Screening muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.
scre.dgf = 1			
scre.inst.q uicks >>	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?	1 = ja	Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer,
scre.inst.n ews >>	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.a nd >>	Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?	1 = ja	M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287 National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.inst.u nb >>	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, unbekannt?	1 = ja	
scre.inst.quicks = 1			
scre.quicks .dt.bek >>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	TT.MM.JJJJ	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.
scre.quicks .dt.unb >>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt	1 = ja	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
scre.quicks.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.quicks .sc.bek >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (einstellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
scre.quicks .sc.unb >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.news = 1			
scre.news. dt.bek >>>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	TT.MM.JJJJ	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.news. dt.unb >>>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt	1 = ja	National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.news. sc.bek >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (zweistellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.news. sc.unb >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt	1 = ja	National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.quicksc.sc.bek = LEER UND scre.news.sc.bek = LEER			
scre.inst.s ofa >>>>	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?	0 = nein 1 = ja	Die Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.sofa = 1			
scre.sofa.d t.bek >>>>>>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	TT.MM.JJJJ	Tag der Sepsisdiagnose und Tag der Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.sofa.d t.unb >>>>>>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt	1 = ja	SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.sofa.s c.bek >>>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen.	---- Punktwert eintragen (zweistellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.sofa.s c.unb >>>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt	1 = ja	Sequential Organ Failure Assessment (SOFA): Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis			
diag.dt.bek = Datum vorhanden			
anti.bio.myk.dgf >	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?	0 = nein 1 = ja	Zur sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zählt die Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
anti.bio.myk.dgf = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
bk.anti.bio.myk.dt.bek >>	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	TT.MM.JJJJ hh:mm	Unter dem Zeitpunkt der ersten sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes das Datum und die konkrete Uhrzeit der ersten Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zu verstehen. Dieser Zeitpunkt muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.anti.bio.myk.dt.unb >>	Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	1 = ja	
bk.anti.bio.myk.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden			
bk.abnahme.dgf >>>	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	0 = nein 1 = ja	Es handelt sich um die Blutkulturen, die zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert wurden. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.abnahme.dgf = 1			
bk.abnahme.dt.bek >>>>	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis	TT.MM.JJJJ hh:mm	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
bk.abnahme.dt.unb >>>>	Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt	1 = ja	oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es handelt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden			
bk.abnahme.anz.bek >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	__ Blutkultursets (zweistellig)	
bk.abnahme.anz.unb >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja	
bk.abnahme.anz.bek ≥ 2			
bk.ergb.pos >>>>>	bk.abnahme.anz.bek ≥ 2 War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?	0 = nein 1 = ja	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde.
bk.ergb.pos = 1			
bk.ergb.dt.bek >>>>>>	Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ hh:mm	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist der Zeitpunkt der ersten elektronischen/telefonischen Mitteilung des Labors einzutragen. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.ergb.dt.unb >>>>>>	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis			
kh.let.zuv	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?	0 = nein 1 = ja	

Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Art der Versicherung			
IKNR	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	
STAND	Standort	□□□□□□□□	
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus			
anz.pflege. zvz	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	Zu zählendes Personal: Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3756 Suchtmedizin
praev.schul.doku	Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, online oder in Präsenz durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
praev.schul.doku = 1			
praev.schul.anz >	Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)	<u>Definition ZVK</u> Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	<p>Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben</p> <p>Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte</p>		<p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qua-</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>litätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Mindestens 80 % der angegebenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben.
praev.schul.anz > 0			
praev.anz.hfk >>	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte	---- Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)	
praev.anz.hfk > 0			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
praev.audit.dgf >>>	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	0 = nein 1 = ja	<u>Anforderungen an Audits</u> Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3400 Dermatologie</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion</p> <p>der Konnektionsstellen</p> <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>
<p>praeval.audit.dgf = 1</p>			
<p>praeval.audit.anz.eh >>>></p>	<p>Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden</p>	<p>----</p> <p>Anzahl der Audits (dreistellig)</p>	<p>Anforderungen an Audits</p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden</p>
praev.audit.dgf = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
praev.audit.anz.zh >>>>	praev.audit.dgf = 1 Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	---- Anzahl der Audits (dreistellig)	<u>Anforderungen an Audits</u> Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3400 Dermatologie</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion</p> <p>der Konnektionsstellen</p> <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden</p>
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team			
tll.abs.vlg	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.vlg= 1			
tll.abs.aus w.zuinf >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	<p>Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:</p> <p>(Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt)</p> <p>UND</p>
tll.abs.aus w.fain >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.abs.aus w.fbabs >	Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	(Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker) UND
tll.abs.aus w.apoinf >	Die Berufsgruppe „Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie UND
tll.abs.aus w.apoabs >	Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene Notwendige Qualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.
tll.abs.aus w.famik >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Bei Krankenhäusern, die unter 300 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, können alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.
tll.abs.aus w.ahyg >	Die Berufsgruppe „verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Bei Krankenhäusern, die über 299 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, müssen die entsprechenden Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden
tll.abs.aus w.and >	Im Antibiotic-Stewardship-Team sind andere Berufsgruppen vertreten	1 = ja	Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Experten bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.
(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1			
tll.abs.vlg.s ta >>	Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.vlg.sta = 0			
tll.bett.anz. stab >>>	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	----- Betten (vierstellig)	
tll.abs.vlg.sta = 1			
tll.bett.anz. staü >>>	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?	----- Betten (vierstellig)	Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen gemäß des letzten Berichts zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, die auf das Antibiotic Stewardship (ABS)-Team zugreifen.
((tll.bett.anz.stab > 299 ODER tll.bett.anz.staü > 299) UND (tll.abs.ausw.zuinf = 1))			
tll.abs.vk.z uinf >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt?	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der Antibiotic Stewardship (ABS)-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	
	Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.		Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)
tll.abs.vk.fa in >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	< 300	keine VK notwendig
tll.abs.vk.f babs >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	300-599	0,5
			600-899	1,0
			900-1199	1,5
			1200-1499	2,0
			1500-1799	2,5
			1800-2099	3,0
			Je 300 Betten zusätzlich 0,5 Vollkräfte	
			<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Bei einer personenbezogenen Erfüllung mehrerer Qualifikationen sind die VK nur für eine der Berufsgruppen anzugeben. Eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen ist zulässig.
(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1			
tll.abs.go.b g >>	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.go.bg = 1			
tll.ll.vlg >>>	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	0 = nein 1 = ja	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen internen Sepsis-Leitlinie geregelt ist, sondern als ausgewiesenes Kapitel zum Thema Sepsis in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p> <p>Die Leitlinie muss auf allen Fachabteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüssel (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) Gültigkeit besitzen:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.II.vlg = 1			
tll.II.pg.abs >>>>	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Eine federführende Beteiligung an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen ist gegeben, wenn alle Professionen des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen haben. Die Teilnahme an den Treffen muss dokumentiert werden. Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
tll.II.pg.abs = 1			
tll.II.pg.anw >>>>>	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Eine Beteiligung im Sinne dieses Datenfeldes ist gegeben, wenn mindestens ein Arzt oder einer Ärztin jener Fachabteilungen, auf denen die interne Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Gültigkeit besitzt, an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen hat oder anhand eines schriftlichen Umlaufverfahrens einbezogen worden ist. Die Teilnahme an den Treffen oder die Beteiligung am Umlaufverfahren muss dokumentiert werden. Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
tll.II.pg.abs = 1 UND tll.II.pg.anw = 1			
tll.II.td >>>>>	Enthielten die internen Leitlinien-zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	0 = nein 1 = ja	
tll.II.td = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.ll.zg >>>>>	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	0 = nein 1 = ja	
tll.ll.zg = 1			
tll.visit.dgf >>>>>>	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.</p> <p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt</p> <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p>
tll.visit.dgf = 1			
tll.visit.anz >>>>>>>	<p>Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?</p> <p>Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.</p>	<p>----</p> <p>Visiten (vierstellig)</p>	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis														
			<p>Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS)/ Intermediate Care Station (IMC)/Stroke Unit visitiert werden.</p> <table border="1" data-bbox="1317 815 2042 1351"> <thead> <tr> <th data-bbox="1317 815 1693 1011">Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</th> <th data-bbox="1693 815 2042 1011">Anzahl geforderter Visiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1317 1011 1693 1066">< 300</td> <td data-bbox="1693 1011 2042 1066">25</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1066 1693 1120">300-599</td> <td data-bbox="1693 1066 2042 1120">50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1120 1693 1174">600-899</td> <td data-bbox="1693 1120 2042 1174">100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1174 1693 1228">900-1199</td> <td data-bbox="1693 1174 2042 1228">150</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1228 1693 1283">1200-1499</td> <td data-bbox="1693 1228 2042 1283">200</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1283 1693 1351">1500-1799</td> <td data-bbox="1693 1283 2042 1351">250</td> </tr> </tbody> </table>	Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten	< 300	25	300-599	50	600-899	100	900-1199	150	1200-1499	200	1500-1799	250
Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten																
< 300	25																
300-599	50																
600-899	100																
900-1199	150																
1200-1499	200																
1500-1799	250																

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis				
			<table border="1" data-bbox="1317 288 2045 400"> <tr> <td data-bbox="1317 288 1693 343">1800-2099</td> <td data-bbox="1693 288 2045 343">300</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1317 343 2045 400">Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten</td> </tr> </table> <p data-bbox="1301 419 2029 938"> Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden. Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter. </p>	1800-2099	300	Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten	
1800-2099	300						
Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten							
tll.visit.anz > 0							
tll.visit.doku >>>>>>>>	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p data-bbox="1301 1026 2029 1225">Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p data-bbox="1301 1241 2029 1302">Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im</p>				

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p>
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis			
sop.vlg	Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln, gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
sop.vlg = 1			
sop.zg >	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	0 = nein 1 = ja	
sop.zg = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
sop.risiko >>	War in der Arbeitsanweisung die Risiko-einschätzung für eine Sepsis bei Ver-dacht auf eine Infektion geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.zg = 1			
sop.anam >>>	War in der Arbeitsanweisung die Anam-neseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.anam = 1			
sop.vital >>>>	War in der Arbeitsanweisung die regel-mäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.vital = 1			
sop.fokus >>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Fokusi-identifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.fokus = 1			
sop.konsil >>>>>>	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsi-len sowie zu Konsilen derjenigen Fach-richtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Ver-dacht auf Sepsis festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
sop.fokus = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
sop.labor >>>>>>	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.labor = 1			
sop.mikro >>>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.mikro = 1			
sop.anti.vlg >>>>>>>	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
sop.anti.vlg= 1			
sop.anti.zeit >>>>>>>>	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis War in der Arbeitsanweisung festgelegt? Angabe in Minuten	--- Minuten (dreistellig)	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.
sop.anti.zeit< 61			
sop.volumen >>>>>>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.volumen = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
sop.info >>>>>>>>>> >>	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	0 = nein 1 = ja	Hierfür kann das Informationsblatt „Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis“ von der Sepsis-Stiftung genutzt werden. Marek, R; Köster-Steinebach, I; Brunsmann, F; Fleischmann-Struzek, C; Landgraf, I; Schulte, P; et al. (2022): Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis: Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung einer Entlass-Kurzinformation. MVF – Monitor Versorgungsforschung (eFirst) 15: 77-83. DOI: 10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2431. Sepsis-Stiftung (2022): Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. [Stand:] 09.05.2022. Bonn: Monitor Versorgungsforschung. URL: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Sepsis-Kurzinformation (abgerufen am: 11.05.2022).
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis			
ert.anz.aer zte	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	____ Ärztinnen und Ärzte (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	<u>Zu zählendes Personal:</u> Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
anz.pflege.sep	<p>Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll</p> <p>Angabe als Vollkräfte</p>	<p>_____ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
anz.pflege. zu	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	----- weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	<u>Zu zählendes Personal</u> Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist: Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK) Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
ert.doku	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	0 = nein 1 = ja	Anforderung an Schulungen Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden. Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist: Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
ert.doku = 1			
ert.anz >	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)	Anforderung an Schulungen Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden.</p> <p>Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüssel (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Mindestens 80 % des angegebenen ärztlichen sowie des Pflegepersonals müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der VK derselben.

Anhang C: Entwicklung der nichtadministrativen Datenfelder: Indikatorenset 1.1 / nach Durchsicht / Indikatorenset 2.0

Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	DIAG.DT
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Datum der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = liegt vor 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Tag der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Datum der Sepsisdiagnose = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Tag der Sepsisdiagnose	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum des ersten Screenings		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	scre.dgf
Filter		
Wenn Tag der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden
Fragentext		
Datum des ersten Screenings	Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Das Screening muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.
Schlüsselwerte		
0 = kein Screening durchgeführt 1 = liegt vor 9 = unbekannt	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Tag des ersten Screenings		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Datum des ersten Screenings = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Tag des ersten Screenings	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Tag der Sepsis und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Screeninginstrument		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 3	scre.inst
Filter		
Wenn Tag des ersten Screening vorhanden	Wenn Sepsis-Screening durchgeführt = 1	Wenn Sepsis-Screening durchgeführt = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Mit welchem Screening Instrument wurde gemessen?	Mit welchem Instrument wurde gescreent?	Mit welchem Instrument wurde gescreent?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Als standardisierte Messinstrumente werden nur die validierten SOFA (Vincent et al.), qSOFA (Singer et al. 2016) oder NEWS2 (RCP 2017) anerkannt.</p> <p>Wenn bei Patientinnen und Patienten ein SOFA-Score erhoben wurde, kann dieser alternativ zum Wert des qSOFA angegeben werden.</p>	<p>Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen:</p> <p>qSOFA: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>NEWS2: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p> <p>SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. <i>Intensive Care Medicine</i> 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751</p>	<p>Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen:</p> <p>quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = qSOFA 2 = SOFA 3 = NEWS2 9 = unbekannt	1 = qSOFA 2 = NEWS 3 = SOFA 8 = anderes Instrument 9 = unbekannt (Mehrfachantworten möglich)	1 = qSOFA 2 = NEWS2 8 = anderes Instrument 9 = unbekannt (Mehrfachantworten möglich)
Screening-Score vorhanden		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Screeninginstrument = 1 ODER 2 ODER 3	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Screening-Score (Punktwert) des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 4	scre.quicks.dt
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Screening Instrument = 1	Wenn Screening Instrument = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweise		
[unbesetzt]	<p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third In-</p>	<p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287	Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening Score des ersten Screenings qSOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	scre.quick.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 1 und Screening Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score= Wert vorhanden UND Diagnose Datum = Wert vorhanden UND Datum der Diagnose ≥ Datum des Screenings
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings qSOFA	Score (Punktwert) des ersten qSOFA	Score (Punktwert) des ersten qSOFA
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (einstellig)	Punktwert eintragen (einstellig) 9 = unbekannt	Punktwert eintragen (einstellig) 9 = unbekannt
SOFA durchgeführt		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	scre.inst.sofa
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score = Datum nicht vorhanden ODER = 9 UND Datum der ersten Bestimmung des NEWS2 = Datum nicht vorhanden ODER = 9

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Die Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Datum der ersten Bestimmung des SOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 8	scre.sofa.dt

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Screening Instrument = 3	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score = Datum nicht vorhanden ODER = 9) UND Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Datum nicht vorhanden oder = 9)
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751	Tag der Sepsisdiagnose und Tag der Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	9 = unbekannt	9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings SOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 9	scre.sofa.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 2 und Screening Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores = Wert vorhanden UND Datum der Sepsisdiagnose= Wert vorhanden UND Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores ≤ Datum der Sepsisdiagnose
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings SOFA	Score (Punktwert) des ersten SOFA	Score (Punktwert) des ersten SOFA
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen.
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Sequential Organ Failure Assessment (SOFA): Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A;

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751	Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (zweistellig)	Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt	---- Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt
Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 6	scre.news.dt
Filter		
[unbesetzt]		Wenn Screening Instrument = 2
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings NEWS2		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 7	scre.news.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 3 und Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Wert vorhanden UND Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden UND Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores ≤ Datum der Sepsisdiagnose

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings NEWS2	Score (Punktwert) des ersten NEWS2	Score (Punktwert) des ersten NEWS2
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (einstellig)	Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt	---- Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	DIAG.DT
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	anti.bio.myk.dgf
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Diagnose Datum= Wert vorhanden
Fragentext		
Wurde die Patientin/der Patient auf die Sepsis bezogen antimikrobiell behandelt?	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Zur sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zählt die Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zeitpunkt antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn antimikrobielle Therapie = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Unter dem Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Qualitätsindikators die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antimikrobiellen Therapie zu verstehen.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	bk.anti.bio.myk.dt
Filter		
Wenn antimikrobielle Therapie = 1	Wenn antimikrobielle Therapie = 1	Wenn antibiotisch und/oder antimykotisch Therapie= 1
Fragentext		
Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose	Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben
Ausfüllhinweis		
Unter dem Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Qualitätsindikators die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antimikrobiellen Therapie zu verstehen.	Unter dem Zeitpunkt der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antibiotischen Therapie zu verstehen.	Unter dem Zeitpunkt der ersten sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes das Datum und die konkrete Uhrzeit der ersten Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zu verstehen. Dieser Zeitpunkt muss in der

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ hh:mm	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 3	bk.abnahme.dgf
Filter		
Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden
Fragentext		
Abnahme und mikrobiologische Analyse von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es handelt sich um die Blutkulturen, die zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert wurden. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zeitpunkt Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Abnahme Blutkulturen = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 4	bk.abnahme.dt
Filter		
Wenn Zeitpunkt Abnahme Blutkulturen = 1	Wenn Abnahme Blutkulturen = 1	Wenn Abnahme Blutkulturen = 1
Fragentext		
Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es han-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		delt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ hh:mm	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Anzahl Blutkulturen-Sets		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	bk.abnahme.anz
Filter		
Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Datum und Uhrzeit vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Datum und Uhrzeit vorhanden
Fragentext		
Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei Erstabnahme, zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es handelt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
Blutkultursets (zweistellig)	Blutkultursets (zweistellig) 9 = unbekannt	-- Blutkultursets (zweistellig) 9 = unbekannt
Ergebnis Blutkulturen positiv		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	bk.ergb.pos
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets = Wert vorhanden UND Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets \geq 2

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Zeitpunkt Ergebnisse Blutkultur		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets ≥ 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6 bekannt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen oder Online-Befundes einzutragen.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum und Uhrzeit Ergebnisse Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 6	bk.ergb.dt
Filter		
Wenn Zeitpunkt Ergebnisse Blutkulturen = 1	Wenn Anzahl abgenommene Blutkulturen-Sets \geq 2	Wenn Ergebnis Blutkulturen positiv= 1
Fragentext		
Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6	Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme	Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen oder Online-Befundes einzutragen.</p>	<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen Befundes (Papier und/oder online) einzutragen.</p>	<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist der Zeitpunkt der ersten elektronischen/telefonischen Mitteilung des Labors einzutragen. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p>
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ hh:mm	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt

Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) <i>-Indikator entfällt-</i>
Antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Fragentext		
Ist die Patientin/der Patient antimikrobiell aufgrund der Sepsisdiagnose behandelt worden?	Ist die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt worden?	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Datum der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	
Filter		
Wenn Antimikrobielle Therapie = 1	[unbesetzt]	
Fragentext		
Datum der Sepsisdiagnose	[unbesetzt]	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
1 = liegt vor 9 = unbekannt	[unbesetzt]	
Tag der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Filter		
Wenn Datum der Sepsisdiagnose = 1	Wenn antimikrobielle Therapie = 1	
Fragentext		
Tag der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	
Abnahme Procalcitonin		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 3	
Filter		
Wenn Tag der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Wurde mindestens zweimal nach Sepsisdiagnose Procalcitonin im Serum bezogen auf die sepsisspezifische antimikrobielle Therapie entnommen?	Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Falls keine Entnahme, bitte „0“ eintragen.	
Ausfüllhinweis		
Der Qualitätsindikator nimmt keine Einschränkung bei der Verwendung von PCT-basierten Algorithmen vor, um die Deeskalation der antimikrobiellen Therapie bei Sepsis zu steuern.	Der Qualitätsindikator nimmt keine Einschränkung bei der Verwendung von Procalcitonin (PCT)-basierten Algorithmen vor, um die Deeskalation der antibiotischen Therapie bei Sepsis zu steuern.	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	(zweistellig)	
Datum erste Abnahme		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 4	
Filter		
Wenn Abnahme Procalcitonin = 1	Wenn Abnahme Procalcitonin \geq 2	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose?	Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
Einer der PCT-Werte muss innerhalb der ersten sieben Tage nach Sepsisdiagnose gemessen worden sein.	Einer der Procalcitonin (PCT)-Werte muss innerhalb der ersten sieben Tage nach Sepsisdiagnose gemessen worden sein.	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	
Datum letzte Abnahme		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 5	
Filter		
Wenn Abnahme Procalcitonin = 1	Wenn Datum erste Abnahme= Wert vorhanden	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose?	Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	

Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl Pflege- und Pflegehilfspersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	anz.pflege.zvk
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
<p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund 2021b) und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingpersonal ein, sofern sie in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen sind Pflege- und Pflegehilfspersonal der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6).</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
Pflege- und Pflegehilfpersonal (vierstellig)	Pflege- und Pflegehilfpersonal (vierstellig)	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Dokumentation Schulung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 2	praev.schul.doku
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat, dokumentiert?	Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen (KRINKO 2017).</p>	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen</p>	<p><u>Definition ZVK</u></p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden</p> <p>die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises zur Teilnahme</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Kenntnisse und praktische Fähigkeiten</p> <p>der Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>über Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>über Kathetermaterial</p> <p>über die korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p>	<p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-</p>	<p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. ▪ Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK ▫ Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK ▫ Kathetermaterial ▫ korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, online oder in Präsenz durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 3	praev.schul.anz
Filter		
Wenn Dokumentation Schulung = ja	Wenn Dokumentation Schulung = ja	Wenn Dokumentation Schulung = ja
Fragentext		
Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonal, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat	Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat	Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
Mindestens 80 % der in Datenfeld 1 genannten Pflegekräfte, müssen einmal jährlich geschult werden	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p>	<p><u>Definition ZVK</u></p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-</p>	<p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. ▪ Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK ▫ Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK ▫ Kathetermaterial ▫ korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	Mindestens 80 % der angegebenen Pflegekräfte müssen einmal jährlich geschult werden.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Mindestens 80 % der angegebenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben.
Schlüsselwerte		
Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)
Schulungsformat		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Durch welche Schulungsformate werden die Inhalte zum Thema Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern vermittelt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die Schulungen müssen praktisch sowie theoretisch vermittelt werden	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = praktisches Schulungsformat 2 = theoretisches Schulungsformat 9 = unbekannt (Mehrfachnennung möglich)	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schulungsvermittler		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Schulungsformat = 1 UND 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die Schulungsinhalte müssen von der Hygienefachkraft und/oder der Krankenhaushygienikerin bzw. dem Krankenhaushygieniker vermittelt werden	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = keine der aufgelisteten Professionen	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
1 = Hygienefachkraft 2 = Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker 9 = unbekannt (Mehrfachnennung möglich)		
Anzahl Hygienefachkräfte		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 4	prae.v.anz.hfk
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfpersonal > 0	Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfpersonal > 0
Fragentext		
Anzahl der Hygienefachkräfte, die im Erfassungsjahr angestellt waren	Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12 des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
Zusatzangabe		
Erweiterte Datenfeldbezeichnung: abgefragt wird nur die notwendige Mindestmenge, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) vorgegeben ist	Angabe bitte in Vollzeitäquivalenten (Vollzeitkräften), auf die nächste ganze Zahl abgerundet. Falls nach dieser Berechnung keine Vollzeitäquivalente beschäftigt waren, bitte „0“ eintragen.	Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Die Anzahl der Hygienefachkräfte orientiert sich an der der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl gemäß der Empfehlung des Robert Koch Instituts (RKI) (KRINKO 2009)	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
Anzahl der Hygienefachkräfte (dreistellig)	Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)	---- Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)
Audit Durchführung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	praev.audit.dgf
Filter		
Wenn Anzahl Hygienefachkräfte > 0	Wenn Anzahl Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0	Wenn Anzahl Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0
Fragentext		
Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege durch von Hygienefachkräften geführte Audits?	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Art der Durchführung der Audits</p> <p>Audits können auf allen Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p> <p>die Ergebnisse der Audits sollen über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden</p> <p>Ziel ist die Überprüfung der Einhaltung von erarbeiteten und festgelegten Standards</p> <p>Anforderungen an Audits</p> <p>Prüfung</p> <p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p>	<p>Anforderungen an Audits</p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p>	<p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p> <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des ZVK-Verbandes ▪ der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels ▪ der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage ▪ Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion ▪ der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Anzahl durchgeführter Audits		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 6	praev.audit.anz.eh
Filter		
Wenn Audit Durchführung = 1	Wenn Audit Durchführung = 1	Wenn Audit Durchführung = 1
Fragentext		
Anzahl der Audits zur Überprüfung der nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Ein Audit besteht aus mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit ZVK) Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden Für die Berechnung der Anzahl an Audits pro Hygienefachkraft soll das Ergebnis der Risikobewertung gemäß RKI Empfehlung (KRINKO 2009) kaufmännisch gerundet werden	Anforderungen an Audits Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie	<u>Anforderungen an Audits</u> Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des ZVK-Verbandes ▪ der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage ▪ Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion ▪ der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.</p>
Schlüsselwerte		
Anzahl der Audits (dreistellig)	Anzahl der Audits (dreistellig)	---- Anzahl der Audits (dreistellig)
Anzahl durchgeführter Audits (zweites Halbjahr)		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	praev.audit.anz.zh
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Audit Durchführung = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.
Schlüsselwert		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Anzahl der Audits (dreistellig)
Arbeitsanweisung Legung ZVK		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 7	[unbesetzt]
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Anzahl durchgeführter Audits > 0	[unbesetzt]
Fragentext		
Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine für alle Stationen gemäß Ausfüllhinweis von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur Legung von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern, vor?	Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Art der Durchführung	Anforderungen an die Arbeitsanweisung	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Ausgenommen vom Vorliegen einer SOP zur Legung von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern sind die Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p> <p>Anforderung an die SOP</p> <p>Händedesinfektion und Einsatz von maximalen Barrieremaßnahmen bei Anlage eines ZVK</p> <p>korrekte Durchführung der Hautantiseptik vor Anlage eines ZVK mit einem geeigneten alkoholischen Antiseptikum</p> <p>Verwendung von sterilen Geräten für den Zugang (z. B. eine ultraschallgeführte Katheteranlage)</p> <p>Bestmöglicher Anlageorte eines ZVK</p> <p>Liegedauer des ZVK</p>	<p>Die Frage ist nur dann zu bejahen, wenn alle der folgenden Anforderungen erfüllt sind:</p> <p>Die Arbeitsanweisung ist von der Krankenhausleitung freigegeben.</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln, gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Die Arbeitsanweisung regelt folgende Inhalte:</p> <p>Händedesinfektion und Einsatz von maximalen Barrieremaßnahmen bei Anlage eines ZVK</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	korrekte Durchführung der Hautantiseptik vor Anlage eines ZVK mit einem geeigneten alkoholischen Antiseptikum Verwendung von sterilen Geräten für den Zugang (z. B. eine ultraschallgeführte Katheteranlage) bestmögliche Anlageorte eines ZVK Liegedauer des ZVK	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]
Zugriff Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	Datenfeld 8	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Arbeitsanweisung Legung ZVK = 1	Wenn Arbeitsanweisung Legung ZVK = 1	[unbesetzt]
Fragentext		
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]

Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 1	tll.abs.vlg
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Unter einem ABS-Team versteht man eine Gruppe von Personen, die bezüglich der rationalen Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus die verordnenden Ärztinnen und Ärzte berät. Das ABS-Team kann außerdem bezüglich anderer antiinfektiver Therapieformen beraten.	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Professionen ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 2	tll.abs.ausw
Filter		
[unbesetzt]	Wenn ABS-Team = 1	Wenn ABS-Team = 1
Fragentext		
Aus welchen Professionen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?	Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?	Welche der folgenden Berufsgruppen sind im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>notwendige Qualifikationen sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder von der Stundenzahl und dem Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 250 Betten gemäß Gesamt-bettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qualitätsbericht-Richtlinie der Krankenhäuser (Qb-R) aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6), können alle Stellen des ABS-Teams extern besetzt werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 250 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qb-R aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6), müssen die entsprechenden VZÄ für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators vorgehalten werden</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene</p>	<p>Dem ABS-Team müssen Mitglieder folgender Berufsgruppen angehören:</p> <p>(Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt)</p> <p>UND</p> <p>(Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker)</p> <p>UND</p> <p>Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</p> <p>UND</p> <p>verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene</p> <p>notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 250 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser</p>	<p>Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker) <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene <p>Notwendige Qualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 300 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, können</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig</p>	<p>(Qb-R) aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6:</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin),</p> <p>können alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 249 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qb-R aufweisen (ausgenommen Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6:</p> <p>1000 Pädiatrie</p>	<p>alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 299 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, müssen die entsprechenden Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden.</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin),</p> <p>müssen die entsprechenden VZÄ für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden.</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = keiner dieser Professionen 1 = Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt 2 = Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker 3 = Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 4 = Verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene (Mehrfachnennung möglich)	1 = Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie 2 = Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie 3 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt 4 = Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie 5 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker 6 = Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 7 = verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene 8 = andere Berufsgruppen (Mehrfachnennung möglich)	1 = Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie 2 = Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie 3 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt 4 = Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie 5 = Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker 6 = Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 7 = verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene 8 = andere Berufsgruppen (Mehrfachantworten möglich)
ABS Team standortübergreifend		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.abs.vlg.sta
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Professionen ABS-Team= 1 ODER 2 ODER 3 UND

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Professionen ABS-Team= 4 ODER 5 UND Professionen ABS-Team= 6 UND Professionen ABS-Team= 7
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 3	tll.bett.anz.stab
Filter		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wenn Professionen ABS-Team = 1 UND 2 UND 3 UND 4	Wenn Professionen ABS-Team = (1 ODER 2 ODER 3) UND (4 ODER 5) UND 6 UND 7	Wenn ABS Team standortübergreifend = 0
Fragentext		
Mit wie vielen Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie ist der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Ausgenommen sind Betten der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)	Zu zählen sind die Betten aller Abteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	
Schlüsselwerte		
---- Betten (vierstellig)	---- Betten (vierstellig)	---- Betten (vierstellig)
Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie standortübergreifend		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.bett.anz.staü
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn ABS-Team standortübergreifend = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen gemäß des letzten Berichts zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, die auf das Antibiotic Stewardship (ABS)-Team zugreifen.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Betten (vierstellig)
VZÄ ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 4	tll.abs.vk
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 249	Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 249	Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 299 ODER Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie standortübergreifend > 299
Fragentext		
Wie viele VZÄ sind für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt festgelegt?	Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)																																										
Zusatzangabe																																												
[unbesetzt]	Wenn für eine Berufsgruppe keine VZÄ festgelegt waren, bitte „0“ eintragen.	Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.																																										
Ausfüllhinweis																																												
<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" data-bbox="250 767 808 1310"> <thead> <tr> <th>Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)</th> <th>Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine VZÄ notwendig</td> <td>< 249</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>250 - 499</td> </tr> <tr> <td>1,0</td> <td>500 - 749</td> </tr> <tr> <td>1,5</td> <td>750 - 999</td> </tr> <tr> <td>2,0</td> <td>1000 - 1249</td> </tr> <tr> <td>2,5</td> <td>1250 - 1499</td> </tr> </tbody> </table>	Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie	keine VZÄ notwendig	< 249	0,5	250 - 499	1,0	500 - 749	1,5	750 - 999	2,0	1000 - 1249	2,5	1250 - 1499	<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der ABS-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" data-bbox="878 767 1435 1310"> <thead> <tr> <th>Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)</th> <th>Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine VZÄ notwendig</td> <td>≤ 249</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>250-499</td> </tr> <tr> <td>1,0</td> <td>500-749</td> </tr> <tr> <td>1,5</td> <td>750-999</td> </tr> <tr> <td>2,0</td> <td>1.000-1.249</td> </tr> <tr> <td>2,5</td> <td>1.250-1.499</td> </tr> <tr> <td>3,0</td> <td>≥ 1.500</td> </tr> </tbody> </table>	Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie	keine VZÄ notwendig	≤ 249	0,5	250-499	1,0	500-749	1,5	750-999	2,0	1.000-1.249	2,5	1.250-1.499	3,0	≥ 1.500	<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der Antibiotic Stewardship (ABS)-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" data-bbox="1496 802 2018 1310"> <thead> <tr> <th>Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</th> <th>Anzahl der Vollkräfte (VK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 300</td> <td>keine VK notwendig</td> </tr> <tr> <td>300-599</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>600-899</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>900-1199</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>1200-1499</td> <td>2,0</td> </tr> </tbody> </table>	Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)	< 300	keine VK notwendig	300-599	0,5	600-899	1,0	900-1199	1,5	1200-1499	2,0
Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie																																											
keine VZÄ notwendig	< 249																																											
0,5	250 - 499																																											
1,0	500 - 749																																											
1,5	750 - 999																																											
2,0	1000 - 1249																																											
2,5	1250 - 1499																																											
Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie																																											
keine VZÄ notwendig	≤ 249																																											
0,5	250-499																																											
1,0	500-749																																											
1,5	750-999																																											
2,0	1.000-1.249																																											
2,5	1.250-1.499																																											
3,0	≥ 1.500																																											
Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)																																											
< 300	keine VK notwendig																																											
300-599	0,5																																											
600-899	1,0																																											
900-1199	1,5																																											
1200-1499	2,0																																											

Indikatorenset 1.1		nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)	
3,0	≥ 1500	<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz</i> 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p>	1500-1799	2,5
			1800-2099	3,0
			Je 300 Betten zusätzlich 0,5 Vollkräfte	
<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO 2009).</p>		<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz</i> 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p> <p>Bei einer personenbezogenen Erfüllung mehrerer Qualifikationen sind die VK nur für eine der Berufsgruppen anzugeben. Eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen ist zulässig.</p>		
Schlüsselwerte				
---	VZÄ (einstellig)	<p>DF2 = 1: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ----</p> <p>VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)</p> <p>DF2 = 2: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie</p>	<p>tll.abs.ausw = 1: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ----</p> <p>VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)</p> <p>tll.abs.ausw = 2: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	---- VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) DF2 = 3: Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt ---- VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	---- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) tll.abs.ausw = 3: Antibiotic-Stewardship-fortgebil- dete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt ---- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)
Professionen ABS-Team Geschäftsordnung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 5	tll.abs.go.bg
Filter		
Wenn Professionen ABS-Team = 1 UND 2 UND 3 UND 4	Wenn Professionen ABS-Team = (1 ODER 2 ODER 3) UND (4 ODER 5) UND 6 UND 7	Wenn Professionen ABS-Team= 1 ODER 2 ODER 3 UND Professionen ABS-Team= 4 ODER 5 UND Professionen ABS-Team= 6 UND Professionen ABS-Team= 7
Fragentext		
Sind die beteiligten Professionen für das Antibiotic-Ste- wardship-Team in der Geschäftsordnung geregelt?	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufs- gruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team betei- ligt werden müssen?	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Be- rufgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?
Zusatzangabe		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Vorliegen Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 6	tll.II.vlg
Filter		
Wenn Professionen ABS-Team Geschäftsordnung = 1	Wenn Professionen ABS-Team Geschäftsordnung = 1	Wenn Geschäftsordnung ABS Berufsgruppen = 1
Fragentext		
Liegen interne Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, mit empfohlenen Therapiedauern im Krankenhausstandort vor?	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>die internen Therapieleitlinien sollen unter Berücksichtigung nationaler und ausländischer Leitlinien sowie der lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage entwickelt werden.</p>	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen Leitlinie geregelt ist, sondern in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p>	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen internen Sepsis-Leitlinie geregelt ist, sondern als ausgewiesenes Kapitel zum Thema Sepsis in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p> <p>Die Leitlinie muss auf allen Fachabteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) Gültigkeit besitzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 7	tll.II.pg.abs
Filter		
Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
Ist die Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, durch das ABS-Team unter Einbezug der Anwenderinnen und Anwender in der Geschäftsordnung geregelt?	Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Die Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis müssen unter Beteiligung des ABS-Teams und der Anwenderinnen und Anwender erfolgen.	Eine federführende Beteiligung an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen ist gegeben, wenn alle Professionen des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen haben. Die Teilnahme an den Treffen muss dokumentiert werden.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	1 = ABS-Team 2 = Anwenderinnen und Anwender 8 = andere (Mehrfachantworten möglich)	0 = nein 1 = ja
Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien Anwenderinnen und Anwender		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.II.pg.anw
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p>Eine Beteiligung im Sinne dieses Datenfeldes ist gegeben, wenn mindestens ein Arzt oder einer Ärztin jener Fachabteilungen, auf denen die interne Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Gültigkeit besitzt, an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen hat oder anhand eines schriftlichen Umlaufverfahrens einbezogen worden ist. Die Teilnahme an den Treffen oder die Beteiligung am Umlaufverfahren muss dokumentiert werden.</p> <p>Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.</p>
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Empfehlungen zu Therapiedauern		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 8	tll.II.td
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1 UND 2	Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1 UND Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien Anwenderinnen und Anwender = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	Enthielten die internen Leitlinien-zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zugriff Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 9	tll.II.zg
Filter		
Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1	Wenn Empfehlungen zu Therapiedauern = 1	Wenn Empfehlungen Therapiedauern = 1
Fragentext		
Liegen die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Thera-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
entsprechender Organfoci adressieren, allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher (z. B. Kitteltaschen-Format) und/oder elektronischer Form vor?	allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	pie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Durchführung Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 10	tll.visit.dgf
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser $r < 250$	Wenn Zugriff Therapieleitlinien = 1	Wenn Zugriff Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
Wurden im Erfassungsjahr quartalsweise, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt??	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?
Zusatzangabe		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p><u>ABS-Visite</u></p> <p>Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene</p> <p>Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert</p> <p>das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapie-dauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden</p> <p>Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapie-reevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden</p>	<p><u>Definition ABS-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Die ABS-Visiten können stationsbezogen oder stationsübergreifend erfolgen. Die folgenden Frequenzen von ABS-Visiten, je nach Bettenzahl gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie, müssen erreicht werden:</p> <p>≤ 249 Betten: quartalsweise ABS-Visiten</p> <p>250 - 499 Betten: monatliche ABS-Visiten</p> <p>≥ 500 Betten: wöchentliche ABS-Visiten</p>	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei der das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Pa-</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>tient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.</p> <p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER ▪ Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ▪ ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p>
Schlüsselwerte		
0 = nein	0 = nein	0 = nein

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
1 = ja	1 = ja, seltener als quartalsweise 2 = ja, mindestens quartalsweise aber seltener als monatlich 3 = ja, mindestens monatlich aber seltener als wöchentlich 4 = ja, mindestens wöchentlich	1 = ja
Monatliche Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser = 250-499	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Wurden im Erfassungsjahr monatliche, stations-übergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<u>ABS-Visite</u>	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene</p> <p>Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert</p> <p>das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapie-dauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden</p> <p>Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapieevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden</p>		
Schlüsselwerte		
<p>0 = nein 1 = ja</p>	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Wöchentliche Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qb-R > 499	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wurden im Erfassungsjahr wöchentliche, stationsbezogene bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<u>ABS-Visite</u> Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapiedauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapie-reevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.visit.anz
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Personengruppen Erstellung Leitlinien = 1 UND 2
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?
Zusatzangaben		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u> ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)				
		<p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS)/ Intermediate Care Station (IMC)/ Stroke Unit visitiert werden.</p> <table border="1" data-bbox="1496 1023 2022 1307"> <tr> <td data-bbox="1496 1023 1798 1254">Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</td> <td data-bbox="1798 1023 2022 1254">Anzahl geforderter Visiten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1496 1254 1798 1307">< 300</td> <td data-bbox="1798 1254 2022 1307">25</td> </tr> </table>	Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten	< 300	25
Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten					
< 300	25					

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)	
		300-599	50
		600-899	100
		900-1199	150
		1200-1499	200
		1500-1799	250
		1800-2099	300
		Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten	
		<p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER ▪ Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ▪ ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		(DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Visiten (vierstellig)
Visitenprotokoll		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 11	Datenfeld 11	tll.visit.doku
Filter		
Wenn Quartalsweise Visiten = 1 ODER Monatliche Visiten = 1 ODER Wöchentliche Visiten = 1	Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie ≤ 249 UND Quartalsweise Visiten = 2 ODER 3 ODER 4 ODER Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie - $R \geq 250$ UND ≤ 249 UND Quartalsweise Visiten = 2 ODER 3 ODER 4 ODER Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie - $R \geq 500$ Quartalsweise Visiten = 4	Wenn Anzahl Visiten > 0
Fragentext		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p>	<p>Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Vorliegen einer Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	sop.vlg
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Lag in ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine einheitlich für das gesamte Krankenhaus geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten \geq 18 Jahren vor?	Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (\geq 18 Jahren) vor?	Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (\geq 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die einheitliche Arbeitsanweisung (SOP) ist nicht gültig für die Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)	Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie	Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Die Zusammensetzung der aufgeführten Prozessbestandteile gemäß den Datenfeldern 24 bis 33 zu „Maßnahmebündel“ obliegt den Einrichtungen.</p>	<p>1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zugriff Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 2	sop.zg
Filter		
Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 3	sop.risiko
Filter		
Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1	Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1	Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis, bei Verdacht auf eine Infektion, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Anamneseerhebung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 4	sop.anam
Filter		
Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Vitalparameter Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 5	sop.vital
Filter		
Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 6	sop.fokus

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Verdacht auf Sepsis und Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Konsile Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 7	sop.konsil
Filter		
Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Laborparameter Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 8	sop.labor
Filter		
Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1	Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1	Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Sind in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Mikrobiologie Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 9	sop.mikro sop.mikro
Filter		
Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	Datenfeld 10	sop.anti.vlg
Filter		
Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten, zur Einleitung der antiinfektiven Therapie in der Arbeitsanweisung festgelegt?	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 11	sop.anti.zeit
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte in Minuten	Angabe in Minuten
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	Minuten (dreistellig)	--- Minuten (dreistellig)
Häodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 11	Datenfeld 12	sop.volumen
Filter		
Wenn Antinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1	Wenn zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie < 61	Wenn zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie < 61
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamische Stabilisierung (Volumentherapie), bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Patienteninformation Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 12	Datenfeld 13	sop.info
Filter		
Wenn Häodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Häodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Häodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Hierfür kann das Informationsblatt „Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis“ von der Sepsis-Stiftung genutzt werden Marek, R; Köster-Steinebach, I; Brunsmann, F; Fleischmann-Struzek, C; Landgraf, I; Schulte, P; et al. (2022): Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis: Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung einer Entlass-Kurzinformation. MVF – Monitor Versorgungsforschung (eFirst) 15: 77-83. DOI: 10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2431.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Sepsis-Stiftung (2022): Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. [Stand:] 09.05.2022. Bonn: Monitor Versorgungsforschung. URL: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Sepsis-Kurzinformation (abgerufen am: 11.05.2022).
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl des medizinischen Personals		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	ert.anz.aerzte
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht	Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis.	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
<u>Das zu schulende medizinische Personal</u> ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund 2021a) Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund 2021b)	<u>Zu zählendes Personal:</u> Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden	<u>Zu zählendes Personal:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Die Regelung des Anstellungsverhältnisses schließt auch Honorarkräfte und Leasingpersonal ein, sofern sie in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage)</p> <p>Ausgeschlossen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p>	<p>Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	---- Ärztinnen und Ärzte (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
Anzahl Pflege- und Pflegehilfpersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
	Datenfeld 2	anz.pflege.sep
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	Anzahl des Pflege- und Pflegehilfpersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, RisikoEinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	____ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Weiteres Pflegepersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	anz.pflege.zu
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<u>Zu zählendes Personal</u> Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK) ▪ Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK ▪ Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK ▪ Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK ▪ Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	____ weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
Dokumentation Schulung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 3	ert.doku

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben, dokumentiert?	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<u>Anforderung an Schulungen</u> <u>Schulungsinhalte</u> Bewusstsein und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderung, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren Symptome Risikoeinstufung der Sepsis bei Verdacht auf Infektionen Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können ▪ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ▪ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises zur Teilnahme</p>	<p>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</p> <p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ▪ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden. Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabtei-</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfpersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie</p>	<p>lungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl geschultes medizinisches Personal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 4	ert.anz
Filter		
Wenn Dokumentation Schulung = 1	Wenn Dokumentation Schulung = 1	Wenn Dokumentation Schulung = 1
Fragentext		
Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen habe
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen</p> <p>Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen</p> <p>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</p> <p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ▪ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen ▪ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ▪ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden.</p> <p>Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit dieses auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wird und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen sind Pflege- und Pflegehilfpersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden</p>	<p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Mindestens 80 % des angegebenen ärztlichen sowie des Pflegepersonals müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der VK derselben.
Schlüsselwerte		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)

Anhang D: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Tabelle 10: Übersicht der Expertinnen und Experten

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Hr. Dr. med. Wolfgang Stephan Bauer	Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin und verantwortlicher Tätigkeit in der Notaufnahme/Rettungsstelle
Hr. Enrico Bock	Krankenpfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger mit der Weiterbildung Intensivpflege verantwortlich tätig in diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Frank M. Brunkhorst	Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Dr. Frank Brunsmann	Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Dr. med. Ulf Dennler, MBA	Medizincontroller mit umfangreicher Expertise im Bereich der Kodierung und Abrechnung von Sepsis Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Prof. Dr. med. Christiane Erley	Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Prof. Dr. Petra Gastmeier	Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin

¹⁰ Die Ausschreibung zur Rekrutierung der Expertinnen und Experten ist im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung erfolgt und ist in dem entsprechenden Abschlussbericht dargestellt.

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Fr. Daniela Gatzka	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin verantwortlich tätig im Versorgungsbereich Hämatologie / Onkologie und Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Fr. Melanie Göpel	Krankenschwester oder -pfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger verantwortlich tätig in der Notaufnahme/Rettungsstelle mit Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Hr. PD. Dr. med. Matthias Gründling	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Petra Hatzfeld	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin mit der Weiterbildung Intensivpflege verantwortlich tätig in diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Evgeny A. Idelevich	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Hr. Nicolas Kaminski	Krankenpfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger verantwortlich tätig in der Notaufnahme/Rettungsstelle mit Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Hr. Prof. Dr. med. Stefan Kluge	Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung internistische Intensivmedizin
Hr. Prof. Dr. med. Matthias H. Kochanek	Facharzt für Hämatologie und Onkologie Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Frank Köhler	Patient nach einer Sepsiserkrankung

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Fr. Dr. med. Evelyn Kramme	Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie und Fortbildung(en) in „Antibiotic Stewardship“
Hr. Prof. Dr. med. Stefan Maier	Facharzt für Viszeralchirurgie
Hr. Prof. Dr. med. Martin Mielke	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Dr. med. Matthias Militz	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fr. Cordula Mühr	Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Prof. Dr. med. Konrad A. Reinhart	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Prof. Dr. med. habil. Peter M. Spieth	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Anette von Butler	Patientin nach einer Sepsiserkrankung
Fr. Rita Wegmann	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin mit der Weiterbildung in Intensivpflege verantwortlich tätig im diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Dipl. hum. biol. Christian Wrede	Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin und verantwortlicher Tätigkeit in der Notaufnahme/Rettungsstelle

Anhang E: Muster-Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer



Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer

Machbarkeitsprüfung Sepsis

Erfassungsjahr 2021 – Eingaben im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

Leistungserbringer: Stationäre Einrichtung

Stand: 20. Februar 2023

Impressum

Thema:

Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Rückmeldebericht für den Leistungserbringer

Ansprechpartnerin:

Stefanie Erckenbrecht

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Danksagung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitwirkung an der Machbarkeitsprüfung Sepsis! Wir wissen, dass die Eingabe der Daten und die Nachbesprechung zusätzlich zu Ihren Kerntätigkeiten eine wesentliche Belastung dargestellt haben. Ihre Beiträge waren von erheblicher Bedeutung, um eine datensparsame und gut handhabbare Dokumentation zu erreichen und so den bürokratischen Aufwand, der durch die Qualitätssicherung auf Seiten der Leistungserbringer entsteht, zu begrenzen. Als kleines Dankeschön stellen wir Ihnen, wie angekündigt, hiermit die Auswertungen auf Basis Ihrer Angaben zur Verfügung.

In diesen Auswertungen sind die Qualitätsindikatoren in ihrer vorläufigen Fassung dargestellt. Die Indikatoren sowie die Referenzbereiche in einem möglichen zukünftigen Regelbetrieb können hiervon abweichen und werden letztendlich vom G-BA festgelegt. Nähere Erläuterungen zu den Auswertungen finden Sie im Abschnitt „Einführung“.

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren	6
Ergebnisse der Indikatoren	8
Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos.....	9
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	11
Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	13
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus.....	15
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	17
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	18
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis.....	20

Einführung

Die Auswertungen der Ergebnisse Ihres Krankenhauses beziehen sich auf die fall- sowie die einrichtungsbezogenen Angaben, die Sie für uns im Rahmen der Probedokumentation übermittelt haben. Zur Einordnung der aufgeführten Ergebnisse ist es wichtig hervorzuheben, dass aufgrund des Rahmens einer Machbarkeitsprüfung die Anzahl der dokumentierten Fälle nur auf einer Auswahl der Gesamtzahl an Sepsisfällen Ihrer Einrichtung beruht. Des Weiteren haben wir Ihnen für diese Fallauswahl nicht den kompletten späteren QS-Filter zur Verfügung gestellt, um den Aufwand für Sie zu verringern. Auch hatten wir Sie gebeten, teils besonders untypische oder problematische Fälle auszuwählen, denn solche Fälle sind besonders geeignet, im Rahmen der Machbarkeitsprüfung mögliche Verbesserungspotenziale des vorläufigen Dokumentationsinstrumentes aufzudecken. Weiterhin waren Ihnen 2021 mögliche Anforderungen der zukünftigen Qualitätssicherung natürlich noch nicht bekannt. Auf Grundlage der genannten Gründe lassen die Ergebnisse keinen Rückschluss auf die Behandlungsqualität Ihrer Einrichtung zu. Die Stichprobe an Krankenhäusern, die im Rahmen der Machbarkeitsprüfung untersucht wurde, ist nicht repräsentativ für die Gesamtheit der stationären Leistungserbringung in Deutschland. Deshalb enthält der Bericht keinen Vergleich Ihrer Ergebnisse mit denen anderer Leistungserbringer, die teilgenommen haben: Ein solcher Vergleich wäre nicht aussagekräftig.

Gern möchten wir Ihnen an dieser Stelle zum besseren Verständnis des späteren Verfahrens einen Überblick zur Struktur des QS-Filters und zur Abbildung der Ergebnisqualität geben. Die Auslösung eines Falles erfolgt im Regelbetrieb über ein definiertes Konstrukt aus drei Code-Blöcken (Sepsis-Block, R-Block, Organdysfunktions-Block) mit folgenden Kodiervarianten:

- Variante 1: septischer Schock (R57.2)
- Variante 2: Kode aus Sepsis-Block UND systematisch inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen (R65.1) UND NICHT septischer Schock
- Variante 3: Kode aus Sepsis-Block UND Kode aus Organdysfunktions-Block UND NICHT Kode aus R-Block

Der Sepsis-Block setzt sich insgesamt aus rund 20 ICD-10-Kodes zusammen. Im R-Block befinden sich die Codes für das SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen (R65.1!) sowie für den septischen Schock (R57.2). Der Organdysfunktions-Block setzt sich insgesamt aus rund 450 ICD-Kodes und OPS zusammen. Die QS-Auslösung erfolgt damit entlang der Sepsis-3-Definition und adressiert alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen aufgrund einer Sepsisdiagnose gemäß QS-Filter behandelt wurden.

Neben den fall- und einrichtungsbezogenen Indikatoren soll das Verfahren auch die Ergebnisqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis erfassen. Die Erfassung dieser Indikatoren soll über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen und ist nicht Teil der Machbarkeitsprüfung. Hierfür wurden dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des

Abschlussberichtes der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) bereits Empfehlungen gemacht.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

In der tabellarischen Übersicht (Tabelle 1) auf der nächsten Seite sind die Ergebnisse auf Basis Ihrer Probeeingaben im Rahmen der Machbarkeitsprüfung für einen schnellen Überblick zusammengefasst.

In der linken Spalte der tabellarischen Übersicht finden Sie die Bezeichnung des jeweiligen Indikators, daneben den vorläufigen Referenzbereich, den das IQTIG im Rahmen des Abschlussberichtes zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) empfohlen hat. Eine Entscheidung über die endgültigen Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche, die im Regelbetrieb angewendet werden sollen, wird der G-BA treffen.

Bei den fallbezogenen Qualitätsindikatoren wird der auf Basis Ihrer Daten errechnete Wert in der rechten Spalte als Prozentzahl dargestellt. Sie gibt an, bei welchem Anteil der von Ihnen eingegebenen Fälle das Qualitätserfordernis erfüllt worden wäre. In der gleichen Spalte ist die Zahl der Fälle dargestellt, die für die Errechnung des Ergebnisses herangezogen wurde. Bitte beachten Sie, dass diese Zahl kleiner sein kann als die Zahl der insgesamt von Ihnen eingegebenen Fälle, da nicht jeder übermittelte Falldatensatz in die Berechnung eines jeden Indikators einfließt (z.B. aufgrund von Ausschlussgründen der jeweiligen Indikatoren).

Bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren, die ein Bündel von Anforderungen umfassen, wird zusammenfassend dargestellt, ob in der Summe alle Einzelanforderung erfüllt worden wären oder nicht, dementsprechend wird in der rechten Spalte im Ergebnis entweder eine Prozentzahl von 0 % oder 100 % angegeben. Bei dem einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator, der die Schulungen des medizinischen Personals umfasst, wird anhand einer Prozentzahl dargestellt, welcher Anteil des medizinischen Personals zur Sepsis geschult worden ist.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).

Tabelle 1 Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Machbarkeitsprüfung Sepsis

Bezeichnung des Indikators	Empfohlener Referenzbereich	Ergebnis ¹
Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos	≥ 90,00 %	50,00% N = 15
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 95,00 %	50,00% N = 15
Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 90,00 %	50,00% N = 15
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	100,00 %	0,00 %
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	≥ 80,00 %	50,00 %
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	100,00 %	0,00 %
Arbeitsanweisung (<i>Standard Operating Procedure, SOP</i>) zur Versorgung bei Sepsis	100,00 %	100,00 %

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

¹ Bei den in diesem Muster-Rückmeldebericht dargestellten Ergebnissen handelt sich um fiktive Werte.

Ergebnisse der Indikatoren

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie nähere Erläuterungen zur Berechnung der einzelnen Indikatoren.

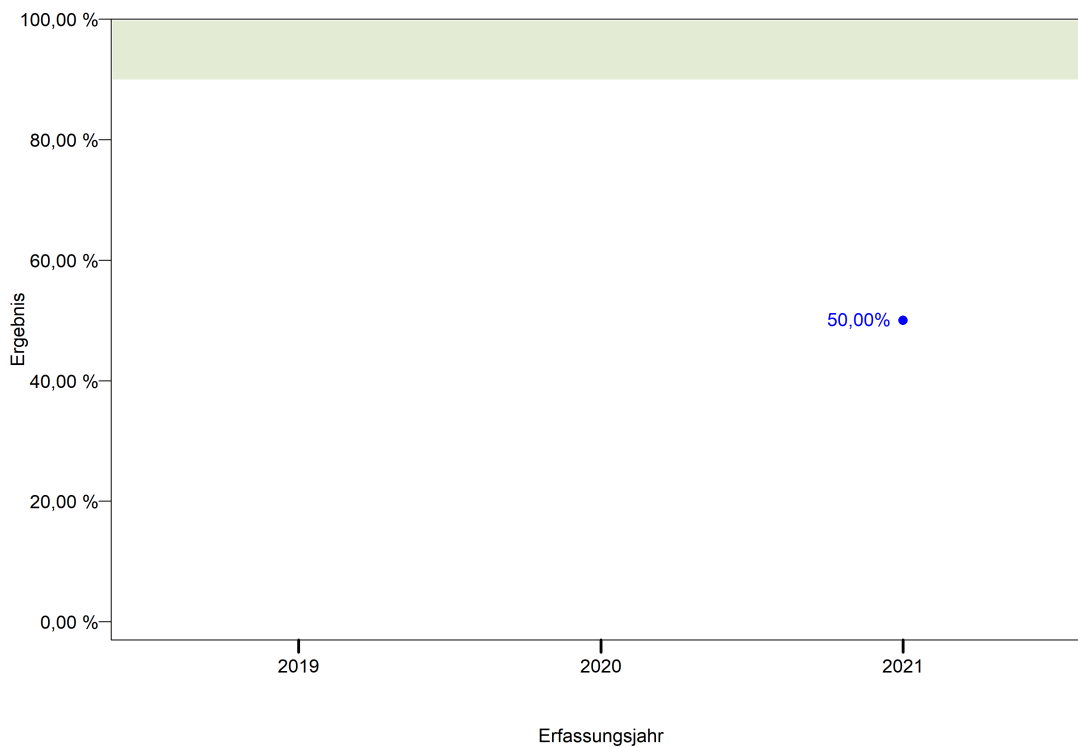
Bei den fallbezogenen Indikatoren wird das jeweilige Ergebnis im Vergleich zum Referenzbereich in einer grafischen Darstellung präsentiert. Der grün unterlegte Bereich innerhalb der Abbildung zeigt den Referenzbereich an.

Bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren, mit Ausnahme des Indikators „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“, werden zusätzlich zum Gesamtergebnis die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Unteranforderungen dargestellt. Hierbei ist wichtig hervorzuheben, dass sich die Darstellung der Ergebnisse immer auf die Unteranforderung des Indikators bezieht und nicht zwangsläufig mit einer einzelnen Abfrage in einem Datenfeld gleichzusetzen ist. Als Beispiel kann hier die Unteranforderung „Vorliegen eines Antibiotic-Stewardship (ABS-)Teams“ des Indikators „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS-)Team“ angeführt werden. Diese Unteranforderung ist im Sinne des Indikators nur erfüllt, wenn ein ABS-Team vorliegt, welches sich aus bestimmten Professionen zusammensetzt und in Abhängigkeit der Größe des Krankenhauses mit einem ausreichenden Stellenanteil beschäftigt ist.

Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos

Qualitätsziel	Screening zur Einstufung des Sepsisrisikos mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Einstufung des Sepsisrisikos durchgeführt wurde
Empfohlener Referenzbereich	≥ 90 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung



	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

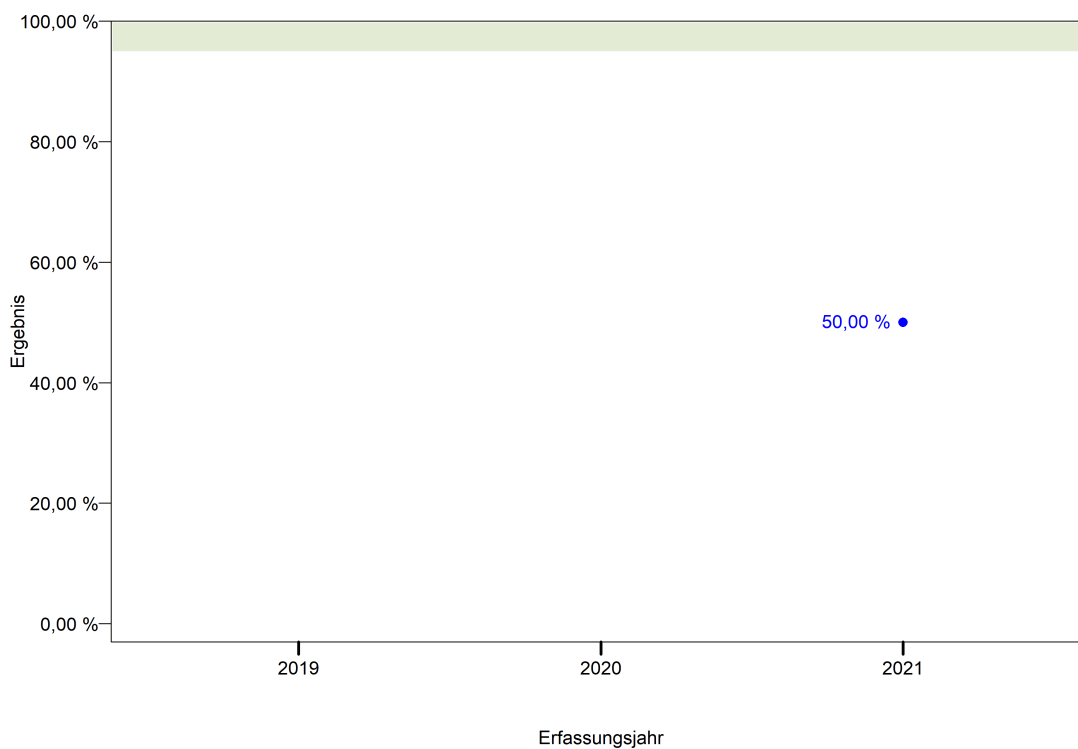
O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die keine antimikrobielle Therapie der Sepsis erhalten haben.
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt
Empfohlener Referenzbereich	≥ 95 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung



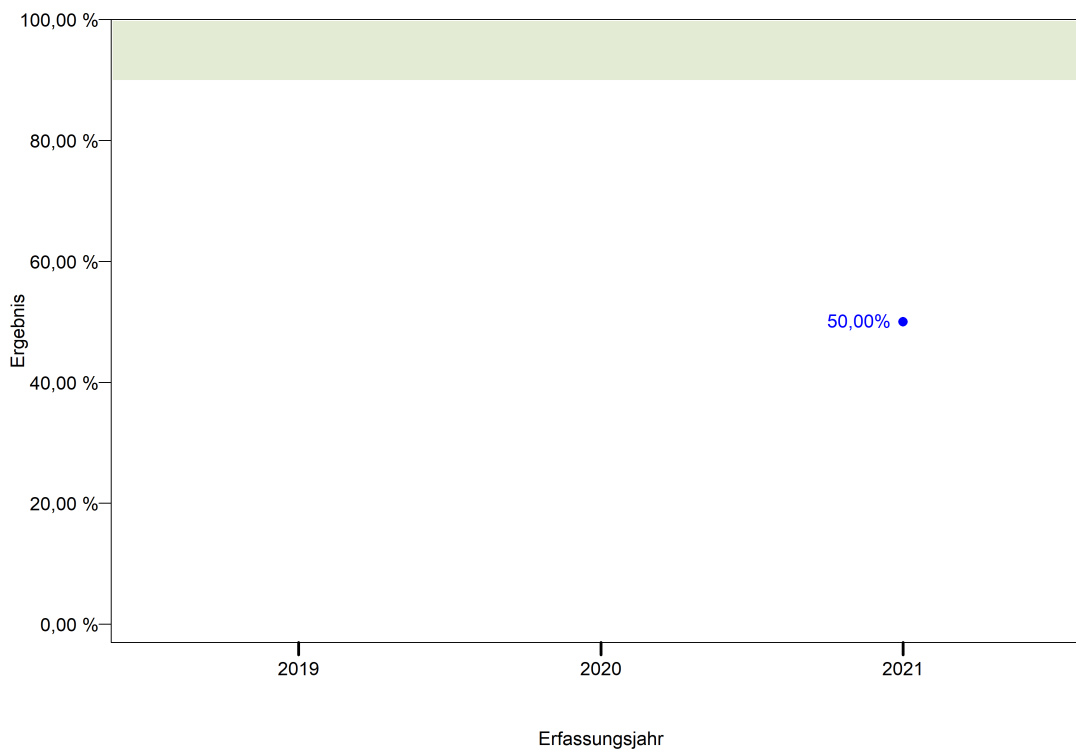
	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Qualitätsziel	Messung des Procalcitonin (PCT) im Serum bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die keine antimikrobielle Therapie der Sepsis erhalten haben.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sepsis und einer antimikrobiellen Therapie zur Behandlung dieser, bei denen innerhalb des stationären Aufenthaltes während der antimikrobiellen Therapie der Sepsis zweimal das PCT im Serum gemessen wurde, wobei einer der Werte innerhalb einer Woche nach Diagnose der Sepsis gemessen werden muss
Empfohlener Referenzbereich	≥ 90 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus

Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte sowie einer Standardvorgehensweise (<i>Standard Operating Procedure, SOP, Arbeitsanweisung</i>) zur Anlage eines ZVK (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	0/1	0 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	100 % 0/1
1.1	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Anlage eines ZVK	100 % 1/1
1.2	Audits von Patientinnen und Patienten mit ZVK	100 % 1/1
1.3	Schulungen des Pflegepersonals zur Pflege von ZVK	0 % 0/1

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Qualitätsziel	Jährliche Schulungen des medizinischen Personals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht
Zähler	Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben
Empfohlener Referenzbereich	≥ 80 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	500/1.000	50,00 %

O: Zahl der Mitarbeiter, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Mitarbeiter

Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team

Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	0/1	0 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	0 % 0/1
1.1	Vorliegen interner Leitlinien zur Regelung der antiinfektiven Therapie der Sepsis	100 % 1/1
1.2	Vorliegen eines ABS-Teams	100 % 1/1
1.3	Vorliegen einer Geschäftsordnung, die die zu beteiligenden Berufsgruppen am ABS-Team regelt	0 % 0/1
1.4	Durchführung von ABS-Visiten	0 % 0/1

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus, für das im gesamten Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Nachsorge vorliegt (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	1/1	100 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Vorliegen einer vollständigen (1.2 – 1.11) Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	100 % 1/1
1.1	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis	100 % 1/1
1.2	Arbeitsanweisung enthält Regelung der Risikoeinschätzung	100 % 1/1
1.3	Arbeitsanweisung enthält Regelung der Anamneseerhebung	100 % 1/1
1.4	Arbeitsanweisung enthält Regelung der regelmäßigen Kontrolle der Vitalparameter	100 % 1/1
1.5	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Fokusidentifizierung	100 % 1/1
1.6	Arbeitsanweisung enthält Regelung des Einbezugs eines Konsils	100 % 1/1
1.7	Arbeitsanweisung enthält Regelung der zu bestimmenden Laborparameter	100 % 1/1
1.8	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien	100 % 1/1

1.9	Arbeitsanweisung legt zeitlichen Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie fest	100 % 1/1
1.10	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Einleitung einer Volumentherapie	100 % 1/1
1.11	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Mitgabe eines Informationsblatts bei Entlassung	100 % 1/1

Anhang F: Methodisches Vorgehen der orientierenden Literaturrecherche zum Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

Das IQTIG orientierte sich für die orientierende Literaturrecherche an der in den „Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021“ eingeschlossenen Literatur zur Messung des PCT und wählte aus diesen geeignete Keypaper aus. Auf Basis der ausgewählten Key paper wurde anschließend eine Recherche nach Similar Articles über PubMed durchgeführt. Das Expertengremium wurde ergänzend gebeten, ihnen bekannte und relevante Literatur an das IQTIG einzusenden.

Die Treffer der Similar Articles Recherche sowie die bereitgestellte Literatur der Expertinnen und Experten wurden zunächst einem Title & Abstract Screening unterzogen und entsprechend folgender Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt oder verworfen: (1) Publikation ab 01.01.2019 (Endzeitpunkt der Literaturrecherche der SSC-Leitlinie (Evans et al. 2021)), (2) Fokus der Studie ausschließlich auf der Therapiesteuerung mittels PCT, (3) Studientyp RCT oder andere Studientypen mit Interventions- und Kontrollgruppe, systematische Reviews und Meta-Analysen. Studien, die keine Sepsispatientinnen und -patienten untersuchten sowie Studien, die ausschließlich die Diagnostik anhand von PCT beschrieben, wurden ausgeschlossen. Alle ausgewählten Titel wurden schließlich einem Volltext-Screening unterzogen. Dabei wurden die Studien hinsichtlich ihrer Ausschlussgründe für Patientinnen und Patienten für eine PCT-gesteuerte Therapie überprüft, sodass diejenigen Patientengruppen bzw. Erkrankungsbilder, die nicht für eine PCT-gesteuerte Therapie geeignet sind, identifiziert werden konnten.

Es konnten insgesamt 15 Studien eingeschlossen werden. Sechs dieser Studien wurden der SSC-Leitlinie entnommen (Annane et al. 2013, Bloos et al. 2016, Nobre et al. 2008, Deliberato et al. 2013, Oliveira et al. 2013, de Jong et al. 2016), von denen eine Studie als Key paper definiert werden konnte (Nobre et al. 2008). Ausgehend von dem Key paper konnten acht weitere Studien durch die Similar Articles Recherche identifiziert werden (Chomba et al. 2020, Jeon et al. 2019, Mott und Orme 2023, Peng et al. 2019, Vishalashi et al. 2021, Willmon et al. 2021, Kleinbrahm et al. 2019, Gutiérrez-Pizarraya et al. 2022). Aus den Rückmeldungen des Expertengremiums konnte eine weitere Studie miteingeschlossen werden (Kyriazopoulou et al. 2021).

Literatur

- Annane, D; Maxime, V; Faller, JP; Mezher, C; Clec'h, C; Martel, P; et al. (2013): Procalcitonin levels to guide antibiotic therapy in adults with non-microbiologically proven apparent severe sepsis: a randomised controlled trial. *BMJ: Open* 3(2). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002186.
- Bloos, F; Trips, E; Nierhaus, A; Briegel, J; Heyland, DK; Jaschinski, U; et al. (2016): Effect of Sodium Selenite Administration and Procalcitonin-Guided Therapy on Mortality in Patients With Severe Sepsis or Septic Shock: A Randomized Clinical Trial. *JAMA: Internal Medicine* 176(9): 1266-1276. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.2514.
- Chomba, RN; Moeng, MS; Lowman, W (2020): Procalcitonin-guided antibiotic therapy for suspected and confirmed sepsis of patients in a surgical trauma ICU: a prospective, two period cross-over, interventional study. *South African Journal of Surgery* 58(3): 143-149. DOI: 10.17159/2078-5151/2020/v58n3a3341.
- de Jong, E; van Oers, JA; Beishuizen, A; Vos, P; Vermeijden, WJ; Haas, LE; et al. (2016): Efficacy and safety of procalcitonin guidance in reducing the duration of antibiotic treatment in critically ill patients: a randomised, controlled, open-label trial. *The Lancet: Infectious Diseases* 16(7): 819-827. DOI: 10.1016/S1473-3099(16)00053-0.
- Deliberato, RO; Marra, AR; Sanches, PR; Martino, MDV; dos Santos Ferreira, CE; Pasternak, J; et al. (2013): Clinical and economic impact of procalcitonin to shorten antimicrobial therapy in septic patients with proven bacterial infection in an intensive care setting. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 76(3): 266-271. DOI: 10.1016/j.diagmicrobio.2013.03.027.
- Evans, L; Rhodes, A; Alhazzani, W; Antonelli, M; Coopersmith, CM; French, C; et al. (2021): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Appendix 7 – Search Strategies (main sepsis review). *Critical Care Medicine* 49(11). DOI: 10.1097/CCM.0000000000005337.
- Gutiérrez-Pizarraya, A; León-García, MDC; De Juan-Idígoras, R; Garnacho-Montero, J (2022): Clinical impact of procalcitonin-based algorithms for duration of antibiotic treatment in critically ill adult patients with sepsis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Expert Review of Anti-infective Therapy* 20(1): 103-112. DOI: 10.1080/14787210.2021.1932462.
- Jeon, K; Suh, JK; Jang, EJ; Cho, S; Ryu, HG; Na, S; et al. (2019): Procalcitonin-Guided Treatment on Duration of Antibiotic Therapy and Cost in Septic Patients (PRODA): a Multi-Center Randomized Controlled Trial. *Journal of Korean Medical Science* 34(14): e110. DOI: 10.3346/jkms.2019.34.e110.
- Kleinbrahm, K; Wappler, F; Sakka, SG (2019): Stellenwert des Procalcitonins als Sepsismarker. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 54(6): 424-433. DOI: 10.1055/a-0569-7132.

Kyriazopoulou, E; Liaskou-Antoniou, L; Adamis, G; Panagaki, A; Melachroinou, N; Drakou, E; et al. (2021): Procalcitonin to Reduce Long-Term Infection-associated Adverse Events in Sepsis. A Randomized Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 203(2): 202-210. DOI: 10.1164/rccm.202004-12010C.

Mott, T; Orme, Z (2023): Consider this tool to reduce antibiotic-associated adverse events in patients with sepsis. Predictive biomarker procalcitonin can aid clinical decision-making on continued antibiotic treatment in this patient population. *The Journal of Family Practice* 72(1): E13-E15. DOI: 10.12788/jfp.0538.

Nobre, V; Harbarth, S; Graf, J-D; Rohner, P; Pugin, J (2008): Use of Procalcitonin to Shorten Antibiotic Treatment Duration in Septic Patients. A Randomized Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 177(5): 498-505. DOI: 10.1164/rccm.200708-12380C.

Oliveira, CF; Botoni, FA; Oliveira, CRA; Silva, CB; Pereira, HA; Serufo, JC; et al. (2013): Procalcitonin Versus C-Reactive Protein for Guiding Antibiotic Therapy in Sepsis: A Randomized Trial. *Critical Care Medicine* 41(10): 2336-2343. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31828e969f.

Peng, F; Chang, W; Xie, J-F; Sun, Q; Qiu, H-B; Yang, Y (2019): Ineffectiveness of procalcitonin-guided antibiotic therapy in severely critically ill patients: A meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* 85: 158-166. DOI: 10.1016/j.ijid.2019.05.034.

Vishalashi, SG; Gupta, P; Verma, PK (2021): Serum Procalcitonin as a Biomarker to Determine the Duration of Antibiotic Therapy in Adult Patients with Sepsis and Septic Shock in Intensive Care Units: A Prospective Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 25(5): 507-511. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23802.

Willmon, J; Subedi, B; Girgis, R; Noe, M (2021): Impact of Pharmacist-Directed Simplified Procalcitonin Algorithm on Antibiotic Therapy in Critically Ill Patients With Sepsis. *Hospital Pharmacy* 56(5): 501-506. DOI: 10.1177/0018578720925385.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Machbarkeitsprüfung

Indikatorenset V2.0

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Indikatorenset V2.0

Ansprechperson Stefanie Erckenbrecht

Datum der Abgabe 30. Juni 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Teil B

Datum des Auftrags 16. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Qualitätsindikatoren.....	5
	Übersicht.....	5
1.1	Fallbezogene Qualitätsindikatoren	6
	Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene	6
1.1.1	Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“	8
1.1.2	Qualitätsindikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“.....	15
1.1.3	Qualitätsindikator „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“	22
1.2	Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren.....	29
	Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Krankenhausstandort- und Fachabteilungsebene.....	29
1.2.1	Qualitätsindikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“	31
1.2.2	Qualitätsindikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“	44
1.2.3	Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“	59
1.2.4	Qualitätsindikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“	67
1.3	Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren.....	81
	Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene	81
1.3.1	Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“	83
2	Kennzahlen.....	88
	Übersicht.....	88
2.1	Sozialdatenbasierte Kennzahlen	89
	Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene	89

2.1.1	Kennzahl „Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	91
2.1.2	Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	95
2.1.3	Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	100
2.1.4	Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	104
2.1.5	Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	108
2.1.6	Kennzahl „Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	112
2.1.7	Kennzahl „Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“	116
	Impressum.....	120

1 Qualitätsindikatoren

Übersicht

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren
Fallbezogene Qualitätsindikatoren	
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Outcomes	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren	
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
Antiinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren	
Outcomes	Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung

1.1 Fallbezogene Qualitätsindikatoren

Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene

Fälle, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der folgenden Fachabteilungen behandelt worden sind oder bei denen eine Kodierung einer der folgenden OPS vorliegt, sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Tabelle 1: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 2: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktuellen Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

1.1.1 Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“

Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Qualitätsziel	Screening zur Risikoabschätzung mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>In der deutschen S3-Leitlinie (Brunkhorst et al. 2018) und mehreren ausländischen Leitlinien (NGC 2019 [2020]), bpac^{NZ}/NICE (2018) (Rhodes et al. 2017) wird übergreifend empfohlen, ein standardisiertes Screening für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Sepsis in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. in den Krankenhäusern zu implementieren. Während die Leitlinie zur Meningokokken-Sepsis empfiehlt, keine Scoring-Systeme zur Diagnostik zu verwenden (McGill et al. 2016), werden in den anderen Leitlinien verschiedene Instrumente vorgeschlagen. Die deutsche S3-Leitlinie (Brunkhorst et al. 2018) empfiehlt auf Intensivstationen den „Sequential Organ Failure Assessment“ (SOFA)-Score, außerhalb der Intensivstationen den „quick Sequential Organ Failure Assessment“ (qSOFA)-Score anzuwenden. Anstelle des qSOFA kann auch der National Early Warning Score 2 (NEWS2) verwendet werden (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).</p> <p>Literatur</p> <p>In einer quantitativen fragebogengestützten Primärdatenanalyse bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Notaufnahme und des Rettungsdienstes zeigen Metelmann et al. (2018), dass 74 % des Pflegefachpersonals und 20 % der Ärztinnen und Ärzte den qSOFA-Score nicht kannten. Bei der Studie muss aber in Bezug auf diese Subgruppenanalyse auf die kleine Stichprobenzahl (n = 55 Notärzte, n = 23 Pflegefachkräfte) hingewiesen werden. Keppler et al. (2018) zeigen in einer Onlinebefragung von Leiterinnen und Leitern von insgesamt 76 deutschen Intensivstationen, dass bei zwei Drittel der Befragten der qSOFA im Bereich der Normalstationen und in der Notaufnahme/Rettungsstelle ihrer Einrichtung nicht eingesetzt wird.</p> <p>Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass die Sepsis-3-Definition inklusive der Empfehlungen zur Verwendung des qSOFA erst im Februar 2016 veröffentlicht wurde (Singer et al. 2016), die genannten Studien aber bereits 2017 durchgeführt worden sind. Die beiden Validierungsstudien zum qSOFA von Klimpel et al. (2019) und Loritz et al. (2020) stellen unter anderem in Bezug auf die Aufnahme und Länge des Intensivaufenthaltes eine hohe Spezifität fest, allerdings auch eine geringe Sensitivität zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis.</p>

verantwortlich für Indikatorergebnis	stationäre Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweise</u></p> <p>DIAG.DT.BEK, DIAG.DT.UNB</p> <p>Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.</p> <p>scre.dgf</p> <p>Das Screening muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.</p> <p>scre.inst.quick, scre.inst.news</p> <p>Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen:</p> <p>quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p> <p>scre.quick.dt.bek, scre.quick.dt.unb</p> <p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>scre.quick.sc.bek, scre.quick.sc.unb</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>scre.news.dt.bek, scre.news.dt.unb</p> <p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment</p>

	<p>of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p> <p>scre.news.sc.bek, scre.news.sc.unb</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p> <p>scre.inst.sofa</p> <p>Die Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751</p> <p>scre.sofa.dt.bek, scre.sofa.dt.unb</p> <p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag der Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751</p> <p>scre.sofa.sc.bek, scre.sofa.sc.unb</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:</p> <p>Sequential Organ Failure Assessment (SOFA): Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	<p>≥ 90 %</p> <p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 90 % der Fälle der Grundgesamtheit gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators gescreent haben</p>
potenzielle Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	Zähler (scre.quicks.sc.bek = NICHT LEER) ODER (scre.news.sc.bek = NICHT LEER) ODER (scre.sofa.sc.bek = NICHT LEER)		
	Nenner Grundgesamtheit des QS-Verfahren		
	DIAG.DT.BE K	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJJ
	DIAG.DT.U NB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1 = ja
	scre.dgf	DIAG.DT.BEK = Datum vorhanden Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschät- zung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
	scre.inst.q uicks	scre.dgf = 1 Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?	1 = ja
	scre.inst.n ews	scre.dgf = 1 Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?	1 = ja
	scre.inst.a nd	scre.dgf = 1 Wurde mit einem anderen Instru- ment als qSOFA oder NEWS2 ge- screent?	1 = ja
	scre.inst.u nb	scre.dgf = 1 Ist das Instrument, mit dem gescre- ent wurde, unbekannt?	1 = ja
	scre.quicks .dt.bek	scre.inst.quicks = 1 Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	TT.MM.JJJJ
	scre.quicks .dt.unb	scre.inst.quicks = 1 Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt	1 = ja
scre.quicks .sc.bek	scre.quicks.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (einstellig)	

scre.quick .sc.unb	scre.quick.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt	1 = ja
scre.news. dt.bek	scre.inst.news = 1 Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	TT.MM.JJJJ
scre.news. dt.unb	scre.inst.news = 1 Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt	1 = ja
scre.news. sc.bek	scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	----- Punktwert eintragen (zweistellig)
scre.news. sc.unb	scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt	1 = ja
scre.inst.so fa	scre.quick.sc.bek = LEER UND scre.news.sc.bek = LEER Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?	0 = nein 1 = ja
scre.sofa.d t.bek	scre.inst.sofa = 1 Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	TT.MM.JJJJ
scre.sofa.d t.unb	scre.inst.sofa = 1 Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt	1 = ja
scre.sofa.s c.bek	scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen.	----- Punktwert eintragen (zweistellig)
scre.sofa.s c.unb	scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt	1 = ja

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001L_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Keppler, U; Schmoch, T; Siegler, BH; Weigand, MA; Uhle, F (2018): Implementation of the Sepsis-3 definition in German university intensive care units. A Survey. *Der Anaesthesist* 67(9): 647-653. DOI: 10.1007/s00101-018-0465-y.
- Klimpel, J; Weidhase, L; Bernhard, M; Gries, A; Petros, S (2019): The impact of the Sepsis-3 definition on ICU admission of patients with infection. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 27:98. DOI: 10.1186/s13049-019-0680-9.
- Loritz, M; Busch, HJ; Helbing, T; Fink, K (2020): Prospective evaluation of the quickSOFA score as a screening for sepsis in the emergency department. *Internal and Emergency Medicine* 15(4): 685-693. DOI: 10.1007/s11739-019-02258-2.
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- Metelmann, C; Metelmann, B; Scheer, C; Gründling, M; Henkel, B; Hahnenkamp, K; et al. (2018): Sepsis erkennen im Rettungsdienst. Ergebnisse einer interprofessionellen Befragung zur präklinischen und frühen innerklinischen Sepsiserkennung. *Der Anaesthesist* 67(8): 584-591. DOI: 10.1007/s00101-018-0456-z.
- NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).
- RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party:

December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2. URL:

<https://www.rcplondon.ac.uk/file/8636/download> (abgerufen am: 02.06.2021).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 315(8): 801–810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.

Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Medicine* 22(7): 707–710. DOI: 10.1007/bf01709751.

1.1.2 Qualitätsindikator „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	Patientinnen und Patienten, die keine antibiotische und keine antimykotische Therapie der Sepsis erhalten haben
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>Im Rahmen der Diagnosestellung der Sepsis empfehlen die Leitlinien, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem Verdacht auf Sepsis oder septischen Schock die Abnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie erfolgen sollte (NGC 2019 [2020], Rhodes et al. 2017, bpac^{NZ}/NICE 2018, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Brunkhorst et al. 2018), da es sonst aufgrund der Gabe des antimikrobiellen Wirkstoffs zu einer Inaktivierung von Mikroorganismen kommt, wodurch die Blutkulturen nicht hinlänglich aussagekräftig sein könnten (Brunkhorst et al. 2018). Die Entnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie sollte allerdings nicht zur Verzögerung des Therapiebeginns führen (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Die Leitlinie zur Behandlung der Meningokokken-Sepsis präzisiert dahingehend, dass ein Zeitfenster von einer Stunde nach Eintreffen im Krankenhaus für die Abnahme von Blutkulturen einzuhalten sei (McGill et al. 2016). In der deutschen S3-Leitlinie wird zusätzlich zur Empfehlung, dass die Abnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie erfolgen sollte, eine Anmerkung angefügt, dass die routinemäßige mikrobiologische Kulturen-Diagnostik immer mindestens zwei (sowohl aerobe als auch anaerobe) Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) umfassen sollte (Brunkhorst et al. 2018).</p> <p>Richtlinien</p> <p>In den Empfehlungen der KRINKO (2017) wird ebenfalls auf die Mindestmenge von zwei Blutkulturen-Sets bei Sepsis hingewiesen.</p> <p>Literatur</p> <p>In einer Befragungsstudie des ärztlichen Personals aus Krankenhäusern in Deutschland gaben 60,8 % der Teilnehmenden an, dass sie trotz bestehender Indikation für eine Blutkulturdiagnostik zuerst mit der Antibiotikatherapie begonnen haben (Raupach-Rosin et al. 2017). 78 % der Teilnehmenden gaben an, in mehr als 75 % der Fälle mehr als eine Blutkultur abzunehmen (Raupach-Rosin et al. 2017). In einer klinischen Kohorten-Studie, die auf einer Intensiv-</p>

	<p>station des Universitätsklinikums Greifswald zwischen 2010 und 2017 durchgeführt wurde, wurde während der Studienlaufzeit insgesamt nur bei 72 % der Patientinnen und Patienten eine Blutentnahme vor Antibiotikagabe vorgenommen. Von der Gesamtzahl der zu Beginn der Sepsis abgenommenen Blutkulturen-Sets während der Studienlaufzeit wurde in 25 % lediglich ein Blutkulturen-Set abgenommen (Scheer et al. 2019).</p> <p>Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) zufolge wurden lange Wartezeiten auf die Laborergebnisse als eines der Hindernisse der frühzeitigen gezielten Therapie der Sepsis in 3 aus 5 Fokusgruppen genannt. In der prospektiven Kohortenstudie von Gehring et al. (2019) an einem Universitätsklinikum zeigten die Ergebnisse, dass innerhalb von drei Monaten insgesamt 67 Patientinnen und Patienten, deren Blutkulturproben außerhalb der regulären Dienstzeiten eingetroffen waren, positive Blutkulturen und Pathogene aufwiesen und folglich einer Behandlung bedurften. Vor telefonischer Befundmitteilung der Gramfärbung erhielten 41 (61 %) der Patientinnen und Patienten eine adäquate Antibiotikatherapie. Im Mittel betrug die Verzögerung zwischen positiver Blutkultur und Gramfärbung 9 Stunden und 59 Minuten (Interquartilsabstand (IQR) 6:05–13:49). Die angemessene Gabe von Antibiotika in der Gruppe mit zu Beginn nicht adäquater Therapie verzögerte sich um durchschnittlich 8 Stunden und 57 Minuten (IQR: 2:16–16:59) (Gehring et al. 2019). Die prospektive, monozentrische Studie von Schwarzenbacher et al. (2019) zeigte, dass von 494 Blutkulturen, welche in einem mikrobiologischen Labor analysiert wurden, nur 13 (2,6 %) innerhalb einer Stunde inkubiert wurden, während bei den Blutkulturen, welche bereits vor Ort auf der Intensivstation angelegt wurden, alle (100 %) innerhalb der ersten Stunde inkubiert waren (n = 166). Resultierend zeigte sich eine signifikante Reduzierung der Zeit von der Abnahme der Blutkultur bis zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Ärztin bzw. des Arztes über das positive Ergebnis bei den Blutkulturen, welche direkt vor Ort angelegt wurden, gegenüber den Blutkulturen, welche in einem mikrobiologischen Labor analysiert wurden (28,0 Stunden vs. 46,9 Stunden, p = <0,001) (Schwarzenbacher et al. 2019).</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweise</u></p> <p>DIAG.DT.BEK, DIAG.DT.UNB</p> <p>Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.</p> <p>anti.bio.myk.dgf</p> <p>Zur sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zählt die Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p>

	<p>bk.anti.bio.myk.dt.bek, bk.anti.bio.myk.dt.unb</p> <p>Unter dem Zeitpunkt der ersten sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes das Datum und die konkrete Uhrzeit der ersten Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zu verstehen. Dieser Zeitpunkt muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p> <p>bk.abnahme.dgf</p> <p>Es handelt sich um die Blutkulturen, die zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert wurden. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p> <p>bk.abnahme.dt.bek, bk.abnahme.dt.unb</p> <p>Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es handelt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p> <p>bk.ergb.pos</p> <p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde.</p> <p>bk.ergb.dt.bek, bk.ergb.dt.unb</p> <p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist der Zeitpunkt der ersten elektronischen/telefonischen Mitteilung des Labors einzutragen. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	<p>≥ 95 %</p> <p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bei weniger als 95 % der Fälle der Grundgesamtheit Blutkulturen gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators abgenommen haben</p>
potenzielle Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	<p>Zähler</p> <p>((bk.abnahme.dt.bek ≤ DIAG.DT.BEK) UND (bk.abnahme.dt.bek+2 ≥ DIAG.DT.BEK))</p> <p>ODER</p> <p>((bk.abnahme.dt.bek ≥ DIAG.DT.BEK) UND (DIAG.DT.BEK + 1 ≥ bk.abnahme.dt.bek))</p>

<p>UND (bk.abnahme.dt.bek < bk.anti.bio.myk.dt.bek)</p> <p>UND WENN (bk.ergb.pos = 1): (bk.ergb.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden)</p> <p>Nenner Grundgesamtheit des QS-Verfahren, außer (anti.bio.myk.dgf = 0)</p>		
DIAG.DT. BEK	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJ J
DIAG.DT. UNB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1= ja
anti.bio. myk.dgf	diag.dt.bek = Datum vorhanden Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?	0 = nein 1= ja
bk.anti.b io.myk.d t.bek	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	TT.MM.JJJ J hh:mm
bk.anti.b io.myk.d t.unb	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	1= ja
bk.ab- nahme.d gf	bk.anti.bio.myk.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden	0 = nein 1= ja

		Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	
	bk.abnahme.dt.bek	bk.abnahme.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis	TT.MM.JJJJ J hh:mm
	bk.abnahme.dt.unb	bk.abnahme.dgf = 1 Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt	1 = ja
	bk.abnahme.anz.bek	bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	-- Blutkultursets (zweistellig)
	bk.abnahme.anz.unb	bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja
	bk.ergb.pos	bk.abnahme.anz.bek \geq 2 War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?	0 = nein 1 = ja
	bk.ergb.dt.bek	bk.ergb.pos = 1 Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ J hh:mm
	bk.ergb.dt.unb	bk.ergb.pos = 1 Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001L_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Gehring, T; Kim, H; Hoerauf, A; Buechler, C (2019): A prospective study on the effect of time-shifted telephone reporting of blood culture microscopy. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 38(5): 973-975. DOI: 10.1007/s10096-019-03544-9.
- KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2017): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Hinweise zur Blutkulturdiagnostik. Informativer Anhang 1 zur Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 60(2): 216-230. DOI: 10.1007/s00103-016-2485-6.
- Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care* 36: 85-91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).
- Raupach-Rosin, H; Duddeck, A; Gehrlich, M; Helmke, C; Huebner, J; Pletz, M; et al. (2017): Deficits in knowledge, attitude, and practice towards blood culture sampling: results of a nationwide

mixed-methods study among inpatient care physicians in Germany. *Infection - A Journal of Infectious Disease* 45(4): 433-441. DOI: 10.1007/s15010-017-0990-7.

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Scheer, CS; Fuchs, C; Grundling, M; Vollmer, M; Bast, J; Bohnert, JA; et al. (2019): Impact of antibiotic administration on blood culture positivity at the beginning of sepsis: a prospective clinical cohort study. *Clinical Microbiology and Infection* 25(3): 326-331. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.05.016.

Schwarzenbacher, J; Kuhn, S-O; Vollmer, M; Scheer, C; Fuchs, C; Rehberg, S; et al. (2019): On-site blood culture incubation shortens the time to knowledge of positivity and microbiological results in septic patients. *PLoS ONE* 14(12): e0225999. DOI: 10.1371/journal.pone.0225999.

1.1.3 Qualitätsindikator „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“

Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität¹ nach Sepsis
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“
Rationale	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Versterben im Krankenhaus ist ein Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020], McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 174.544 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 61.819 Patientinnen und Patienten (35,4 %) innerhalb der Krankenhausaufenthaltes verstarben.</p>
verantwortlich für Indikatorendergebnis	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p>Risikoadjustierung erforderlich</p> <p>Ausfüllhinweise</p> <p>AUFNDAT</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu</p>

¹ Im Sinne des Qualitätsindikators wird unter dem Begriff der Letalität das Versterben von Patientinnen und Patienten mit einer Sepsiserkrankung verstanden.

	<p>wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2022</p> <p>KH.LET.ICD</p> <p>Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-ICD-10-Kodes automatisch eingetragen werden.</p> <p>KH.LET.OPS</p> <p>Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-OPS automatisch eingetragen werden.</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis aus der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von stationären verstorbenen Patientinnen und Patienten mit Sepsis $\leq 2,0$
potenzielle Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (ansteigend) (Ayala-Ramírez et al. 2014, Carbone et al. 2020, Darby et al. 2019, König et al. 2018, Phillips et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018, Banta et al, 2012, Ford et al. 2016) ▪ Gewichtsverlust (Elfeky et al. 2017, Darby et al. 2019) ▪ Organdysfunktionen der Leber (Ayala-Ramírez et al. 2014, Carbone et al. 2020, Darby et al. 2019) ▪ Organdysfunktionen des zentralen Nervensystems (Ayala-Ramírez et al. 2014, Darby et al. 2019) ▪ Azidose (Ayala-Ramírez et al. 2014, Darby et al. 2019, Elfeky et al. 2017) ▪ Septischer Schock (Darby et al. 2019, König et al. 2018, Phillips et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018, Ford et al. 2016, Garnacho-Montero et al. 2014) ▪ Pilzinfektion als Ursprung des Sepsiserregers (Darby et al. 2019) ▪ Mechanische Beatmungspflichtigkeit (Carbone et al. 2020, Ford et al. 2016) ▪ Pulmonaler Bluthochdruck (Kendle et al. 2019) ▪ Erkrankungen des Lungenkreislaufs (Darby et al. 2019, Schwarzkopf et al. 2018, Ford et al. 2016) ▪ Aspirationspneumonie (König et al. 2018) ▪ Zystische Fibrose (Kendle et al. 2019) ▪ Periphere Gefäßkrankheit (Darby et al. 2019, Schwarzkopf et al. 2018, Ford et al. 2016) ▪ Blutgerinnungsstörung (Darby et al. 2019, Phillips et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018) ▪ Bösartige Neubildungen / Krebs / Tumor (Ayala-Ramírez et al. 2014, König et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018, Rhee et al. 2019) ▪ Krebsmetastasen (Darby et al. 2019, Phillips et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018, Ford et al. 2016)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lymphom (Darby et al. 2019, Phillips et al. 2018, Schwarzkopf et al. 2018, Ford et al. 2016) ▪ Leukämie (Schwarzkopf et al. 2018) ▪ Chronische Nierenkrankheit Stadium 4 und Stadium 5 (Ayala-Ramírez et al. 2014, König et al. 2018, Ford et al. 2016) ▪ Chronische Herzinsuffizienz / Herzinsuffizienz (Elfeky et al. 2017) ▪ Herzinfarkt (Schwarzkopf et al. 2018) ▪ Herzrhythmusstörung (Schwarzkopf et al. 2018, Luethi et al. 2020) ▪ Neurologische Erkrankungen (Darby et al. 2019, Schwarzkopf et al. 2018) ▪ Humane Immundefizienz-Viruskrankheit (HIV) (Kendle et al. 2019, Ayala-Ramírez et al. 2014) ▪ Charlson-Comorbidity-Index (Luethi et al. 2020, Banta et al. 2012) ▪ Elixhauser-Comorbidity-Index (Ford et al. 2016) ▪ Zeitlicher Bezug einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme ▪ Zuverlegung aus einem anderen Krankenhaus (Banta et al. 2012) 		
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	<p>Zähler (ENTLGRUND = 07)</p> <p>Nenner Grundgesamtheit des QS-Verfahren, außer (ENTLGRUND = 06)</p>		
	ENT-LGRUND	Entlassungsgrund	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de 1. u. 2. Stelle
	GEBDAT	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	kh.let.zuv	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?	0 = nein 1 = ja
	KH.LET.ICD	Risikofaktoren Letalität ICD-10-GM	ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

			3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	KH.LET.OPS	Risikofaktoren Letalität OPS	OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Literatur

Ayala-Ramírez, OH; Domínguez-Berjón, MF; Esteban-Vasallo, MD (2014): Trends in hospitalizations of patients with sepsis and factors associated with inpatient mortality in the Region of Madrid, 2003–2011. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 33(3): 411–421. DOI: 10.1007/s10096-013-1971-0.

Banta, JE; Joshi, KP; Beeson, L; Nguyen, HB (2012): Patient and hospital characteristics associated with inpatient severe sepsis mortality in California, 2005–2010. *Critical Care Medicine* 40(11): 2960–2966. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31825bc92f.

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001L_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Carbone, F; Bonaventura, A; Vecchiè, A; Meessen, J; Minetti, S; Elia, E; et al. (2020): Early osteopontin levels predict mortality in patients with septic shock. *European Journal of Internal Medicine* 78: 113-120. DOI: 10.1016/j.ejim.2020.04.035.
- Darby, JL; Davis, BS; Barbash, IJ; Kahn, JM (2019): An administrative model for benchmarking hospitals on their 30-day sepsis mortality. *BMC: Health Services Research* 19:221. DOI: 10.1186/s12913-019-4037-x.
- Elfeky, S; Golabi, P; Otgonsuren, M; Djurkovic, S; Schmidt, ME; Younossi, ZM (2017): The epidemiologic characteristics, temporal trends, predictors of death, and discharge disposition in patients with a diagnosis of sepsis: A cross-sectional retrospective cohort study. *Journal of Critical Care* 39: 48-55. DOI: 10.1016/j.jcrc.2017.01.006.
- Ford, DW; Goodwin, AJ; Simpson, AN; Johnson, E; Nadig, N; Simpson, KN (2016): A Severe Sepsis Mortality Prediction Model and Score for Use With Administrative Data. *Critical Care Medicine* 44(2): 319-327. DOI: 10.1097/ccm.0000000000001392.
- Garnacho-Montero, J; Gutiérrez-Pizarra, A; Escobedo-Ortega, A; Corcia-Palomo, Y; Fernández-Delgado, E; Herrera-Melero, I; et al. (2014): De-escalation of empirical therapy is associated with lower mortality in patients with severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Medicine* 40: 32-40. DOI: 10.1007/s00134-013-3077-7.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).
- Kendle, AM; Salemi, JL; Tanner, JP; Louis, JM (2019): Delivery-associated sepsis: trends in prevalence and mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 220(4): 391.e1-391.e16. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.02.002.
- König, V; Kolzter, O; Albuszies, G; Thölen, F (2018): Einflussgrößen auf die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Sepsis – Entwicklung eines risikoadjustierten Modells auf Basis der Leistungsdaten deutscher Krankenhäuser. *ZEFQ – Zeitschrift für*

Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 133: 30–39. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.03.001.

Luethi, N; Bailey, M; Higgins, A; Howe, B; Peake, S; Delaney, A; et al. (2020): Gender differences in mortality and quality of life after septic shock: A post-hoc analysis of the ARISE study. *Journal of Critical Care* 55: 177–183. DOI: 10.1016/j.jcrc.2019.11.002.

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Phillips, GS; Osborn, TM; Terry, KM; Gesten, F; Levy, MM; Lemeshow, S (2018): The New York Sepsis Severity Score: Development of a Risk-Adjusted Severity Model for Sepsis. *Critical Care Medicine* 46(5): 674–683. DOI: 10.1097/ccm.0000000000002824.

Rhee, C; Jones, TM; Hamad, Y; Pande, A; Varon, J; O'Brien, C; et al. (2019): Prevalence, Underlying Causes, and Preventability of Sepsis-Associated Mortality in US Acute Care Hospitals. *JAMA: Network Open* 2(2): e187571. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7571.

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Schwarzkopf, D; Fleischmann-Struzek, C; Rüdgel, H; Reinhart, K; Thomas-Rüdgel, DO (2018): A risk-model for hospital mortality among patients with severe sepsis or septic shock based on German national administrative claims data. *PLoS ONE* 13(3): e0194371. DOI: 10.1371/journal.pone.0194371.

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

1.2 Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren

Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Krankenhausstandort- und Fachabteilungsebene

Standorte von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen entsprechend der nachfolgenden Fachrichtungen sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen.

Tabelle 5: Übergreifender Ausschluss der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie

3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

1.2.1 Qualitätsindikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“

Bezeichnung	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandort mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte
Nenner	Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>Die hohe Bedeutung eines Infektionspräventionsprogramms, das unter anderem auch auf die Reduktion von Zentraler Venenkatheter (ZVK)-assoziiierter Blutstrominfektion abzielt, wird in der deutschen S3-Leitlinie durch mehrere Empfehlungen adressiert (Brunkhorst et al. 2018). Dazu wird empfohlen, spezielles Fachpersonal in den Einrichtungen vorzuhalten, das sich mit der Implementierung und Umsetzung des Infektionspräventionsprogramms beschäftigt. Die Implementierung von Infektionspräventionsmaßnahmen sollte dabei laut Leitlinie multimodal erfolgen, indem verschiedene einzelne Interventionen zu einem Gesamtkonzept verbunden werden. Es wird empfohlen, die Inhalte dieser Programme den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen von Schulungen zu vermitteln, welche auch ein Training am Krankenbett oder ein Simulationstraining miteinschließen. Die Durchführung von infektionspräventiven Maßnahmen sollte krankenhausintern überprüft und an die Stationen zurückgemeldet werden (Brunkhorst et al. 2018).</p> <p>Richtlinien</p> <p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)² des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Inhalte der Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK wurden in Anlehnung an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen (KRINKO 2017) sowie der Checklisten des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (CDC [kein Datum]-a, CDC [kein Datum]-b) definiert.</p>

²Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3135/DeQS-RL_2022-12-15_iK-2023-01-01_AT-10-03-2023-B3.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

	<p>Literatur</p> <p>In einer prospektiven Follow-up-Studie über drei Jahre in einem deutschen Universitätsklinikum berichten Hagel et al. (2019), dass die Implementierung zusätzlicher Bündel von Maßnahmen zur Prävention der häufigsten nosokomial erworbenen Infektionen (darunter auch zentralvenöse Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen) das adjustierte relative Risiko (RR) für den gemeinsamen Endpunkt schwere Sepsis, septischer Schock und infektionsbedingter Tod auf Intensivstationen um 87 % senken konnten (adjustiertes RR 0,13 Konfidenzintervall 0,05–0,32, $p < 0,001$). Für die Umsetzung des Bündels zur Prävention von zentralen Gefäßkatheter-assoziierten Blutstrominfektionen kamen unter anderem Schulungen des Personals, Audits, Checklisten und die Optimierung von Arbeitsabläufen zum Einsatz (Hagel et al. 2019). Salm et al. (2018) zeigen mittels des Vergleichs zweier Querschnittserhebungen einen deutlichen Rückgang der Rate von Katheter-assoziierten Blutstrominfektionen vom ersten (2006) auf den zweiten Messzeitpunkt (2015) auf. Der Rückgang ließe sich vermutlich dadurch begründen, dass verschiedene Infektions- und Kontrollmaßnahmen wie die Einführung von Interventionsbündeln, die sich u. a. auf das Management der ZVK konzentrieren, zu einer Verbesserung der Patientensicherheit bei schwerkranken Patientinnen und Patienten führen (Salm et al. 2018).</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationäre Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweise</u></p> <p>anz.pflege.zvk</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie

- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2000 Geriatrie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3400 Dermatologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

prae.v.schul.doku

Definition ZVK

Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.

Anforderungen an Schulungen

Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.
- Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:
 - Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK
 - Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK
 - Kathetermaterial
 - korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK

Art der Durchführung der Schulungen

Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.

Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.

Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, online oder in Präsenz durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.

Zu zählendes Personal:

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2000 Geriatrie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3400 Dermatologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie

- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

prae.v.schul.anz

Definition ZVK

Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.

Anforderungen an Schulungen

Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:

- Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.
- Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:
 - Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK
 - Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK
 - Kathetermaterial
 - korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK

Art der Durchführung der Schulungen

Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.

Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.

Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.

Zu zählendes Personal:

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Mindestens 80 % der angegebenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben.</p> <p>prae.audit.dgf</p> <p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
--	--

- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2000 Geriatrie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3400 Dermatologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.

Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).

Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.

Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.

Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:

- des ZVK-Verbandes
- der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels

- der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage
- Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion
- der Konnektionsstellen

Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.

prae.v.audit.anz.eh

Anforderungen an Audits

Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2000 Geriatrie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3400 Dermatologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung

- 3756 Suchtmedizin

Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.

Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).

Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.

Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.

Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:

- des ZVK-Verbandes
- der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels
- der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage
- Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion
- der Konnektionsstellen

Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.

Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.

prae.v.audit.anz.zh

Anforderungen an Audits

Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des ZVK-Verbandes ▪ der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels ▪ der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage ▪ Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion ▪ der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	= 100 %

	Auffällig sind die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr kein multimodales Infektionsprogramm gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators durchgeführt haben.		
potenzielle Risikofaktoren	entfallen		
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.		
Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	Zähler		
	(($\text{prae.v.schul.anz} / \text{anz.pflege.zvk}$) $\geq 0,8$)		
	UND		
	(($\text{prae.v.audit.anz.eh} / \text{prae.v.anz.hfk}$) ≥ 1)		
UND			
(($\text{prae.v.audit.anz.zh} / \text{prae.v.anz.hfk}$) ≥ 1)			
Nenner			
Krankenhausstandorte mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit			
	anz.pflege.zvk	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
	prae.v.schul.doku	Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?	0 = nein 1 = ja
	prae.v.schul.anz	prae.v.schul.doku = 1 Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)

		zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	
	praev. anz.hfk	praev.schul.anz > 0 Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte	----- Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)
	praev. audit.dgf	praev.anz.hfk > 0 Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	0 = nein 1 = ja
	praev. audit.anz .eh	praev.audit.dgf = 1 Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	----- Anzahl der Audits (dreistellig)
	praev. audit.anz .zh	praev.audit.dgf = 1 Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	----- Anzahl der Audits (dreistellig)

Literatur

- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] ([kein Datum]-a): Central Venous Catheter: Observation. [Atlanta, US-GA]: CDC. URL: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/QUOTS/Central-Venous-Catheter-Observation-P.pdf> (abgerufen am: 02.06.2021).
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] ([kein Datum]-b): Checklist for Prevention of Central Line Associated Blood Stream Infections. Atlanta, US-GA: CDC. URL: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi/checklist-for-CLABSI.pdf> (abgerufen am: 02.07.2021).
- Hagel, S; Ludewig, K; Pletz, MW; Frosinski, J; Moeser, A; Wolkewitz, M; et al. (2019): Effectiveness of a hospital-wide infection control programme on the incidence of healthcare-associated infections and associated severe sepsis and septic shock: a prospective interventional study. *Clinical Microbiology and Infection* 25(4): 462-468. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.07.010.
- KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2017): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 60(2): 171-206. DOI: 10.1007/s00103-016-2487-4.
- Salm, F; Schwab, F; Behnke, M; Brunkhorst, FM; Scherag, A; Geffers, C; et al. (2018): Nudge to better care – blood cultures and catheter-related bloodstream infections in Germany at two points in time (2006, 2015). *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 7:141. DOI: 10.1186/s13756-018-0432-z.

1.2.2 Qualitätsindikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“

Bezeichnung	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandort mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams
Nenner	Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>Zur initialen Therapie wird bei Patientinnen und Patienten mit Sepsis oder septischem Schock, mit Ausnahme der neutropenischen Sepsis und der Bakteriämie (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018), eine empirische Breitspektrumtherapie mit einem Antibiotikum oder mehreren Antibiotika zur Erfassung aller wesentlichen Bakterien empfohlen (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Gleichfalls wird jedoch empfohlen, diese initiale Kombinationstherapie bei klinischer Verbesserung der Patientin bzw. des Patienten oder aufgrund eines Erregernachweises antibiogrammgerecht und auf eine Monotherapie umzustellen (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018). Die Orientierung am klinischen Ansprechen auf die Therapie wird auch bei Patientinnen und Patienten mit Meningokokken-Sepsis oder neutropenischer Sepsis hervorgehoben (NCC-C 2020, McGill et al. 2016). Um eine optimal angepasste Therapie an die Patientin bzw. den Patienten zu ermöglichen, sollte die antiinfektive Therapie täglich evaluiert werden (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018). Insgesamt beschreiben die einbezogenen Leitlinien zwar Therapieprinzipien für die Anwendung von Antiinfektiva bei Sepsis, es wird jedoch auch deutlich, dass diese übergeordnet bleiben und die Auswahl der optimalen Medikation individualisiert erfolgen sollte. Nur so können beispielsweise bestimmte Erregerformen wie Meningokokken-Sepsis (McGill et al. 2016, NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018) oder spezifische Immundefekte, wie im Rahmen der neutropenischen Sepsis (NCC-C 2020), berücksichtigt werden. Auch bei der Dosierung empfehlen Brunkhorst et al. (2018) sowie Rhodes et al. (2017) eine Orientierung an pharmakokinetischen/pharmakodynamischen Prinzipien und spezifischen Medikamenteneigenschaften zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis.</p> <p>Zur Berücksichtigung aller dieser Faktoren sollte jedes Krankenhaus als Orientierung interne Empfehlungen vorhalten und diese durch ein ABS-Programm mit entsprechenden Spezialistinnen und Spezialisten der Infektiologie und Mikrobiologie (McGill et al. 2016, bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020]) ergänzen. So kann zusätzlich sichergestellt werden, dass eine</p>

rationale, an die lokalen Gegebenheiten angepasste Antibiotika-Anwendung erfolgt (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018, Brunkhorst et al. 2018).

Die Inhalte der lokalen Leitlinie zur antiinfektiven Therapie sowie die Ausgestaltung des ABS-Teams und quantitative Ausprägung der ABS-Visiten wurde in Anlehnung an die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (de With et al. 2018) definiert.

Rechtliche Grundlage

Zusätzlich ist in Deutschland die Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen einschließlich der Rückkoppelung an die betroffenen Organisationseinheiten im Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 23 Abs. 4 gesetzlich verankert.

Richtlinie

Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)³ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ausschlüsse für das Vorhalten eines ABS-Teams wurden entlang des Positionspapiers „Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivaverordnung in Krankenhäusern“ der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut (RKI) (Abele-Horn et al. 2020) definiert.

Literatur

Die Ergebnisse einer multivariaten Analyse im Rahmen einer quantitativen, prospektiven beobachtenden Prä-Post-Kohortenstudie von Scheer et al. (2017) zeigten, dass einer der Faktoren für eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit bei Patientinnen und Patienten mit Sepsis die adäquate und überlegte Antibiotikatherapie darstellt (hazard ratio, 0,53–0,75; $p < 0,001$). Morr et al. (2017) fanden jedoch im Rahmen einer quantitativen, retrospektiven Sekundärdatenanalyse für die Notaufnahme eines großen deutschen Krankenhauses keine Defizite in der antibiotischen Versorgung zwischen Patientinnen und Patienten ohne systemische inflammatorische Response-Syndrom (SIRS)-Kriterien und solchen mit Sepsis. Vielmehr wurde die Therapie bei über 95 % der Patientinnen und Patienten mit Sepsis bzw. schwerer Sepsis als adäquat durch das bewertende Studienteam klassifiziert. Den Ergebnissen von Matthaues-Kraemer et al. (2016) zufolge wurde vonseiten der Fokusgruppen übergeordnet beschrieben, dass in vielen Bereichen Defizite mit Auswirkungen auch auf die antibiotische Therapie bestehen und als Lösungsansätze Checkliste oder Standardvorgehensweisen (SOP) sinnvoll seien (Matthaues-Kraemer et al. 2016). Eine krankenhauserinterne Leitlinie zur Steuerung der antiinfektiven Therapie bei Sepsis kann Teil eines solchen übergeordneten standardisierten Prozesses wie beispielweise einer SOP sein. Diallo et al. (2018) zeigen in einer explorativen, fragebogengestützten Querschnitterhebung von Infektionsspezialistinnen und Infektionsspezialisten auf, dass 73 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland in einem ABS-Team sind. Diese Ergebnisse sind jedoch dahingehend sehr vorsichtig zu bewerten, da die Teilnahme an der Erhebung freiwillig war und nur solche Personen eingeschlossen hat, die bereits als

³Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3135/DeQS-RL_2022-12-15_iK-2023-01-01_AT-10-03-2023-B3.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

	<p>Infektionsspezialistinnen und Infektionsspezialisten in einem Krankenhaus arbeiten (Diallo et al. 2018). In den Fokusgruppen mit Gesundheitsprofessionen, die im Rahmen der Konzeptstudie durchgeführt wurden, wurde angedeutet, dass ein vorsichtigerer Umgang mit „kritischen“ Antibiotika vonnöten sei (IQTIG 2019).</p>
verantwortlich für Indikatoreergebnis	stationäre Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweise</u></p> <p>tll.abs.ausw.zuinf, tll.abs.ausw.fain, tll.abs.ausw.fbabs, tll.abs.ausw.apoinf, tll.abs.ausw.apoabs, tll.abs.ausw.famik, tll.abs.ausw.ahyg, tll.abs.ausw.and</p> <p>Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) UND ▪ (Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker) UND ▪ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie UND ▪ verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene <p>Notwendige Qualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 300 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, können alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 299 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, müssen die entsprechenden Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden.</p>

Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.

tll.bett.anz.staü

Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutskennzeichen gemäß des letzten Berichts zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, die auf das Antibiotic Stewardship (ABS)-Team zugreifen.

tll.abs.vk.zuinf, tll.abs.vk.fain, tll.abs.vk.fbabs

Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der Antibiotic Stewardship (ABS)-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:

Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)
< 300	keine VK notwendig
300-599	0,5
600-899	1,0
900-1199	1,5
1200-1499	2,0
1500-1799	2,5
1800-2099	3,0
Je 300 Betten zusätzlich 0,5 Vollkräfte	

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)

Bei einer personenbezogenen Erfüllung mehrerer Qualifikationen sind die VK nur für eine der Berufsgruppen anzugeben. Eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen ist zulässig.

tll.ii.vlg

Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.

Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen internen Sepsis-Leitlinie geregelt ist, sondern als ausgewiesenes Kapitel zum Thema Sepsis in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.

Die Leitlinie muss auf allen Fachabteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) Gültigkeit besitzen:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlentherapie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

tl.ii.pg.abs

Eine federführende Beteiligung an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen ist gegeben, wenn alle Professionen des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen haben. Die Teilnahme an den Treffen muss dokumentiert werden.

Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.

tll.ll.pg.anw

Eine Beteiligung im Sinne dieses Datenfeldes ist gegeben, wenn mindestens ein Arzt oder einer Ärztin jener Fachabteilungen, auf denen die interne Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Gültigkeit besitzt, an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen hat oder anhand eines schriftlichen Umlaufverfahrens einbezogen worden ist. Die Teilnahme an den Treffen oder die Beteiligung am Umlaufverfahren muss dokumentiert werden.

Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.

tll.visit.dgfDefinition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite

ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.

Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.

Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei der das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.

Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.

Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.

Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:

- Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie
ODER
- Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie
ODER
- ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt

Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.

Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS **fellow**-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.

tll.visit.anzDefinition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite

ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl,

Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.

Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.

Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei der das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.

Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.

Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS)/ Intermediate Care Station (IMC)/Stroke Unit visitiert werden.

Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten
< 300	25
300-599	50
600-899	100
900-1199	150
1200-1499	200
1500-1799	250
1800-2099	300
Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten	

Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:

- Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie
ODER
- Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie
ODER
- ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt)

Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.

Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS **fellow**-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.

	<p>tll.visit.doku</p> <p>Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei der das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	<p>= 100 %</p> <p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die nicht im gesamten Erfassungsjahr ein ABS-Programm gemäß Anforderungen des Qualitätsindikators vorliegen hatten.</p>
potenzielle Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	<p>Zähler</p> <p>WENN (tll.bett.anz.stab \leq 299 ODER tll.bett.anz.staü \leq 299): tll.visit.anz \geq 25 UND tll.visit.doku = 1);</p> <p>WENN (299 < tll.bett.anz.stab < 600 ODER 299 < tll.bett.anz.staü < 600): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) \geq 0,5) UND (tll.visit.anz \geq 50 UND tll.visit.doku=1);</p> <p>WENN (599 < tll.bett.anz.stab < 900 ODER 599 < tll.bett.anz.staü < 900): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) \geq 1,0) UND (tll.visit.anz \geq 100 UND tll.visit.doku=1);</p> <p>WENN (899 < tll.bett.anz.stab < 1200 ODER 899 < tll.bett.anz.staü < 1200): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) \geq 1,5) UND (tll.visit.anz \geq 150 UND tll.visit.doku=1);</p> <p>WENN (1199 < tll.bett.anz.stab < 1500 ODER 1199 < tll.bett.anz.staü < 1500): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) \geq 2,0) UND (tll.visit.anz \geq 200 UND tll.visit.doku=1);</p> <p>WENN (1499 < tll.bett.anz.stab < 1800 ODER 1499 < tll.bett.anz.staü < 1800): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) \geq 2,5) UND (tll.visit.anz \geq 250 UND tll.visit.doku=1);</p>

<p>WENN (1799 < tll.bett.anz.stab < 2100 ODER 1799 < tll.bett.anz.staü < 2100): ((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) ≥ 3,0) UND (tll.visit.anz ≥ 300 UND tll.visit.doku=1);</p> <p>WENN (tll.bett.anz.stab ≥ 2100 ODER tll.bett.anz.staü ≥ 2100) je 300 Betten (tll.bett.anz.stab ODER tll.bett.anz.staü):((tll.abs.vk.zuinf + tll.abs.vk.fain + tll.abs.vk.fbabs) +0,5) UND (tll.visit.anz + 50 UND tll.visit.doku=1)</p> <p>Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle Krankenhäuser mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit 		
tll.abs.vlg	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	0 = nein 1 = ja
tll.abs.ausw.zuinf	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
tll.abs.ausw.fain	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
tll.abs.ausw.fbabs	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
tll.abs.ausw.apoinf	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja

	tll.abs. ausw.a poabs	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
	tll.abs. ausw.f amik	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
	tll.abs. ausw.a hyg	tll.abs.vlg= 1 Die Berufsgruppe „verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja
	tll.abs. ausw.a nd	tll.abs.vlg= 1 Im Antibiotic-Stewardship-Team sind andere Berufsgruppen vertreten	1 = ja
	tll.abs. vlg.sta	(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1 Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?	0 = nein 1 = ja
	tll.bett. anz.sta b	tll.abs.vlg.sta = 0 Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der	---- Betten (vierstellig)

		Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	
	tll.bett.anz.staü	tll.abs.vlg.sta = 1 Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?	----- Betten (vierstellig)
	tll.abs.vk.zuinf	((tll.bett.anz.stab > 299 ODER tll.bett.anz.staü > 299) UND (tll.abs.ausw.zuinf =1)) Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)
	tll.abs.vk.fain	((tll.bett.anz > 299 ODER tll.bett.anz.staü > 299) UND (tll.abs.ausw.fain =1)) Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)
	tll.abs.vk.fbabs	((tll.bett.anz > 299 ODER tll.bett.anz.staü > 299) UND (tll.abs.ausw.fbabs =1)) Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)

		oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	
tll.abs. go.bg	(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1 Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?	0 = nein 1 = ja	
tll.ii.vlg	tll.abs.go.bg = 1 Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	0 = nein 1 = ja	
tll.ii.pg .abs	tll.ii.vlg = 1 War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?	0 = nein 1 = ja	
tll.ii.pg .anw	tll.ii.pg.abs = 1 Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?	0 = nein 1 = ja	

	tll.ll.td	tll.ll.pg.abs = 1 UND tll.ll.pg.anw = 1 Enthielten die internen Leitlinien-zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	0 = nein 1 = ja
	tll.ll.zg	tll.ll.td = 1 Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	0 = nein 1 = ja
	tll.vi-sit.dgf	tll.ll.zg = 1 Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
	tll.vi-sit.anz	tll.visit.dgf = 1 Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.	---- Visiten (vierstellig)
	tll.vi-sit.dok u	tll.visit.anz > 0 Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

Literatur

Abele-Horn, M; de With, K; Seifert, J; Eckmanns, T; Schmidt, N; Fellhauer, M; et al. (2020):
Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen

Antinfektivverordnung in Krankenhäusern. Positionspapier der Kommission Antinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut mit Beratung durch Fachgesellschaften. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63(6): 749-760. DOI: 10.1007/s00103-020-03152-5.

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

de With, K; Wilke, K; Kern, WV; Strauß, R; Kramme, E; Friedrichs, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 092-001. S3-Leitlinie: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus [*Langfassung*]. Update 2018. Erstveröffentlichung: Dezember 2013, Überarbeitung: Januar 2019. Köln [u. a.]: DGI [Deutsche Gesellschaft für Infektiologie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2020-02.pdf (abgerufen am: 04.06.2021).

Diallo, K; Kern, WV; de With, K; Luc, A; Thilly, N; Pulcini, C (2018): Management of bloodstream infections by infection specialists in France and Germany: a cross-sectional survey. *Infection* 46(3): 333-339. DOI: 10.1007/s15010-018-1122-8.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2020).

KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y.

Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to

the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care* 36: 85–91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

Morr, M; Lukasz, A; Rübige, E; Pavenstädt, H; Kümpers, P (2017): Sepsis recognition in the emergency department – impact on quality of care and outcome? *BMC: Emergency Medicine* 17:11. DOI: 10.1186/s12873-017-0122-9.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

Scheer, CS; Fuchs, C; Kuhn, S-O; Vollmer, M; Rehberg, S; Friesecke, S; et al. (2017): Quality Improvement Initiative for Severe Sepsis and Septic Shock Reduces 90-Day Mortality: A 7.5-Year Observational Study. *Critical Care Medicine* 45(2): 241–252. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002069.

1.2.3 Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“

Bezeichnung	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandort, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt
Nenner	Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>In zahlreichen Empfehlungen der ausländischen Leitlinien des NGC (2019 [2020]) und der bpac^{NZ}/NICE (2018) werden konkrete Prozessabläufe definiert, die bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Infektion oder Sepsis sowie diagnostizierter Sepsis empfohlen werden. Die nachfolgenden Prozessbestandteile des Qualitätsindikators wurden anhand der Leitlinien der NGC (2019 [2020]), bpac^{NZ}/NICE (2018), Brunkhorst et al. (2018), Rhodes et al. (2017), McGill et al. (2016), NCC-C (2020) und der SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020) definiert.</p> <p><u>Risikoeinschätzung für eine Sepsis</u></p> <p>Grundlage für alle weiteren Prozessbestandteile der Diagnostik und Therapie ist die initiale Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten, bei der bzw. bei dem ein Verdacht auf eine Infektion vorliegt oder ob bereits Anzeichen für einen Verdacht auf Sepsis erkennbar sind. In dieser Ersteinschätzung sollen insbesondere klinische Anzeichen für eine Sepsis, wie z. B. neu auftretende Anomalien des Verhaltens, des Kreislaufs oder der Atmung, mögliche Quellen einer Infektion sowie die Abfrage von Risikofaktoren für eine Sepsiserkrankung Berücksichtigung finden (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).</p> <p><u>Diagnostik – Anamnese</u></p> <p>Im Rahmen der Diagnostik gilt es, gemäß Leitlinien unter anderem auf neu aufgetretene Verhaltensveränderungen, mentale Veränderungen, eine akute Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten, eine vorhandene Immunsuppression, Häufigkeit der Urinausscheidung in den letzten 18 Stunden und auf Traumata, vorausgegangene Operationen oder invasive Eingriffe in den letzten 6 Wochen zu achten bzw. diese zu erfragen. Diese Faktoren können ein erhöhtes Risiko für die Schwere der Erkrankung anzeigen (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Bei der Diagnostik einer Sepsis ist unter anderem auch das klinische Erscheinungsbild von Relevanz (NCC-C 2020, bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020]). Dies kann bereits in der Anamnese begutachtet werden und sich in einer Veränderung der Gesichtsfarbe hin zu fahl oder bläulich, Verletzungen der Haut oder auch bläulichen Lippen zeigen (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).</p>

Diagnostik – Erhebung der Vitalparameter

Zu den Vitalparametern, die gemäß Leitlinienempfehlungen in der Diagnostik einer Sepsis notwendig, regelhaft und wiederholt zu erheben sind, gehören die Herzfrequenz, der Blutdruck, die Sauerstoffsättigung, der Bewusstseinszustand der Patientinnen und Patienten, die Atemfrequenz sowie die Körpertemperatur (Brunkhorst et al. 2018, NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Außerdem sind einzelne auffällige Vitalparameter wie die Körpertemperatur, der Blutdruck oder die Herzfrequenz allein nicht ausreichend für die Diagnosestellung einer Sepsis, sondern sollten im Zusammenhang und in die Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten, z. B. zum Zustand nach einer Operation, eingeordnet werden (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).

Diagnostik – Fokusedifizierung

Im Rahmen der standardisierten Prozessabläufe sollte laut Leitlinien Teil der Diagnostik auch die Fokusedifizierung sein (Brunkhorst et al. 2018, Rhodes et al. 2017, bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020]). Durch die schnelle und gezielte Suche nach einem sanierbaren Fokus soll ggf. eine operative bzw. interventionelle Fokusedifizierung so zeitnah wie möglich erfolgen (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018). Verstärkte Rötung, Nässen oder Ausfluss an einer Operationsstelle sowie Aufbrechen einer Wunde können unter anderem Anzeichen für eine mögliche Infektion sein (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Weiterhin wird in den Leitlinien im Rahmen der Fokusedifizierung auch auf die intravaskulären Zugänge als möglichen Ausgangspunkt für eine Sepsis oder septischen Schock hingewiesen (Rhodes et al. 2017, Brunkhorst et al. 2018).

Diagnostik – Labordiagnostik

Im Rahmen des Prozesses der Diagnosestellung einer Sepsis empfehlen ausländische Leitlinien konkret zu untersuchende Laborparameter (NGC 2019 [2020], McGill et al. 2016, bpac^{NZ}/NICE 2018). Diese sind ein großes Blutbild, eine venöse Blutgasanalyse inklusive Glukose und Laktat sowie C-reaktives Protein, Harnstoff, Elektrolyte, Kreatinin und der Gerinnungsstatus. Im Falle des Verdachts auf eine Meningokokken-Sepsis empfehlen McGill et al. (2016) außerdem die Durchführung eines Leberfunktionstests.

Diagnostik – Abnahme von Probematerialien / Mikrobiologie

Im Rahmen des Prozesses der Diagnosestellung einer Sepsis empfehlen Leitlinien, dass regelhaft geeignete Materialien für die mikrobiologische Diagnostik (einschließlich Blutkulturen) vor Beginn der antimikrobiellen Therapie entnommen werden (Brunkhorst et al. 2018, Rhodes et al. 2017), da es sonst aufgrund der Gabe des antimikrobiellen Wirkstoffs zu einer Inaktivierung von Mikroorganismen kommt (Brunkhorst et al. 2018). Der Prozess sollte so ausgestaltet sein, dass es zu keiner wesentlichen Verzögerung in Bezug auf den Beginn der antimikrobiellen Therapie kommt (Brunkhorst et al. 2018, Rhodes et al. 2017). Geeignete Materialien für die mikrobiologische Diagnostik sollen aus allen Lokalisationen abgenommen werden, die als potenzieller Fokus infrage kommen, z. B. Blutkulturen, Liquor, Urin, Wund- und Atemwegssekrete und andere Körperflüssigkeiten (Brunkhorst et al. 2018).

Therapie – Beginn der antiinfektiven Therapie

Zu Beginn der Therapie empfiehlt es sich, nach der Diagnosestellung der Sepsis mit einer intravenösen antiinfektiven Therapie zu beginnen. Dies sollte

	<p>idealerweise innerhalb einer Stunde geschehen (Brunkhorst et al. 2018, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).</p> <p><u>Therapie – Initiale hämodynamische Stabilisierung (Volumentherapie)</u></p> <p>Im Rahmen des Prozesses der Therapie wird in Leitlinien eine möglichst frühzeitige Einleitung der Volumentherapie zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten mit bestimmten Indikationen empfohlen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020]). bpac^{NZ}/NICE (2018) und NGC (2019 [2020]) empfehlen stationär bei einem Verdacht auf eine Sepsis und dem Vorliegen von Risikofaktoren die Gabe von Volumen innerhalb einer Stunde. Rhodes et al. (2017) und Brunkhorst et al. (2018) nennen hingegen ein Zeitfenster von maximal drei Stunden, in dem die Einleitung der Volumentherapie erfolgen sollte.</p> <p><u>Nachsorge – Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung</u></p> <p>Im Rahmen der Nachsorge liegen Empfehlungen für alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis vor, die Diagnose der Sepsis für die nachsorgenden Leistungserbringer explizit und prominent in den Entlassdokumenten zu dokumentieren (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018).</p> <p><u>Einbezug von Konsilen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit</u></p> <p>Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die nahtlos und ohne Zeitverluste erfolgen sollte, wird unter anderem als notwendig beschrieben, um je nach Infektionsherd oder Patientenkollektiv entsprechende Fachexpertinnen und Fachexperten in die Behandlung einzubeziehen, beispielsweise im Rahmen eines Konsils (bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020]). Hierbei betonen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020], NCC-C 2020) explizit auch die Notwendigkeit der Einbeziehung von klinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten im Kontext des Erkrankungsbildes.</p> <p>Literatur</p> <p>In der qualitativen Untersuchung von Matthaues-Kraemer et al. (2016) sieht das Personal von Notaufnahmen/Rettungsstellen, Normalstationen, Intermediate-Care- und Intensivstationen Schwierigkeiten in den Prozessen sowie bei der interdisziplinären Zusammenarbeit für die Früherkennung und das zeitnahe Management der Sepsis. Als ein Lösungsansatz hierfür wurde das Einführen von Standardvorgehensweisen (<i>Standard Operating Procedure</i>, SOP) für die Behandlung von Sepsis genannt (Matthaues-Kraemer et al. 2016). Solche SOP sind nach einer Online-Befragung von 76 deutschen Universitätskliniken laut Keppler et al. (2018) in 76,7 % der teilnehmenden Intensivstationen vorhanden, wovon 55 % auf der Sepsis-3-Definition beruhen. In den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Pflegefachkräften sowie Ärztinnen und Ärzten betonten die Fokusgruppenteilnehmenden, dass die Prozessabläufe in der Notaufnahme/Rettungsstelle nicht optimiert seien und es daher zu Zeitverlusten komme. Auch fehle es laut Fokusgruppen an Standards, die eine schnelle Zusammenführung der Fachabteilungen in der Therapie der Patientinnen und Patienten gewährleisten (IQTIG 2019).</p>
verantwortlich für Indikatoregebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer

Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweis</u></p> <p>sop.vlg</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüssel, gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlentherapie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.</p> <p>sop.anti.zeit</p> <p>Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.</p>

	<p>sop.info</p> <p>Hierfür kann das Informationsblatt „Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis“ von der Sepsis-Stiftung genutzt werden.</p> <p>Sepsis Stiftung ([2022]): Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. [Berlin]: Sepsis Stiftung. URL: https://sepsis-stiftung.de/app/uploads/2022/05/220509_Kurzinformation_Entlassung_Online.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).</p>	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	<p>= 100 %</p> <p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die nicht im gesamten Erfassungsjahr eine SOP gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators vorlegen können.</p>	
potenzielle Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
	<p>Zähler</p> <p>(sop.info = 1)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Krankenhäuser mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit</p>	
	sop.vlg	<p>Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
	sop.zg	<p>sop.vlg = 1</p> <p>Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
	sop.risiko	<p>sop.zg = 1</p> <p>War in der Arbeitsanweisung die Risiko einschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
	sop.anam	<p>sop.risiko = 1</p> <p>War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

sop.vital	sop.anam = 1 War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
sop.fokus	sop.vital = 1 War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
sop.konsil	sop.fokus = 1 Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?	0 = nein 1 = ja
sop.labor	sop.konsil = 1 Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
sop.mikro	sop.labor = 1 War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probenmaterialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja
sop.anti.vlg	sop.mikro = 1 War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	0 = nein 1 = ja
sop.anti.zeit	sop.anti.vlg= 1 Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt? Angabe in Minuten	--- Minuten (dreistellig)
sop.volumen	sop.anti.zeit < 61 War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja

	sop.info	sop.volumen = 1 War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	0 = nein 1 = ja
--	----------	---	--------------------

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2020).
- Keppler, U; Schmoch, T; Siegler, BH; Weigand, MA; Uhle, F (2018): Implementation of the Sepsis-3 definition in German university intensive care units. A Survey. *Der Anaesthesist* 67(9): 647-653. DOI: 10.1007/s00101-018-0465-y.
- Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care* 36: 85-91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Sepsis Stiftung ([2022]): Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. [Berlin]: Sepsis Stiftung. URL: https://sepsis-stiftung.de/app/uploads/2022/05/220509_Kurzinformation_Entlassung_Online.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).

1.2.4 Qualitätsindikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“

Bezeichnung	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
Qualitätsziel	Jährliche Schulungen des medizinischen Personals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben
Nenner	Anzahl der Vollkräfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Leitlinien</p> <p>Die ausländischen Leitlinien NGC (2019 [2020]) bpac^{NZ}/NICE (2018) weisen auf die Notwendigkeit von Schulungen zur Wissensvermittlung im Erkennen von Risikogruppen hin, die gefährdet sind, eine Sepsis zu entwickeln sowie zur Behandlung dieser. Leistungserbringer, die an der Triagierung und dem Frühmanagement von Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Rahmen der Notfallversorgung beteiligt sind, sollten in Schulungen trainiert werden, die Risikoeinstufung vorzunehmen und entsprechende Behandlungspfade ihres Krankenhauses zur Eskalation im Fall einer Sepsis zu verwenden. Hierzu gehört auch die Kenntnis über die notwendig einzuleitenden Therapiemaßnahmen (NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Das Bewusstsein für und die Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf die Entwicklung einer Sepsis hinweisen können, sind für die an der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligten Leistungserbringer wichtig, um frühzeitig reagieren zu können. Als zu vermittelnde Schulungsinhalte können somit aus den Empfehlungen der Leitlinien die Kenntnis von allgemeinen Symptomen für ein erhöhtes Risiko einer Sepsis, das Wissen von gefährdeten Patienten-Gruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen und damit auch eine Sepsis haben sowie deren Symptome, herausgearbeitet werden (SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, NGC 2019 [2020], bpac^{NZ}/NICE 2018). Auf die Bedeutung von spezifischen, auf die jeweilige Patientengruppen zugeschnittenen Schulungen wird auch in den Leitlinien zur Meningokokken-Sepsis, neutropenischer Sepsis sowie Sepsis bei Schwangeren hingewiesen (McGill et al. 2016, NCC-C 2020, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020).</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in Anlehnung an NGC (2019 [2020]), bpac^{NZ}/NICE (2018), SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020), NCC-C (2020) sowie McGill et al. (2016) definiert.</p>

	<p>Richtlinie</p> <p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)⁴ des Gemeinsamen Bundesausschusses.</p> <p>Literatur</p> <p>Morr et al. (2017) zeigte in der Studie, dass bei nur 41 % der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Sepsis auch der Begriff „Sepsis“ verwendet wurde. In der Studie von Scheer et al. (2017) wurden im Rahmen einer Qualitätsverbesserungsinitiative auf den Intensivstationen eines deutschen Universitätskrankenhauses regelmäßige Schulungen als Bestandteil von Maßnahmenbündel bei pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitenden durchgeführt. Geschult wurde unter anderem zu Themen wie Diagnostik und Therapie von Sepsis. Es konnte gezeigt werden, dass sich die 90-Tage-Mortalität von 64,2 % in den Jahren 2006/2007 auf 45,0 % in den Jahren 2012/2013 vermindert hatte.</p> <p>In der qualitativen Untersuchung von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) nannten vier von fünf Fokusgruppen u. a. ein zusätzliches Training sowie Fortbildungen für Pflegekräfte und ärztliches Personal als mögliche Lösungsansätze für das Problem der fehlenden Kenntnisse zur Früherkennung und Therapie der Sepsis.</p> <p>Auch die durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten stellen die Bedeutung und gleichzeitig auch das Defizit einer Nicht-Erkennung oder unzureichenden Interpretation von Symptomen und deren Einordnung in die Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten, gerade durch unerfahrenes Personal, heraus (IQTIG 2019).</p>
verantwortlich für Indikatorenergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	<p><u>Ausfüllhinweise</u></p> <p>ert.anz.aerzte</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

⁴Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3135/DeQS-RL_2022-12-15_iK-2023-01-01_AT-10-03-2023-B3.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

anz.pflege.sep

Zu zählendes Personal:

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder

- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

anz.pflege.zu

Zu zählendes Personal

Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK)
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK
- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüssel (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie

- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

ert.doku

Anforderung an Schulungen

Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:

- Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können
- Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen
- Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen
- Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)
- spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)

Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.

Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.

Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden. Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.

Zu zählendes Personal:

Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlentherapie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und

	<p>Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften ▪ Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften ▪ Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften ▪ Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften ▪ Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
--	--

- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlenheilkunde
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3756 Suchtmedizin

ert.anz

Anforderung an Schulungen

Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:

- Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können
- Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen
- Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen

- Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)
- spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)

Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.

Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.

Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden.

Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.

Zu zählendes Personal:

Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1000 Pädiatrie
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1100 Kinderkardiologie
- 1200 Neonatologie
- 1300 Kinderchirurgie
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 2700 Augenheilkunde
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 Nuklearmedizin
- 3300 Strahlentherapie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3700 Sonstige Fachabteilung

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK ▪ Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK ▪ Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK ▪ Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften ▪ Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlentherapie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Mindestens 80 % des angegebenen ärztlichen sowie des Pflegepersonals müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von</p>
--	--

	Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der VK derselben.		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	<p>≥ 80 %</p> <p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 80 % ihres medizinischen Personals gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult haben (die Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der Vollkräfte derselben).</p>		
potenzielle Risikofaktoren	entfallen		
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	Zähler		
	ert.anz		
	Nenner		
	(ert.anz.aerzte + anz.pflege.sep + anz.pflege.zu)		
	ert.a anz.ae rzte	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	---- Ärztinnen und Ärzte (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
anz.p flege. sep	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	
anz.p flege. zu	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	---- weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	
ert.d oku	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres	0 = nein 1 = ja	

		an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	
	ert.a nz	ert.doku = 1 Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2020).
- Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. *Journal of Critical Care* 36: 85-91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- Morr, M; Lukasz, A; Rübig, E; Pavenstädt, H; Kümpers, P (2017): Sepsis recognition in the emergency department – impact on quality of care and outcome? *BMC: Emergency Medicine* 17:11. DOI: 10.1186/s12873-017-0122-9.
- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Scheer, CS; Fuchs, C; Kuhn, S-O; Vollmer, M; Rehberg, S; Friesecke, S; et al. (2017): Quality Improvement Initiative for Severe Sepsis and Septic Shock Reduces 90-Day Mortality: A 7.5-Year Observational Study. *Critical Care Medicine* 45(2): 241-252. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002069.

1.3 Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren

Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene

Fälle, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der folgenden Fachabteilungen behandelt worden sind oder bei denen eine Kodierung einer der folgenden OPS vorliegt sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Tabelle 6: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie

Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 7: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktuellen Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

1.3.1 Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung oder im Krankenhaus eine Verschlechterung des Pflegegrads oder einen neuen Pflegegrad erhalten haben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 60 Tagen nach dem stationären Aufenthalt oder innerhalb des stationären Aufenthaltes eine Verschlechterung des Pflegegrads oder einen neuen Pflegegrad erhalten haben
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten mit palliativer Behandlung innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung
Rationale	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Eine Pflegebedürftigkeit nach einer Sepsis gemäß Beauftragung hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientinnen und Patienten.</p> <p>Die Abbildung der Pflegebedürftigkeit erfolgt entlang der nach § 14 und § 15 SGB XI beschriebenen Definition der Pflegebedürftigkeit über die Erfassung des Pflegegrads. Hierbei werden neue oder sich verschlechternde Pflegegrade bis zu 60 Tage nach Entlassung oder während des stationären Aufenthalts, berücksichtigt.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NGC 2019 [2020], McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p>

	<p>Sozialdaten⁵</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass 7,0 % der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit des Verfahrens innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung oder im Krankenhaus einen neuen Pflegegrad und 5,3 % einen höheren Pflegegrad als vor Aufnahme entwickelt haben. Von insgesamt 167.989 Patientinnen und Patienten mit Sepsis haben demnach 20.693 Patientinnen und Patienten (12,3 %) innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung oder im Krankenhaus einen neuen Pflegegrad oder einen höheren Pflegegrad als vor Aufnahme entwickelt.</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	<p>Risikoadjustierung erforderlich</p> <p>Definition neuer Pflegegrad</p> <p>Ein neuer Pflegegrad gemäß diesem Qualitätsindikator wird dann angenommen, wenn 30 Tage vor stationärer Aufnahme kein Pflegegrad dokumentiert war.</p> <p>Definition Verschlechterung im Pflegegrad</p> <p>Eine Verschlechterung des Pflegegrads gemäß diesem Qualitätsindikator wird dann angenommen, wenn nach dem stationären Aufenthalt ein höherer Pflegegrad dokumentiert war als 30 Tage vor Aufnahme.</p>
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis aus der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von Fällen mit Pflegebedürftigkeit nach Sepsis $\leq 2,0$
potenzielle Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Vorbestehender Pflegegrad (1–4) ▪ Barthel-Index ▪ Erweiterter Barthel-Index ▪ Frührehabilitations-Barthel-Index ▪ Elixhauser-Comorbidity-Index ▪ Charlson-Comorbidity-Index ▪ Zeitlicher Bezug einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme ▪ Zuverlegung aus einem anderen Krankenhaus (Banta et al, 2012)
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

⁵ Im vorliegenden Ergebnis ist der Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Aufnahme in ein Hospiz innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung nicht berücksichtigt worden.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Soziale Pflegeversicherung (§ 105 SGB XI)</i> Pflegegrad (ODER-Verknüpfungen): <u>Pflegegrad 1:</u> geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, <u>Pflegegrad 2:</u> erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, <u>Pflegegrad 3:</u> schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, <u>Pflegegrad 4:</u> schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, <u>Pflegegrad 5:</u> schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung</p> <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Grundgesamtheit des QS-Verfahren, außer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> <i>UND</i> <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</i> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> ▪ Patientinnen und Patienten mit palliativer Behandlung innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten mit Behandlung auf Fachabteilung <i>Palliativmedizin (3752) (Schlüssel 6)</i> innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung

	<p>ODER</p> <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Z51.5 Palliativbehandlung <p>ODER</p> <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Prozedur (gemäß aktueller OPS-Version), die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
--	--

Literatur

- Banta, JE; Joshi, KP; Beeson, L; Nguyen, HB (2012): Patient and hospital characteristics associated with inpatient severe sepsis mortality in California, 2005–2010. *Critical Care Medicine* 40(11): 2960–2966. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31825bc92f.
- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*].

Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

2 Kennzahlen

Übersicht

Qualitätsaspekt	Kennzahl ⁶
Sozialdatenbasierte Kennzahl	
Outcomes	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

⁶ Der im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) verwendete Begriff „Zusatzparameter“ wurde in der Machbarkeitsprüfung zu „Kennzahl“ umformuliert. Mit dieser Anpassung sind jedoch keine inhaltlichen Änderungen verbunden.

2.1 Sozialdatenbasierte Kennzahlen

Übergreifende Ausschlüsse für das QS-Verfahren: Ausschlussgründe auf Fallebene

Fälle, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der folgenden Fachabteilungen behandelt worden sind oder bei denen eine Kodierung einer der folgenden OPS vorliegt, sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Tabelle 3: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin

Schlüssel	Fachabteilungen
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 4: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (gemäß aktuellen Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Entlassungsgrund
11	Entlassung in ein Hospiz

2.1.1 Kennzahl „Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Letalität⁷ nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung versterben
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Versterben innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt ist ein Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat.</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 112.725 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 32.012 Patientinnen und Patienten (28,4 %) innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstarben.</p>
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

⁷ Im Sinne der Kennzahl wird unter dem Begriff der Letalität das Versterben von Patientinnen und Patienten mit einer Sepsiserkrankung verstanden.

Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Versichertenstammdaten (§ 284 SGB V)</i> <i>Sterbedatum</i></p> <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> UND <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</i> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</i>

Literatur

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose,

Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001L_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL:

https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

2.1.2 Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus ■ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ■ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ■ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer neuen Morbidität des Atmungssystems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine langfristige Abhängigkeit vom Beatmungsgerät sowie ein akutes Atemversagen eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018).</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 105.429 Patientinnen und Patienten mit</p>

	Sepsis 10.718 Patientinnen und Patienten (10,17 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems leiden.
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnungen der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator ▫ R09.2 Atemstillstand ▫ J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] ▫ J12.- Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae ▫ J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae ▫ J15.- Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J16.- Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J17.-* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p><i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p> <p>UND</p>

	<p><i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist <i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i> Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version (ODER-Verknüpfung): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator ▫ R09.2 Atemstillstand ▫ J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] ▫ J12.- Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae ▫ J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae ▫ J15.- Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J16.- Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert ▫ J17.-* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</i>
--	--

Literatur

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Prävention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

- Guirgis, FW; Brakenridge, S; Sutchu, S; Khadpe, JD; Robinson, T; Westenbarger, R; et al. (2016): The long-term burden of severe sepsis and septic shock: Sepsis recidivism and organ dysfunction. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 81(3): 525–532. DOI: 10.1097/ta.0000000000001135.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).
- NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).
- Prescott, HC; Angus, DC (2018): Enhancing Recovery From Sepsis. A Review. *JAMA* 319(1): 62–75. DOI: 10.1001/jama.2017.17687.
- Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.
- SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eedd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

2.1.3 Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer neuen Morbidität der Niere nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine langfristige Abhängigkeit von Dialyse sowie ein akutes Nierenversagen als eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden anzusehen sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018)</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 96.183 Patientinnen und Patienten mit</p>

	Sepsis 16.208 Patientinnen und Patienten (16,85 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere leiden.
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 ▫ Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz ▫ Z49.- Dialysebehandlung ▫ N17.- Akutes Nierenversagen <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> <i>UND</i> <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahme- datum des aufnehmenden Krankenhauses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist <i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i> Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version (ODER-Verknüpfung): <ul style="list-style-type: none"> ▫ N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 ▫ Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz ▫ Z49.- Dialysebehandlung ▫ N17.- Akutes Nierenversagen ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</i>
--	---

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Guirgis, FW; Brakenridge, S; Sutchu, S; Khadpe, JD; Robinson, T; Westenbarger, R; et al. (2016): The long-term burden of severe sepsis and septic shock: Sepsis recidivism and organ dysfunction. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 81(3): 525–532. DOI: 10.1097/ta.0000000000001135.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).
- NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).
- Prescott, HC; Angus, DC (2018): Enhancing Recovery From Sepsis. A Review. *JAMA* 319(1): 62-75. DOI: 10.1001/jama.2017.17687.
- Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.
- SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).
- Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

2.1.4 Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuerlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer neuen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine Herzinsuffizienz, sowie ein Herzinfarkt eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018).</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 71.453 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 14.847 Patientinnen und Patienten (20,78 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems leiden.</p>

Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ I50.- Herzinsuffizienz ▫ I21.- Akuter Myokardinfarkt ▫ I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend ▫ I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend ▫ OPS 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen ▫ OPS 5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypasses ▫ OPS 5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypasses durch minimalinvasive Technik ▫ Gebührenordnungsposition (GOP) 34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent) <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> <i>UND</i> <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Stationär (§ 301 SGB V) Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5) ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V) Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version (ODER-Verknüpfung): <ul style="list-style-type: none"> ▫ I50.- Herzinsuffizienz ▫ I21.- Akuter Myokardinfarkt ▫ I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend ▫ I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend ▫ OPS 8-837 Perkutantransluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen ▫ OPS 5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypasses ▫ OPS 5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypasses durch minimalinvasive Technik ▫ GOP 34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent) ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ Stationär (§ 301 SGB V) Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)
--	--

Literatur

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Guideline]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

Guirgis, FW; Brakenridge, S; Sutchu, S; Khadpe, JD; Robinson, T; Westenbarger, R; et al. (2016): The long-term burden of severe sepsis and septic shock: Sepsis recidivism and organ

dysfunction. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 81(3): 525–532. DOI: 10.1097/ta.0000000000001135.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Prescott, HC; Angus, DC (2018): Enhancing Recovery From Sepsis. A Review. *JAMA* 319(1): 62–75. DOI: 10.1001/jama.2017.17687.

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100–103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

2.1.5 Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer neuen Morbidität des zentralen Nervensystems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass der Schlaganfall und die Demenz zu einen der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden gehören (Yende et al. 2014, Guirgis et al. 2016).</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 78.702 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 10.110 Patientinnen und Patienten (12,85 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems leiden.</p>

Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung erfasst werden (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ I63.- Hirninfarkt ▫ I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet ▫ I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet ▫ G45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome ▫ F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit ▫ F01.- Vaskuläre Demenz ▫ F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ▫ F03 Nicht näher bezeichnete Demenz <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> <i>UND</i> <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“

	<p>Stationär (§ 301 SGB V)</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist <p>Ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</p> <p>Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version (ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ I63.- Hirninfarkt ▫ I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet ▫ I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet ▫ G45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome ▫ F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit ▫ F01.- Vaskuläre Demenz ▫ F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ▫ F03 Nicht näher bezeichnete Demenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <p>Stationär (§ 301 SGB V)</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>
--	--

Literatur

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Prävention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

Guirgis, FW; Brakenridge, S; Sutchu, S; Khadpe, JD; Robinson, T; Westenbarger, R; et al. (2016): The long-term burden of severe sepsis and septic shock: Sepsis recidivism and organ dysfunction. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 81(3): 525-532. DOI: 10.1097/ta.0000000000001135.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

Yende, S; Linde-Zwirble, W; Mayr, F; Weissfeld, LA; Reis, S; Angus, DC (2014): Risk of Cardiovascular Events in Survivors of Severe Sepsis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 189(9): 1065-1074. DOI: 10.1164/rccm.201307-13210C.

2.1.6 Kennzahl „Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. ■ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ■ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ■ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer Posttraumatische Belastungsstörung nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis ist eine poststationäre Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten hat.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass die Posttraumatische Belastungsstörung eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis ist (Wintermann et al. 2015, Parker et al. 2015, Rattray et al. 2005, Cuthbertson et al. 2004).</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 112.116 Patientinnen und Patienten mit</p>

	Sepsis 340 Patientinnen und Patienten (0,30 %) unter einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden.
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>Ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/ § 301 SGB V)</i></p> <p>Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Sepsis erfasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung <p>Nenner</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u></p> <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p>Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p><i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p> <p><i>UND</i></p> <p><i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahme- datum des aufnehmenden Krankenhauses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <p><i>Stationär (§ 301 SGB V)</i></p> <p><i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist

	<p>Ambulant/ambulant am Krankenhaus (§ 295(a) SGB V/ § 301 SGB V)</p> <p>Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <p>Stationär (§ 301 SGB V)</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>
--	--

Literatur

- bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).
- Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Cuthbertson, BH; Hull, A; Strachan, M; Scott, J (2004): Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine* 30(3): 450-455. DOI: 10.1007/s00134-003-2004-8.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).
- McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.
- NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [*Full Guideline*]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).
- NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Full Guideline*]. Published date: July 2016. Last updated:

September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297>

(abgerufen am: 07.09.2020).

Parker, AM; Sricharoenchai, T; Raparla, S; Schneck, KW; Bienvenu, OJ; Needham, DM (2015): Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors: A Metaanalysis. *Critical Care Medicine* 43(5): 1121-1129. DOI: 10.1097/ccm.0000000000000882.

Ratray, JE; Johnston, M; Wildsmith, JA (2005): Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia* 60(11): 1085-1092. DOI: 10.1111/j.1365-2044.2005.04336.x.

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304-377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (*Public-I3-A2*). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

Wintermann, GB; Brunkhorst, FM; Petrowski, K; Strauss, B; Oehmichen, F; Pohl, M; et al. (2015): Stress Disorders Following Prolonged Critical Illness in Survivors of Severe Sepsis. *Critical Care Medicine* 43(6): 1213-1222. DOI: 10.1097/ccm.0000000000000936.

2.1.7 Kennzahl „Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Bezeichnung	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Ziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien der Kennzahl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Hintergrund	<p>Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2019). Das Auftreten einer Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten.</p> <p>In der Literatur fanden sich Hinweise, dass kognitive Beeinträchtigungen eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis sind (Semmler et al. 2013, Needham et al. 2013, Pandharipande et al. 2013, Hopkins et al. 2005, Mankowski et al. 2020).</p> <p>Leitlinien</p> <p>Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, McGill et al. 2016, Rhodes et al. 2017, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016, Brunkhorst et al. 2018, NCC-C 2020, NGC 2019 [2020]). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.</p> <p>Sozialdaten</p> <p>Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 104.866 Patientinnen und Patienten mit</p>

	Sepsis 8.437 Patientinnen und Patienten (8,05 %) unter einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit leiden.
Erhebungsinstrument	Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
Anmerkungen	keine
Berechnung der Kennzahl	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung der Kennzahl	
	<p>Zähler:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i> Diagnose (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version), die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung erfasst werden (UND/ODER-Verknüpfung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ F06.7 leichte kognitive Störung ▫ U51.1 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung ▫ U51.2 Schwere kognitive Funktionseinschränkung <p>Nenner:</p> <p><u>Sozialdaten bei den Krankenkassen</u> <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter</p> <p>Ausschlüsse für Nenner</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit gemäß QS-Filter <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i> UND <i>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahme-datum des aufnehmenden Krankenhauses</i> ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist <i>Ambulant (§ 295(a) SGB V), stationär (§ 301 SGB V)</i> Diagnose gemäß aktueller ICD-10-GM-Version (ODER-Verknüpfung): <ul style="list-style-type: none"> ▫ F06.7 leichte kognitive Störung ▫ U51.1 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung ▫ U51.2 Schwere kognitive Funktionseinschränkung ▪ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ <i>Stationär (§ 301 SGB V)</i> <i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</i>
--	--

Literatur

bpac^{NZ} [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [*Guideline*]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpac^{NZ}. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: <https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf> (abgerufen am: 27.08.2020).

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001l_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge-2020-03_01.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).

Hopkins, RO; Weaver, LK; Collingridge, D; Parkinson, RB; Chan, KJ; Orme, JF, Jr. (2005): Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 171(4): 340–347. DOI: 10.1164/rccm.200406-7630C.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 15.11.2020).

Mankowski, RT; Anton, SD; Ghita, GL; Brumback, B; Cox, MC; Mohr, AM; et al. (2020): Older Sepsis Survivors Suffer Persistent Disability Burden and Poor Long-Term Survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 68(9): 1962–1969. DOI: 10.1111/jgs.16435.

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and

meningococcal sepsis in immunocompetent adults. *Journal of Infection* 72(4): 405–438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Full Guideline]. Published date: September 2012. Surveillance review: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/evidence/full-guideline-pdf-188303581> (abgerufen am: 07.09.2020).

Needham, DM; Dinglas, VD; Morris, PE; Jackson, JC; Hough, CL; Mendez-Tellez, PA; et al. (2013): Physical and Cognitive Performance of Patients with Acute Lung Injury 1 Year after Initial Trophic Versus Full Enteral Feeding. EDEN Trial Follow-up. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 188(5): 567–576. DOI: 10.1164/rccm.201304-0651OC.

NGC [National Guideline Centre] (2019 [2020]): NICE Guideline NG51. Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Full Guideline]. Published date: July 2016. Last updated: September 2017/April 2019. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-1998-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/evidence/full-guideline-pdf-2551523297> (abgerufen am: 07.09.2020).

Pandharipande, PP; Girard, TD; Jackson, JC; Morandi, A; Thompson, JL; Pun, BT; et al. (2013): Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *NEJM – The New England Journal of Medicine* 369(14): 1306–1316. DOI: 10.1056/NEJMoa1301372.

Rhodes, A; Evans, LE; Alhazzani, W; Levy, MM; Antonelli, M; Ferrer, R; et al. (2017): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine* 43(3): 304–377. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

Semmler, A; Widmann, CN; Okulla, T; Urbach, H; Kaiser, M; Widman, G; et al. (2013): Persistent cognitive impairment, hippocampal atrophy and EEG changes in sepsis survivors. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 84: 62–70. DOI: 10.1136/jnnp-2012-302883.

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine* 42: 100–103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org