

# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:

Teil 2: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den Verfahren QS CHE, QS HSMDEF und QS Sepsis

Vom 18. Dezember 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) wird wie folgt geändert:

§ 2 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten erbrachten Indexeingriffe.“

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) wird wie folgt geändert:

§ 2 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten erbrachten Indexeingriffe.“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) wird wie folgt geändert:

1. § 16 Absatz 3 Sätze 5 und 6 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Eine Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie ist für die einrichtungsbezogene Dokumentation nicht erforderlich; die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogenen Daten ergibt sich aus der Aufstellung (Soll) der fallbezogenen Daten nach Absatz 1, wenn mindestens ein Fall dokumentationspflichtig geworden ist.“

2. In Anlage II wird der Buchstabe c durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:

„c) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)			X
2	Datensatz-ID <sup>1</sup>	X		X
3	Datensatz-ID (GUID) <sup>2</sup>	X		X
4	Versionsnummer			X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6	Modulbezeichnung			X
7	Teildatensatz oder Bogen			X
8	Dokumentationsabschlussdatum			X
9	Institutionenkennzeichen	X		X
10	entlassender Standort	X		X
11	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll		X	
12	Ist die Anzahl des Pflegefachpersonals dokumentiert, welches innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK		X	X

<sup>1</sup> Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses verwendet.

<sup>2</sup> Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?			
13	Anzahl DIESES Pflegefachpersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat		X	X
14	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser		X	X
15	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten ZVK im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?		X	X
16	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden		X	X
17	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
18	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?		X	X
19	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
20	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
21	War die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
22	War die Berufsgruppe „hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt“ ODER „Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
23	Waren weitere Berufsgruppen im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
24	War die Berufsgruppe „Apothekerin oder		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Apotheker mit Bereichsweiterbildung „Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?			
25	War die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
26	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
27	sonstige Berufsgruppe			X
28	Wurde das Antibiotic-Stewardship-Team standortübergreifend vorgehalten?		X	X
29	Anzahl der Betten des Standorts gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an dem das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird		X	X
30	Summe der Betten der Standorte gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Erfassungsjahr, an denen das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird			
31	Wie viele Vollkräfte waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?		X	X
32	Wie viele VK waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?		X	X
33	Wie viele VK waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?		X	X
34	War in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?		X	X
35	Galten im gesamten Erfassungsjahr am		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?			
36	War das Antibiotic-Stewardship-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?			X
37	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?		X	X
38	Enthielten die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?		X	X
39	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?		X	X
40	Wurden im Erfassungsjahr Antibiotic-Stewardship-Visiten gemäß		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?			
41	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.		X	X
42	Wurden alle DIESER Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?		X	X
43	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)?		X	X
44	Lag die Arbeitsanweisung im gesamten Erfassungsjahr allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und / oder elektronisch) vor?		X	X
45	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?			
46	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		x	x
47	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		x	x
48	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?		x	x
49	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welchen der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?		x	x
50	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		x	x
51	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen		x	x

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?			
52	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?		X	X
53	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?		X	X
54	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumetherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
55	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?		X	X
56	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
57	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		x	
58	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		x	
59	Wurde die Anzahl des ärztl. sowie des Pflegefachpers. und des weiteren Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?		x	x
60	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben		x	x

“

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2026 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 18. Dezember 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V