Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Vom 17. Juli 2025

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 2

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 2

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens ... 2
Zu § 2 Eckpunkte ... 2
Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten ... 3
Zu § 6 Datenflussverfahren ... 3
Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie ... 3
Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten ... 3
Zu § 16 Datenlieferfristen ... 3
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze ... 4
Zu § 19 Übergangsregelung ... 4
Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS Sepsis) ... 4
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis) ... 4

3. Bürokratiekostenermittlung ... 5

4. Verfahrensablauf ... 5

5. Fazit ... 6

6. Zusammenfassende Dokumentation ... 6

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert. Gegenstand der Änderungen ist das Verfahren 20 – Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis).

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 1 und Absatz 3:

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassung der Indikatorenliste in Bezug auf den vom IQTIG vorgeschlagenen Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“. Zur Begründung siehe Anlage I: Indikatorenliste.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 2:

Aufgrund der unterschiedlichen Sepsis-Definitionen und Behandlungsanforderungen im Bereich der Neonatologie und Pädiatrie werden diese Fachabteilungen aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen. Zudem werden Fachabteilungen ausgeschlossen, in denen keine oder nur extrem selten Sepsisfälle auftreten und die diese regelhaft verlegen und nicht behandeln (z.B. Psychiatrie). Gesichert palliativ versorgte bzw. in ein Hospiz verlegte Patientinnen und Patienten werden ausgeschlossen, da hier aufgrund der nicht mehr kurativen Therapiezielsetzungen andere Qualitätsanforderungen gelten, die nicht Teil dieses QS-Verfahrens sind.

In Satz 2 wurden diese Ausschlusskriterien auf Grundlage der Spezifikationsempfehlungen des IQTIG konkretisiert indem die Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 der Datenübermittlungs-Vereinbarung der vom Ausschluss betroffenen Fachabteilungen ergänzt werden.

Die in Bezug genommene Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) ist auf den Internetseiten des GKV-SV unter https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp abrufbar.

Zu Absatz 3:

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassung der Indikatorenliste in Bezug auf den vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“. Zur Begründung siehe Anlage I: Indikatorenliste.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zu Absatz 1:

Der G-BA hat am 19. Dezember 2024 die themenspezifischen Bestimmungen zum neuen Verfahren QS Sepsis ohne Anlagen I und II beschlossen. Die Anlagen I und die Anlagen II Buchstaben a und b werden mit diesem Beschluss ergänzt. Die bisher verwendeten Platzhalter „X“, „Y“ und „Z“ werden durch konkrete Verweise auf die Anlage II Buchstaben a, b und c in den Sätzen 2 und 3 ersetzt.

Die Ergänzung der Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) ist zusammen mit dem Beschluss zur Spezifikation entsprechend § 5 Absatz 2 Satz 4 spätestens in der letzten Plenum 2025 geplant. Dokumentationen auf Grundlage von Anlage II Buchstabe c sind für das erste Erfassungsjahr 2026 gemäß § 16 Absatz 3 Satz 1 bis zum 28. Februar 2027 zu übermitteln, so dass die spätere Beschlussfassung zu Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) einem Inkrafttreten der Richtlinie im Übrigen nicht entgegensteht.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Zu Satz 2:

Es wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 3:

Der G-BA hat am 19. Dezember 2024 die themenspezifischen Bestimmungen zum neuen Verfahren QS Sepsis ohne Anlagen I und II beschlossen. Die Anlagen werden mit diesem Beschluss ergänzt. Die bisher verwendeten Platzhalter „X“ und „Y“ werden durch konkrete Verweise auf die Anlage II Buchstaben a und b ersetzt.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 2:

Es wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 3:

In Satz 1 wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Zu Absatz 4:

In Folge der vorgenommenen Ergänzung der vom Ausschluss betroffenen Fachabteilungen in § 2 Absatz 2 wird an dieser Stelle ein entsprechender weiterer expliziter Evaluationsgegenstand im Rahmen der Erprobung aufgenommen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS Sepsis)

Die in Anlage I aufgeführten Indikatoren basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zum Indikatorenset V2.1 aus dem Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Die Begründungen für die Indikatorenliste sind dem entsprechenden Abschlussbericht vom 30. Juni 2023 zu entnehmen.

Der vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ (*siehe Abschlussbericht vom 30. Juni 2023*) wird nach eingehender Beratung nicht in die Indikatorenliste der themenspezifischen Bestimmung übernommen, da aktuell davon ausgegangen wird, dass der Pflegegrad im Follow-up, nicht regelhaft von den Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 SGB V als Sozialdatum gespeichert wird und deshalb auch nicht regelhaft auf Grundlage von § 299 Absatz 1a SGB V zu Zwecken der datengestützte Qualitätssicherung verarbeitet werden kann.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Anlage II basiert auf den Vorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (IQTIG: Empfehlungen zur Spezifikation. Spezifikationen für das QS-Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) nach DeQS-RL – Spezifikationsjahr 2026 (Erläuterungen)) verwiesen.

Die Ergänzung der Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) ist zusammen mit dem Beschluss zur Spezifikation entsprechend § 5 Absatz 2 Satz 4 spätestens im letzten Plenum 2025 geplant. Dokumentationen auf Grundlage von Anlage II Buchstabe c sind für das erste Erfassungsjahr 2026 gemäß § 16 Absatz 3 Satz 1 bis zum 28. Februar 2027 zu übermitteln, so dass die spätere Beschlussfassung zu Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) einem Inkrafttreten der Richtlinie im Übrigen nicht entgegensteht.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 1.782.500 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 17. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung *(AG DeQS)* mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	**Beratungsgremium**	**Inhalt/Beratungsgegenstand**
17. Januar 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
18. März 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
2. April 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
13. Mai 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
4. Juni 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
17. Juli 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zu den themenspezifischen Bestimmungen für das Verfahren 20: QS Sepsis der DeQS-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zu den themenspezifischen Bestimmungen für das Verfahren 20: QS Sepsis der DeQS-RL Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. April 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Mai 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 30. April 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom 6. Mai 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 13. Mai 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 4. Juni 2025 durchgeführt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Juli 2025 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS Sepsis sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Schreiben des Robert Koch-Instituts

Berlin, den 17. Juli 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Entwurf der Stabsstelle Bürokratiekostenermittlung, Stand 16.05.2025

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird für das sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) die Dokumentation der für das QS-Verfahren notwendigen fallbezogenen Datenerhebung ergänzt. Betroffene Leistungserbringer sind in diesem Zusammenhang die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, welche ab 1. Januar 2026 im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

Zur Abschätzung der voraussichtlich entstehenden Bürokratiekosten sind nur solche Änderungen in den themenspezifischen Vorgaben im Rahmen der DeQS-RL zu betrachten, welche im Vergleich zum Ist-Zustand bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in diese Bürokratiekostenermittlung.

Als Datenfelder, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Export der Daten aus Krankenhausinformationssystem-KIS) und welche somit nicht in der nachstehenden Zählung enthalten sind, werden solche Datenfelder gezählt, die zu Abrechnungszwecken bzw. zur DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 301 SGB V) bzw. das InEK (gemäß § 21 KHEntgG) übermittelt werden. Neben der Versichertennummer sind dies beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundärdiagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum oder entlassender Standort.
Das Nähere zu den Datenfeldern und Ausfüllhinweisen ist den Empfehlungen zur Spezifikation. Spezifikationen für das QS-Verfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis (QS Sepsis) nach DeQS-RL. Spezifikationsjahr 2026 (Dokumente) des IQTIG vom 17. Februar 2025 entnommen.

Der Zeitaufwand für die Dokumentation eines manuell auszufüllenden Datenfeldes wird im Schnitt auf 0,3 Minuten geschätzt. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass es sich bei der Datenerhebung um eine komplexe Tätigkeit einschließlich Recherche in der Patientenakte handelt, die ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt und bei der mithin hohes Qualifikationsniveau (62,00 Euro/h) vorauszusetzen ist. Für die Dokumentation eines Feldes ergeben sich daraus geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 0,31 Euro.

Der Dokumentationsbogen für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (a) umfasst insgesamt 34 Datenfelder. Es wird aktuell davon ausgegangen, dass hiervon 25 Datenfelder manuell zu dokumentieren sind. Durch die Recherche und das Ausfüllen der Dokumentationsbögen entstehen damit Bürokratiekosten in Höhe von 7,75 (0,31 x 25) Euro je Behandlungsfall.
Unter Berücksichtigung einer Fallzahl von jährlich zirka 230.000 Patientinnen und Patienten resultieren daraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.782.500 Euro (230.000 x 7,75 Euro).

Stand nach UA 02.04.2025

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 20: QS Sepsis: Derzeit geltende Fassung gemäß Beschluss vom 19.12.2024 *(Inkrafttreten nach BMG-Prüfung und BAnz-Veröffentlichung mit Wirkung vom 01.01.2026*) und mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2026 in

- § 1
- § 2
- § 5 Abs. 1 Satz 2 und 3
- § 6 Satz 2
- § 10 Absatz 3
- § 12 Abs. 2
- § 16 Abs. 3 Satz 1
- § 18
- Anlage I
- Anlage II

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens ist die Diagnostik und Therapie im stationären Sektor bei volljährigen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. [2]Die einbezogenen Fälle werden nachfolgend als „Indexfälle“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Diagnostik und Therapie der Sepsis“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS Sepsis“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

a) Einstufung des Sepsisrisikos
b) Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik
c) Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis
d) Antiinfektive Therapie der Sepsis
e) Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
f) Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis
g) Neu aufgetretenen Erkrankungen~~, Pflegebedürftigkeit~~ sowie Überleben der Patientinnen und Patienten

messen, vergleichend darstellen und soweit es sich um Qualitätsindikatoren handelt bewerten. [2]Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in Anlage I aufgeführt. [3]Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

a) Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität ~~und Pflegebedürftigkeit~~ von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
b) Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
c) Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
d) Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
e) Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen.

[4]Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär behandelten Indexfälle.

(2)

GKV-SV/DKG/PatV/LV	Vorsitzende des UA
Nicht berücksichtigt werden in diesem Verfahren Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und Sepsispatienten behandeln, sowie palliativ versorgte Patientinnen und Patienten mit Sepsis.	[*Streichen*]

Dieser Ausschluss betrifft Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die Ihre Leistungen nach Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) in der zuletzt am xx.xx.xxxx geänderten Fassung mit einem der folgenden Fachabteilungsschlüssel dokumentieren: a) 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde: b) 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie c) 1000 Pädiatrie d) 1051 Langzeitbereich Kinder e) 1100 Kinderkardiologie f) 1200 Neonatologie g) 1300 Kinderchirurgie h) 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie i) 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie j) 2700 Augenheilkunde k) 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie l) 2900 Allgemeine Psychiatrie m) 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie n) 3100 Psychosomatik/Psychotherapie o) 3200 Nuklearmedizin p) 3300 Strahlenheilkunde q) 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie r) 3700 Sonstige Fachabteilung s) 3751 Radiologie t) 3752 Palliativmedizin u) 3753 Schmerztherapie“ v) 3754 Heiltherapeutische Abteilung ~~a)~~w) 3756 Suchtmedizin	

(3) [1]Es werden auch ~~Indikatoren und~~ Kennzahlen verwendet, die assoziierte Folgeereignisse oder -zustände („Follow-Up“) erfassen. [2]Dies sind ~~im Einzelnen die Pflegebedürftigkeit nach Sepsis,~~ neu aufgetretene Morbiditäten sowie die Sterblichkeit.

(4) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus, auf die sich der Indexfall bezieht.

(6) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Zum 30. Juni 2031 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2032 außer Kraft zu setzen ist.

(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

[1]Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexfällen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer teilweise nur geringe Fallzahlen aufweisen und die durch den Follow-up-Indikator und die Follow-up-Kennzahlen erfassten Ereignisse sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Folgeereignisse für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexfall ausgelöst wurde, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

[2]Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstaben ~~X~~a, ~~Y~~ b und ~~Z~~ c festgelegt. [3]Die Daten gemäß Anlage II Buchstaben ~~X~~ a und ~~Y~~ b beinhalten patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [4]Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2026. [5]Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) [1]Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und

diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die fallbezogene Spezifikation muss erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. [4]Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. [5]Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

[1]Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet. [2]Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 4 der Richtlinie gilt, dass die einrichtungsbezogenen QS-Daten gemäß Anlage II ~~Tabelle~~ Buchstabe ~~Z~~ c direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch fallbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für Krankenhäuser.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren aus fallbezogener QS-Dokumentation des Vorjahres

b) Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres

c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, bei denen mindestens ein maßgeblicher Indexfall nach § 1 Absatz 1 Satz 2 aufgetreten ist. [2]Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. [3]Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

a) die Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertung der Indikatoren im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation

d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen

h) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird

i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II Buchstaben a~~X~~ und b~~Y~~ und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie

(1) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [2]Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation

f) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird

g) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie ist in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II ~~Tabelle Z~~Buchstabe c nicht fristgerecht übermittelt wurden.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung zu einem späteren Zeitpunkt fest.

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die Fachkommissionen bestehen aus folgenden Vertreterinnen und Vertretern nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie:

a) drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser:
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie oder Fortbildung(en) in „antibiotic stewardship“
   - Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker gemäß Abschnitt 3.1 der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2023, Seiten 322-351)

b) zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen:
   - Fachärztin oder -arzt aus einem operativen Fachgebiet oder

Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.

[2]Dabei sollte mindestens eine Ärztin oder ein Arzt aus einem operativen Fach und eine Ärztin oder ein Arzt aus einem nicht-operativen Fach vertreten sein. [3]Ergänzend für die Beratungen kann eine Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie von der LAG benannt werden. [4]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [5]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [6]Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.

(2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) [1]Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). [2]Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. [3]Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie sind spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(3) [1]Die stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II ~~Tabelle Z~~Buchstabe c an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § Absatz 1 der Richtlinie. [2]Mit

der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. [3]Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. [4]Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [5]Die 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 für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist von Krankenhäusern spätestens bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [6]Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll), für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexfälle aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2028, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungs- und fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 202~~5~~6 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Für das Erfassungsjahr 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Für die Erfassungsjahre 2026 bis 2028 wird für das Qualitätssicherungsverfahren QS Sepsis eine Übergangsregelung vorgesehen.

(2) [1]Für den Zeitraum der Übergangsregelung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. [2]Werden im Zeitraum der Übergangsregelung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie empfohlen werden.

(3) Ergebnisse zu erhobenen Daten aus dem Erfassungsjahr 2026 werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht.

(4) [1]Der Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung dient auch der Überprüfung auf Optimierungsbedarf nach Start des Verfahrens. [2]Ergänzend zu § 2 Absatz 6 hat das Institut nach § 137a SGB V im Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung typische Fragestellungen bei der Einführung neuer Verfahren kritisch zu beobachten und den G-BA über festgestellte Auffälligkeiten mit Empfehlungen zur Überarbeitung des Verfahrens zu informieren.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)

~~[*unbesetzt*]~~

a) Fallbezogen und sozialdatenbasiert

Indikatorenliste

1	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
ID	602600
Beschreibung	Der Indikator erfasst Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Screening zur Risikoabschätzung mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
ID	602601
Beschreibung	Der Indikator erfasst 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.
Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
ID	602602
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602608

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung versterben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602609
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602610
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602611
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst 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.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602612
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst 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.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602613
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst 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.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602614
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst 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.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Einrichtungsbezogen

Indikatorenliste

1	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
ID	602604
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte und Schulungen.

Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
Indikatortyp	Strukturqualität
2	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
ID	602605
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams.
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	Strukturqualität
3	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
ID	602606
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt.
Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis
Indikatortyp	Strukturqualität
4	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
ID	602607
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben.
Qualitätsziel	Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben
Indikatortyp	Strukturqualität

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

~~[*unbesetzt*]~~

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X			X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X			X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]	X			X	
14	entlassende Fachabteilung	X		X		
15	Geburtsjahr[7]	X		X	X	
16	Geschlecht	X		X		
17	Quartal des Aufnahmetages[8]	X		X		
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[9]	X		X	X	

3 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

7 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

8 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Falliden tifikatio n	2 Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	3 Datenf elder für die Basisau swertu ng	4 Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	5 Follow- up- Inform ation
19	Quartal des Entlassungstages[10]	X		X		
20	Wochentag 1 - 7[11]	X		X		
21	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[12]	X		X	X	
22	Entlassungsgrund	X		X		
23	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort in Tagen[13]		X	X	X	
24	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt		X	X	X	
25	Entlassungsdiagnose(n)[14]	X	X	X		
26	Operationen- und Prozedurenschlüssel[15]	X	X	X		
27	Anzahl der Beatmungsstunden	X		X		
28	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur		X	X	X	

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
11 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
12 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort “ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
14 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
15 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Risikoabschätzung durchgeführt?					
29	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, bekannt?		X	X	X	
30	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?		X	X	X	
31	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?		X	X	X	
32	Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?		X	X	X	
33	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores in Tagen[16]		X	X		
34	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
35	Score (Punktwert) des ersten qSOFA		X		X	
36	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt		X		X	
37	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Score in Tagen[17]		X	X	X	

16 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

17 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt		X	X	X	
39	Score (Punktwert) des ersten NEWS2		X		X	
40	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt		X			
41	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?		X	X	X	
42	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores in Tagen[18]		X	X	X	
43	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
44	Score (Punktwert) des ersten SOFA		X			
45	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt		X		X	
46	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?		X	X	X	
47	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten antibiotischen		X	X	X	

18 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Falliden tifikatio n	2 Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	3 Datenf elder für die Basisau swertu ng	4 Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	5 Follow- up- Inform ation
	oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose in Tagen[19]					
48	Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt		X	X	X	
49	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?		X	X	X	
50	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Tagen[20]		X	X	X	
51	Abstand zwischen der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose und Erstabnahme von		X	X	X	

19 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Falliden tifikatio n	2 Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	3 Datenf elder für die Basisau swertu ng	4 Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	5 Follow- up- Inform ation
	Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Minuten[21]					
52	Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt		X	X	X	
53	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme		X		X	
54	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt		X		X	
55	War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?		X	X	X	
56	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Übermittlung des ersten		X	X		

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Ergebnisses dieser Erstabnahme in Tagen[22]					
57	Abstand zwischen Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und Übermittlung des ersten Ergebnisses in Minuten[23]		X	X		
58	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt		X	X	X	
59	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?		X	X		

22 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

23 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung1	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X		X
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		

1 Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)2	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes3	source(301)@quelle				X	

2 Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

3 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungs-erbringers (IKNR/BSNR)4	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse5	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer	X			X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X

4 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.
5 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
17	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund		X	X		X
18	Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung derselben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
20	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behand-lungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
21	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdia-gnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
22	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
23	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
24	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
25	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
26	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung	X	X	X		
27	Beatmungsstunden	301. Entlassungsanzeige.DAU.Beatmungsstunden@beatmungsstunden	X	X	X		X
§ 301 (AMBO)							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes6	source(kh_ambo)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)7	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	

6 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
7 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
30	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse8	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
31	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
32	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X
33	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

8 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
34	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
35	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
36	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
37	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation9	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X

9 Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
38	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
39	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
40	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
41	Angabe der Quelle des Datensatzes 10	source(295k)@quelle				X	

10 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
42	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) 11	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
43	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR12	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
44	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			

11 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
12 Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
51	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
52	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
§ 39a (Hospiz)							
53	Angabe der Quelle des Datensatzes[13]	Source(39a)@quelle				X	
54	Aufnahmedatum / Leistungsbeginn Hospiz	39a.SLLA:O.ERS.Datum Beginn der Leistungserbringung@aufndatum	X	X			X
§ 295 (selektivvertraglich)							
55	Angabe der Quelle des Datensatzes[14]	source(295s)@quelle				X	

13 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
14 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
56	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) 15	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
57	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR16	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
58	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			X
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) 17	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	

15 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

16 Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

17 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
60	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse18	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
61	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			X
62	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@begindatum	X				
63	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				

18 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
64	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X				
65	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
66	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
68	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X

c) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation *[unbesetzt]*

Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

Vom 17. Juli 2025

Stand nach UA QS 02.04.2025

Legende:
Dissente Punkte sind gelb markiert.
Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweis:
Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumssitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 2

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 2

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens ... 2
Zu § 2 Eckpunkte ... 2
Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten ... 4
Zu § 6 Datenflussverfahren ... 4
Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie ... 4
Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten ... 5
Zu § 16 Datenlieferfristen ... 5
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze ... 5
Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS Sepsis) ... 5
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis) ... 5

3. Bürokratiekostenermittlung ... 6

4. Verfahrensablauf ... 6

5. Fazit 7

6. Zusammenfassende Dokumentation 7

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert. Gegenstand der Änderungen ist das Verfahren 20 – Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

GKV-SV
Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassung der Indikatorenliste in Bezug auf den vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“. Zur Begründung siehe Anlage I: Indikatorenliste.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 2:

GKV-SV/DKG/PatV/LV	Vorsitzende des UA
Aufgrund der unterschiedlichen Sepsis-Definitionen und Behandlungsanforderungen im Bereich der Neonatologie und Pädiatrie werden diese Fachabteilungen aus dem QS-Verfahren	Es bestehen Zweifel, ob die in Absatz 2 Satz 2 geregelten Ausschlüsse von Fachabteilungen aus dem QS-Verfahren zur Konkretisierung des Gegenstandes des QS-Verfahrens im Sinne von § 1 Absatz 1

ausgeschlossen. Zudem werden Fachabteilungen ausgeschlossen, in denen keine oder nur extrem selten Sepsisfälle auftreten und die diese regelhaft verlegen und nicht behandeln (z.B. Psychiatrie). Gesichert palliativ versorgte bzw. in ein Hospiz verlegte Patientinnen und Patienten werden ausgeschlossen, da hier aufgrund der nicht mehr kurativen Therapiezielsetzungen andere Qualitätsanforderungen gelten, die nicht Teil dieses QS-Verfahrens sind. In Satz 2 wurden diese Ausschlusskriterien auf Grundlage der Spezifikationsempfehlungen des IQTIG konkretisiert indem die Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 der Datenübermittlungs-Vereinbarung der vom Ausschluss betroffenen Fachabteilungen ergänzt werden.	(Diagnostik und Therapie im stationären Sektor bei volljährigen Patientinnen und Patienten) erforderlich und geeignet sind. Ein erheblicher Teil der zum Ausschluss vorgesehenen Fachabteilungsschlüssel betreffen Fachabteilungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin wobei andererseits wiederum nicht sämtliche Fachabteilungsschlüssel dieses Fachgebiets berücksichtigt werden. Der nach § 1 Abs. 1 sicherzustellende Ausschluss von Patientinnen und Patienten vor Vollendung des 18. Lebensjahren wird über den ebenfalls in der Spezifikation vorgesehenen Altersfilter zielsicher gewährleistet, so dass hier ein Ausschluss über Fachabteilungsschlüssel nicht erforderlich und mit Blick auf den potentiellen Ausschluss von Heranwachsenden, die nach der weiterbildungsrechtlichen Definition des Fachgebiets auch in Fachabteilungen des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin versorgt werden dürfen, auch nicht geeignet erscheint. Für weitere vom Ausschluss vorgesehene Fachgebiete (z.B. Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde oder Radiologie) ist ein Ausschluss über Fachabteilungsschlüssel ebenfalls nicht erforderlich, da es sehr unwahrscheinlich ist, dass die Versorgung von Sepsis-Fällen mit Schlüsseln dieser Fachgebiete dokumentiert werden. Zur Vermeidung unnötiger bürokratischer Aufwände (wie z.B. der Anschaffung entsprechender Module für die QS-Software) kann der Ausschlusses von Standorten von Krankenhäusern, bei denen wegen ihres spezialisierten Versorgungsauftrags die vom QS-Verfahren zu erfassenden Sepsis-Fälle bei volljährigen Patientinnen und Patienten sehr unwahrscheinlich sind (z.B.- Fachkrankenhäuser für Augenheilkunde, für Kinder- und Jugendmedizin, für Psychiatrie oder für Psychosomatik) sinnvoll sein. Hierzu

	könnte alternativ zur vorgeschlagenen Streichung des Absatzes 2 z.B. der bisherige Satz 1 um eine konkrete Aufzählung entsprechender Fachkrankenhäuser unter Beibehaltung des Ausschlusses palliativ versorgter Patientinnen und Patienten mit Sepsis ergänzt werden.

Zu Absatz 3:

GKV-SV
Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassung der Indikatorenliste in Bezug auf den vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“. Zur Begründung siehe Anlage I: Indikatorenliste.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Absatz 1

Der G-BA hat am 19. Dezember 2024 die themenspezifischen Bestimmungen zum neuen Verfahren QS Sepsis ohne Anlagen I und II beschlossen. Die Anlagen I und die Anlagen II Buchstaben a und b werden mit diesem Beschluss ergänzt. Die bisher verwendeten Platzhalter „X“, „Y“ un „Z“ werden durch konkrete Verweise auf die Anlage II Buchstaben a, b und c in den Sätzen 2 und 3 ersetzt.

Die Ergänzung der Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) ist zusammen mit dem Beschluss zur Spezifikation entsprechend § 5 Absatz 3 Satz 4 spätestens in der letzten Plenum 2025 geplant. Dokumentationen auf Grundlage von Anlage II Buchstabe c sind für das erste Erfassungsjahr 2026 gemäß § 16 Absatz 3 Satz 1 bis zum 28. Februar 2027 zu übermitteln, so dass die spätere Beschlussfassung zu Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) einem Inkrafttreten der Richtlinie im Übrigen nicht entgegensteht.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Satz 2

Es wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 3:

DKG
Der G-BA hat am 19. Dezember 2024 die themenspezifischen Bestimmungen zum neuen Verfahren QS Sepsis ohne Anlagen I und II beschlossen. Die Anlagen werden mit diesem Beschluss ergänzt. Die bisher verwendeten Platzhalter „X“ und „Y“ werden durch konkrete Verweise auf die Anlage II Buchstaben a und b ersetzt.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Absatz 2

Es wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Absatz 3

In Satz 1 wird der Verweis auf Anlage II Buchstabe c konkretisiert. Zu näheren Erläuterungen wird auf die Ausführungen zu den Änderungen bei § 5 Absatz 1 verwiesen.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS Sepsis)

Die in Anlage I aufgeführten Indikatoren basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zum Indikatorenset V2.1 aus dem Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Die Begründungen für die Indikatorenliste sind dem entsprechenden Abschlussbericht vom 30. Juni 2023 zu entnehmen.

Der vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ (siehe Abschlussbericht vom 30. Juni 2023) wird nach eingehender Beratung nicht in die Indikatorenliste der themenspezifischen Bestimmung übernommen, da aktuell davon ausgegangen wird, dass der Pflegegrad im Follow-up, als ein nicht dem SGB V unterliegendes Datum, nicht verpflichtend im Rahmen des QS-Verfahrens über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden kann.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Anlage II basiert auf den Vorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung wird auf die am 17.Juli 2025 beschlossene Spezifikation (IQTIG: Empfehlungen zur Spezifikation. Spezifikationen für das QS-Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) nach DeQS-RL – Spezifikationsjahr 2026 (Erläuterungen)) verwiesen.

Die Ergänzung der Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) ist zusammen mit dem Beschluss zur Spezifikation entsprechend § 5 Absatz 3 Satz 4 spätestens im letzten Plenum 2025 geplant. Dokumentationen auf Grundlage von Anlage II Buchstabe c sind für das erste Erfassungsjahr 2026 gemäß § 16 Absatz 3 Satz 1 bis zum 28. Februar 2027 zu übermitteln, so dass die spätere Beschlussfassung zu Anlage II Buchstabe c (Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation) einem Inkrafttreten der Richtlinie im Übrigen nicht entgegensteht.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 17. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung *(AG DeQS)* mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	**Beratungsgremium**	**Inhalt/Beratungsgegenstand**
17. Januar 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
18. März 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
2. April 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
13. Mai 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
4. Juni 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
17. Juli 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren 20: QS Sepsis Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. April 2025 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten

Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Mai 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 3**).

[oder:] Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**).

[oder:] Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 13. Mai 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 4. Juni 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Juli 2025 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1:	Bürokratiekostenermittlung
Anlage 2:	An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe
Anlage 3:	Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Anlage 4:	Stellungnahme Robert Koch-Institut
Anlage 5:	Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 17. Juli 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
qs@g-ba.de

Ihr Kontakt:
Herr Oster
Telefon: +49 228 997799 1310
E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1522
(bitte immer angeben)
Dok.: 41165/2025

Anlage:

Bonn, 30.04.2025

Änderungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im QS-Verfahren Sepsis

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf. Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

ROBERT KOCH INSTITUT

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Der Präsident
Prof. Dr. Lars Schaade

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8

10623 Berlin

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änd. DeQS-RL: QS Sepsis

06.05.2025

Unser Zeichen:

1.04.03/0005#0026-FG14

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Informationen und die Möglichkeit an dem Stellungnahmeverfahren - Änd. DeQS-RL: QS Sepsis teilzunehmen. Es wird von Seiten des RKI und den Kommissionen ART und KRINKO keine Notwendigkeit zur Erstellung einer Stellungnahme gesehen.

Mit freundlichen Grüßen

L. Schaade

Robert Koch-Institut
zentrale@rki.de
Tel.: +49 (0)30 18754-0
Fax: +49 (0)30 18754-2328
www.rki.de

Berichterstattung/
Bearbeitung von:

Durchwahl: -
E-Mail:

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

- Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig. -