

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den
Verfahren QS CHE, QS HSMDEF und QS Sepsis

Vom 18. Dezember 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	2
	Zu § 2 Eckpunkte	2
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE).....	2
2.2	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	3
	Zu § 2 Eckpunkte	3
	Zu Anlage I Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)	3
2.3	Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)	3
	zu § 16 Datenlieferfristen.....	3
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)	3
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 sind das Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE), das Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) und das Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) in Teil 2 der DeQS-RL.

2.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Gegenstand des QS-Verfahrens auch Eingriffe nach § 115f SGB V sein können, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von Belegärztinnen oder Belegärzten in diesen Krankenhäusern erbracht werden. Die ergänzende Regelung erfolgt, da die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 auch Cholezystektomien betrifft.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Nach Maßgabe der Klarstellung in § 2 Absatz 1 ist die Formulierung „stationären Aufenthaltes“ in den Datenfeldern 29 und 30 in Anlage II Tabelle Buchstabe a dahingehend zu verstehen, dass „Krankenhausaufenthalte“ gemeint sind. Eine normative Anpassung erfolgte an dieser Stelle wegen anderenfalls erforderlicher Folgeanpassungen in der bereits veröffentlichten und umgesetzten Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 noch nicht. Die entsprechenden Anpassungen sind mit der Beschlussfassung im Rahmen der vorgesehenen Änderungen der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2027 vorgesehen.

2.2 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Gegenstand des QS-Verfahrens auch Eingriffe nach § 115f SGB V sein können, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von Belegärztinnen oder Belegärzten in diesen Krankenhäusern erbracht werden. Die ergänzende Regelung erfolgt, da die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 auch Implantationen sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren betrifft.

Zu Anlage I Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)

Nach Maßgabe der Klarstellung in § 2 Absatz 1 ist die Formulierung „stationären Aufenthaltes“ in den Indikatoren- und Kennzahllisten (ID 101801, 52311, 131802, 52325, 151800, 101802, 131803) in Anlage I dahingehend zu verstehen, dass „Krankenhausaufenthalte“ gemeint sind. Eine normative Anpassung erfolgte an dieser Stelle wegen anderenfalls erforderlicher Folgeanpassungen in der bereits veröffentlichten und umgesetzten Spezifikation und in den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 noch nicht. Die entsprechenden Anpassungen sind mit der Beschlussfassung im Rahmen der vorgesehenen Änderungen der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2027 vorgesehen.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

zu § 16 Datenlieferfristen

zu Absatz 3:

Die QS-Filter unterscheiden sich in diesem QS-Verfahren nicht zwischen fallbezogener und einrichtungsbezogener Qualitätssicherungs-Dokumentation. Entsprechend entfällt die Notwendigkeit für die Krankenhäuser, zusätzlich zur Konformitätserklärung und zur Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie für die fallbezogenen Daten, eine Konformitätserklärung und eine Aufstellung (Soll) für die einrichtungsbezogenen Daten zu erstellen und zu übermitteln, da sich die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogenen Daten aus der Aufstellung (Soll) der fallbezogenen Dokumentation nach § 16 Absatz 1 ergibt, wenn mindestens ein Fall dokumentationspflichtig geworden ist.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Zu Buchstabe c: Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation

Mit diesem Beschluss wird in Anlage II Buchstabe c des QS-Verfahrens die Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation ergänzt.

Anlage II Buchstabe c basiert auf den Vorschlägen des IQTIG zur einrichtungsbezogenen Spezifikation.

In der Tabelle werden in der Spalte „Exportfeld (Bezeichnung)“ die für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation in diesem QS-Verfahren zu verarbeitenden Daten festgelegt. In den Spalten mit den Kategorien „Daten für die Einrichtungsidentifikation“, „Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung“ und „Technische und anwendungsbezogene Gründe“ wird durch eine Kennzeichnung („x“) der Verwendungszweck des jeweiligen Datenfeldes festgelegt. Die Kategorien umfassen im Detail insbesondere folgende Zwecke, zu denen die Verarbeitung der Daten in diesem QS-Verfahren erforderlich ist:

Die Kategorie „Daten für die Einrichtungsidentifikation“ bildet Datenfelder ab,

- die die Zuordnung eines Datensatzes zu einem Krankenhausstandort ermöglichen.

Die Kategorie „Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung“ bildet Datenfelder ab,

- die für die Berechnung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren (Anlage I Buchstabe b) notwendig sind.
- die Verwendung im Stellungnahmeverfahren oder im Rahmen der Datenvalidierung finden.
- die im Kapitel „Basisauswertung“ in der Bundesauswertung dargestellt werden.

Besonderheit der Datenfelder 23 bis 26 (Anlage II Buchstabe c): Diese Datenfelder werden mit dem Ziel einer zukünftigen Weiterentwicklung des Indikators ID 602605 (Anlage I Buchstabe b) miterfasst sowie in der Basisauswertung mitausgegeben, gehen aber nicht in Indikatorberechnungen mit ein.

Die Kategorie „Technische und anwendungsbezogene Gründe“ bildet Datenfelder ab,

- die als Filterfelder einer Feldgruppe notwendig sind.
- die aus anderen technischen oder anwendungsbezogenen Gründen (z.B. zur Abbildung von Restekategorien) benötigt werden.

Hinsichtlich der Erforderlichkeit der Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung wird ergänzend auf folgende Dokumente verwiesen:

- Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ vom 31. Mai 2022 nebst Anlagen abrufbar unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/abschlussbericht-sepsis/>
- Machbarkeitsprüfung des IQTIG für ein Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ vom 30. Juni 2023 nebst Anlagen abrufbar unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/machbarkeitspruefung-sepsis/>
- Empfehlungen und Erläuterungen des IQTIG zur Spezifikation für das QS-Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis - Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vom 29. Oktober 2025; abrufbar unter [<https://www.g-ba.de/beschluesse/7613/>]
- Empfehlungen und Erläuterungen des IQTIG zu den prospektiven Rechenregeln der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Diagnostik und Therapie der Sepsis vom 15. Januar 2025; abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7356/2025-07-17_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln-Verf-20_EJ-2026.pdf .

Die Datenfelder für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation umfassen keine personenbezogenen Daten der Versicherten.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen aufgrund der Änderungen im Verfahren QS Sepsis neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 18.240 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 24. Juni 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
24. Juni 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
8. Juli 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
10. September 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
14. Oktober 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
11. November 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
3. Dezember 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahme und Anhörung
18. Dezember 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf bzgl. QS Sepsis)

Der Unterausschuss hat in seiner Sitzung am 3. Dezember 2025 über die vorgesehenen weiteren Änderungen in den Verfahren QS CHE und QS HSMDEF der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2026 beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 die Beschlussfassung empfohlen.

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 zu den Änderungsvorschlägen zu QS Sepsis

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 QS Sepsis 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 Teil 2 QS Sepsis Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 10. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 12. September 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 10. Oktober 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 7. Oktober 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum 10. Oktober 2025 vor (**Anlage 4**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in der Arbeitsgruppensitzung am 14. Oktober 2025 sowie am 11. November 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Dezember 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden am 12. September 2025 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 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 Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 18. Dezember 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

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 Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungssparmer 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 sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) die für das QS-Verfahren einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation 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.

Das Nähere zu den Datenfeldern und Ausfüllhinweisen ist den Empfehlungen zur Spezifikation für das QS-Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) nach DeQS-RL. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Spezifikationsjahr 2026. Dokumente, Erläuterung des IQTIG vom 11. September 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 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 der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (c) umfasst insgesamt 60 Datenfelder. Es wird aktuell davon ausgegangen, dass hiervon 49 Datenfelder manuell zu dokumentieren sind. Durch die Recherche und das Ausfüllen der Dokumentationsbögen entstehen damit Bürokratiekosten in Höhe von 15,2 Euro (0,31 Euro x 49) je Dokumentationsbogen.

Unter Berücksichtigung einer Fallzahl von zirka 1.200 betroffenen Krankenhäusern resultieren daraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 18.240 Euro (1.200 x 15,2 Euro).



Beschlussentwurf

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

Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 für das Verfahren 20: QS Sepsis

Stand: 11.09.2025

Legende:

Redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** hinterlegt.

Vom 20. November 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. November 2025 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. In Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) wird in Anlage II der Buchstabe c durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:

„c) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation

“

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
2	Datensatz-ID ¹	X		X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
3	Datensatz-ID (GUID) ²	X		X
4	Versionsnummer			X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6	Modulbezeichnung			X
7	Teildatensatz oder Bogen			X
8	Dokumentationsabschlussdatum			X
9	Institutionskennzeichen	X		X
10	entlassender Standort	X		X
11	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll		X	
12	Ist die Anzahl des Pflegefachpersonals dokumentiert, welches innerhalb des Spezifikationsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?		X	X
13	Anzahl DIESES Pflegefachpersonals, das innerhalb des Spezifikationsjahres an einer Schulung zur Pflege von		X	X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat			
14	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser		X	X
15	Erfolgte im Spezifikationsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten ZVK im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?		X	X
16	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im ersten Halbjahr des Spezifikationsjahres durchgeführt wurden		X	X
17	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Spezifikationsjahres durchgeführt wurden		X	X
18	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Spezifikationsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?		X	X
19	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt		X	X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?			
26	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
27	sonstige Berufsgruppe			X
28	Wurde das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?		X	X
29	Anzahl der Betten des Standorts gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Spezifikationsjahr, an dem das ABS-Team eingesetzt wird		X	X
30	Summe der Betten der Standorte gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Spezifikationsjahr, an denen das ABS-Team eingesetzt wird		X	X
31	Wie viele Vollkräfte waren am 31.12. des Spezifikationsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Zusatzbezeichnung Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt?			
32	Wie viele VK waren am 31.12. des Spezifikationsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt?		X	X
33	Wie viele VK waren am 31.12. des Spezifikationsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt?		X	X
34	War in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?		X	X
35	Galten im gesamten Spezifikationsjahr am Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?		X	X
36	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Sepsis im Spezifikationsjahr federführend beteiligt?			
37	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Spezifikationsjahr beteiligt?		X	X
38	Enthielten die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?		X	X
39	Lagen im gesamten Spezifikationsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?		X	X
40	Wurden im Spezifikationsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?		X	X
41	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	mehrfach visitiert und gezählt werden.			
42	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?		X	X
43	Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Spezifikationsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren)?		X	X
44	Lag die Arbeitsanweisung im gesamten Spezifikationsjahr allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und / oder elektronisch) vor?		X	X
45	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?		X	X
46	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
47	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?			
48	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
49	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welchen der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?		X	X
50	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
51	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?		X	X
52	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?		X	X

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

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

“

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

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

Berlin, den 20. November 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 für das
Verfahren 20: QS Sepsis

Vom 20. November 2025

Stand: 11.09.2025

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweis:

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

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	3
4.	Verfahrensablauf	4
5.	Fazit.....	5
6.	Zusammenfassende Dokumentation	5

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 Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Zu Buchstabe c: Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation

Mit diesem Beschluss wird in Anlage II Buchstabe c des QS-Verfahrens die Erforderlichkeitstabelle für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation ergänzt.

Anlage II Buchstabe c basiert auf den Vorschlägen des IQTIG zur einrichtungsbezogenen Spezifikation.

In der Tabelle werden in der Spalte „Exportfeld (Bezeichnung)“ die für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation in diesem QS-Verfahren zu verarbeitenden Daten festgelegt. In den Spalten mit den Kategorien „Daten für die Einrichtungsidentifikation“, „Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung“ und „Technische und anwendungsbezogene Gründe“ wird durch eine Kennzeichnung („x“) der Verwendungszweck des jeweiligen Datenfeldes festgelegt. Die Kategorien umfassen im Detail insbesondere folgende Zwecke, zu denen die Verarbeitung der Daten in diesem QS-Verfahren erforderlich ist:

Die Kategorie „Daten für die Einrichtungsidentifikation“ bildet Datenfelder ab,

- die die Zuordnung eines Datensatzes zu einem Krankenhausstandort ermöglichen.

Die Kategorie „Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung“ bildet Datenfelder ab,

- die für die Berechnung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren (Anlage I Buchstabe b) notwendig sind.
- die Verwendung im Stellungnahmeverfahren oder im Rahmen der Datenvalidierung finden.
- die im Kapitel „Basisauswertung“ in der Bundesauswertung dargestellt werden.

Besonderheit der Datenfelder 23 bis 26 (Anlage II Buchstabe c): Diese Datenfelder werden mit dem Ziel einer zukünftigen Weiterentwicklung des Indikators ID 602605 (Anlage I Buchstabe b) miterfasst sowie in der Basisauswertung mitausgegeben, gehen aber nicht in Indikatorberechnungen mit ein.

Die Kategorie „Technische und anwendungsbezogene Gründe“ bildet Datenfelder ab,

- die als Filterfelder einer Feldgruppe notwendig sind.
- die aus anderen technischen oder anwendungsbezogenen Gründen (z.B. zur Abbildung von Restekategorien) benötigt werden.

Hinsichtlich der Erforderlichkeit der Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung wird ergänzend auf folgende Dokumente verwiesen:

- Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ vom 31. Mai 2022 nebst Anlagen abrufbar unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/abschlussbericht-sepsis/>
- Machbarkeitsprüfung des IQTIG für ein Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ vom 30. Juni 2023 nebst Anlagen abrufbar unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/machbarkeitspruefung-sepsis/>
- Empfehlungen und Erläuterungen des IQTIG zur Spezifikation für das QS-Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis - Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vom 11. September 2025; abrufbar unter [*Link nach Beschlussfassung einzufügen*]
- Empfehlungen und Erläuterungen des IQTIG zu den prospektiven Rechenregeln der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Diagnostik und Therapie der Sepsis vom 15. Januar 2025; abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7356/2025-07-17_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln-Verf-20_EJ-2026.pdf.

Die Datenfelder für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation umfassen keine personenbezogenen Daten der Versicherten.

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 24. Juni 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In zwei Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. *untenstehende Tabelle*).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
24. Juni 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlusssentwurf
8. Juli 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlusssentwurf
10. September 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
14. Oktober 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
5. November 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
20. November 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 Beschlusssentwurf 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 Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 QS Sepsis Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 10. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am TT. Monat JJJJ.

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 TT. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**).

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

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 14. Oktober 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 5. November 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. November 2025 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung 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 Organisationen 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 des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. November 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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#1553
(bitte immer angeben)

Dok.: 101358/2025

Anlage: -

Bonn, 07.10.2025

Änderung DeQS-RL Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 für das Verfahren 20: QS Sepsis

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

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zu Stellungnahme zu o. g. Beschlusentwurf. 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 | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Der Präsident

Prof. Dr. Lars Schaade

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8

10623 Berlin

**G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DeQS-RL Teil 2: QS Sepsis
EJ 2026**

10.10.2025

Unser Zeichen:
1.04.03/0005#0027-FG37

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung des DeQS-RL Teil 2:
QS Sepsis, welche Sie in der Anlage finden.

An der Anhörung am 5.11.2025 werden Herr Dr. Eckmanns und/oder Frau Dr. Schmidt
teilnehmen.

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:
Dr. Tim Eckmanns

Durchwahl: -3485
E-Mail:

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

Anzahl Anlagen: 1

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





Anlage - Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung **(DeQS-RL)**

Datum	<< 08.10.2025 >>
Stellungnahme zu	<< DeQS-RL: QS Sepsis
Stellungnahme von	<< RKI >>

Die Stellungnahme inkl. der Literatur im Volltext und weiterer Anhänge ist dem G-BA elektronisch zu übermitteln. Das ausgefüllte Dokument ist dem G-BA im Word-Format einzureichen.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnehmer:

Allgemeine Anmerkung	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
<p>Allgemeine Anmerkungen zu Anlage 3_DeQS-RL_TB_QS Sepsis_weit Änd_EJ26_2025-09-11_für STNV:</p> <p>Es bleibt unklar, ob zwischen einer Sepsis, welche bei Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus vorliegt und diagnostiziert wird und einer Sepsis, welche erst im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes (z.B. im Gefolge einer chirurgischen Intervention) entsteht und diagnostiziert wird, unterschieden wird.</p> <p>Einige Exportfelder zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer machen keinen Sinn bei einer erst im Verlaufe eines Krankenhausaufenthaltes aufgetretenen Sepsis, hierzu gehören alle Felder, die das Aufnahmedatum ins Krankenhaus beinhalten, da dieses für das Management einer im Krankenhaus erworbenen Sepsis nicht relevant ist. Hier wäre als zeitlicher Bezug der Zeitpunkt des Stellens der klinischen Verdachtsdiagnose Sepsis relevant.</p>	
<p>A. Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke</p> <p>a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer</p>	
<p>Lfd. Nr. 47: Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose in Tagen.</p>	

Stellungnehmer:

Allgemeine Anmerkung	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
<p>Anmerkung: Wir schlagen vor, den Abstand zwischen dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme und dem Zeitpunkt der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose nicht in Tagen, sondern in Stunden anzugeben.</p> <p>Begründung: Falls zwischen der stationären Aufnahme eines Patienten mit der Verdachtsdiagnose Sepsis und der Einleitung einer antiinfektiven Therapie 1 Tag (=24 h) (die kleinste hier angebbare Zahl) liegt, würde das eine schlechte Qualität bedeuten, bei einem zeitlichen Abstand von 1-2 h hingegen eine gute Qualität. Dieser erhebliche Qualitätsunterschied wäre in der jetzigen Fassung aber gar nicht detektierbar.</p>	
<p>Lfd. Nr. 50: Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Tagen</p> <p>Anmerkung: Um die Qualität der Blutkulturdiagnostik zu beurteilen, sollte der Abstand zwischen dem Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und dem Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers nicht in Tagen, sondern in Stunden angegeben werden.</p> <p>Begründung: Eine Blutkulturdiagnostik und der Beginn einer antibiotischen Therapie innerhalb von 2 h nach klinischer Diagnosestellung der Sepsis stellt eine gute Qualität dar, eine Blutkulturdiagnostik nach 1 Tag, also z.B. nach 12 oder gar 24 h hingegen belegt eine schlechte Qualität. Dies wäre in der jetzigen Fassung aber gar nicht detektierbar.</p>	
<p>Lfd. Nr. 56: Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Übermitt-</p>	

Stellungnehmer:

Allgemeine Anmerkung	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
<p>lung des „ersten“ Ergebnisses dieser Erstabnahme in Tagen</p> <p>Anmerkung: Hier ist völlig unklar, was ein „erstes“ Ergebnis der Blutkulturabnahme darstellt. In der Regel können folgende Teilergebnisse einer Blutkulturuntersuchung übermittelt werden: Ergebnis der Positivität einer Blutkultur (also Erregernachweis ja oder nein), Ergebnis des Grampräparats einer positiven Blutkultur, vorläufiges Ergebnis der Erregeridentifikation, vorläufiges Ergebnis der Resistenztestung, endgültiges Ergebnis der Erregeridentifikation, endgültiges Ergebnis der Resistenztestung. Ein sinnvolles „erstes“ Ergebnis der Blutkulturabnahme ist das Ergebnis des Grampräparats.</p> <p>Wir schlagen vor, das „erste“ übermittelbare Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik als das Ergebnis des Grampräparates zu definieren.</p> <p>Auch hier schlagen wir vor, den Abstand zwischen Zeitpunkt der stationären Aufnahme und Zeitpunkt der Übermittlung des „ersten“ Ergebnisses dieser Erstabnahme nicht in Tagen, sondern in Stunden anzugeben.</p>	
<p>Lfd. Nr. 57: Abstand zwischen Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und Übermittlung des ersten Ergebnisses in Minuten</p> <p>Anmerkung: Es ist ausreichend, den Abstand zwischen der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und der Übermittlung des ersten Ergebnisses in Stunden statt in Minuten anzugeben, zumal beide Ereignisse in der Regel nicht auf die Minute genau dokumentiert werden.</p>	

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p>Anmerkung zu: Abschnitt: Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus</p> <p>Zeile 3: Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll</p> <p>Diese Anforderung schließt das gesamte Pflegefachpersonal der stationären Versorgung ein, unabhängig davon, ob tatsächlich Patienten mit ZVK in den jeweiligen Bereichen gepflegt werden.</p> <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen an dieser Stelle (KRINKO-Empfehlung ZVK 2017 [1]):</p> <p>Die Kommission empfiehlt: Es sollten regelmäßig Schulungen für alle zuständigen Mitarbeitenden zur Pathogenese, klinischen Bedeutung, Insertion und Erhaltungspflege von Gefäßkathetern durchgeführt werden, die aktuelles Wissen, Präventionsziele und Fähigkeiten zur Prävention von CRBSI vermitteln (Kat. IB).</p>	

Stellungnehmer:

<p>Seite, Zeile</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</p> <p><i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i></p>	<p>Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)</p>
	<p>Vorgeschlagene Änderung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zu zählendes Personal: Pflegefachpersonal, das auf Stationen eingesetzt wird, in denen mindestens 4x/Jahr ein Patient mit einem ZVK behandelt wird 2. Zu zählendes Personal: Pflegefachpersonal, das auf Intensivstationen oder Intermediate Care Stationen eingesetzt wird. 	
	<p>Anmerkung zu:</p> <p>Zeile 4 und 5:</p> <p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. Bei Vermittlung der theoretischen Inhalte über ein E-Learning-Format, müssen die Inhalte durch eine Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker zusammengestellt worden sein. <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur schulenden Person (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßka-</p>	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p>thetern ausgehen 2017 [2]): Die Frage, wer in welchem Umfang und mit welchen konkreten Inhalten die Schulungen der Mitarbeitenden durchführt, sollte von der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Station festgelegt werden. Das Hygienefachpersonal sollte unbedingt einbezogen werden [...], kann aber die Schulungen in vollem Umfang und unter Berücksichtigung abteilungsspezifischer Besonderheiten nicht ohne konkrete Unterstützung durch hierfür qualifizierte klinische Mitarbeitende (Ärzte und Pflegepersonal) durchführen.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Sie erfolgten unter Beteiligung von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. Bei Vermittlung der theoretischen Inhalte über ein E-Learning-Format, müssen die Inhalte unter Beteiligung einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker zusammengestellt worden sein.</p>	
	<p>Anmerkung zu:</p> <p>Zeile 4 und 5:</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu ande- 	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p><i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i></p> <p>ren Themen integriert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Spezifikationsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen. ○ Die Schulungen können sowohl in Präsenz, online oder als E-Learning durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme. Der praktische Schulungsanteil muss in Präsenz vermittelt werden. <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur schulenden Person (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen 2017 [2]):</p> <p style="padding-left: 40px;">Die Bereitstellung von Lehrvideos auf CDs zur Schulung neuer Mitarbeitende, die mit solchen Tätigkeiten betraut sind, oder die Einbeziehung intranetbasierter Ressourcen [...] sollte durch Nachfolgetermine in kleinen Gruppen auf den Stationen [...] und ein praktisches „hands-on“-Training ergänzt werden (integriertes Lernen, „blended learning“).</p> <p>→ Das Hands-on-Training bezieht sich hier also auf neue Mitarbeitende.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Schulungen können sowohl in Präsenz, online oder als E- 	

Stellungnehmer:

<p>Seite, Zeile</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung</p> <p><i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i></p>	<p>Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)</p>
	<p>Learning durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme. Neuen Mitarbeitenden wurde ein praktischer Schulungsanteil in Präsenz vermittelt.</p>	
	<p>Anmerkung zu:</p> <p>Zeile 8 und 9:</p> <p>Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis</p> <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste. Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK). Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden. Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Da an keiner Stelle erfasst wird, wie viele Patienten mit ZVK in einem Haus behandelt werden, ist die Konstellation denkbar, dass keine Fälle für ein Audit zur Verfügung stehen. Dies ist nicht abgebildet.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung:</p>	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	Ergänzung einer Abfrage zur Anzahl von Patienten mit ZVK/Halbjahr (siehe auch Vorschlag zu Zeile 3) und entfallen der Audits, wenn zu wenige Patienten vorhanden sind.	
	<p>Anmerkung zu: Abschnitt: Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team</p> <p>Zeile 16. 1 bis 3, hier am Beispiel 16.3</p> <p>War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?</p> <p>Sofern im Krankenhaus angestellt, sollten auch die folgenden Berufsgruppen in das ABS-Team einbezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p>Die Formulierung berücksichtigt nicht, dass viele Häusern hygienisch und oder mikrobiologisch extern betreut sind. Auf den Sachverstand sollte man in einem ABS Team dennoch nicht verzichten.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung:</p> <p>Auch die folgenden Berufsgruppen sollten in das ABS-Team einbezogen werden (im Krankenhaus angestellte oder externe Berater):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektio- logie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infekti- onsepidemiologie 	
	<p>Anmerkung zu: Abschnitt: Regelmäßigen Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis</p> <p>Zeile 45-49</p> <p><u>Zu schulendes Personal:</u></p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stati- onären Versorgung tätig sind. Pflegefachpersonal, welches in der stati- onären Versorgung tätig ist. Weiteres Pflegepersonal, welches in der stati-</p>	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p>onären Versorgung tätig ist.</p> <p>Zeile 48</p> <p><u>Anforderungen an Schulungen:</u></p> <p>Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können ○ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ○ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen ○ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ○ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur anwenderorientierten Schulung (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen 2017 [2]):</p>	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	<p>Schulungen aller Mitarbeitenden sind ein integraler Bestandteil der Infektionsprävention [...]. Sie sind jedoch kein Selbstzweck, sondern dienen der konkreten und nachhaltigen Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten [...]. Damit dies erreicht wird, sollte – unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen – das Schulungsangebot auf die jeweilige Berufsgruppe zugeschnitten sein und deren Perspektive und Erfahrung berücksichtigen [...].</p> <p>Vorgeschlagene Änderung:</p> <p>Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen mindestens die folgenden Inhalte enthielten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können ○ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ○ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen <p>Sowie zusätzlich, je nach Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ○ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungs- 	

Stellungnehmer:

Seite, Zeile	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, müssen diese eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>	Ergebnis nach Prüfung (wird vom G-BA ausgefüllt)
	halte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)	

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017; 2:171–206. DOI: 10.1007/s00103-016-2487-4
2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen: Hinweise zur Implementierung Informativer Anhang 2 zur Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017; 2:231–244. DOI: 10.1007/s00103-016-2486-5

Auswertung der Stellungnahme

gemäß § 92 Abs. 7f SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldung
- II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldung

Von folgender stellungnahmeberechtigten Organisation wurde fristgerecht Rückmeldung vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Robert Koch-Institut (RKI)	10. Oktober 2025	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahme

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am **14. Oktober 2025** und **11. November 2025** vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am **3. Dezember 2025** durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Allgemeine Anmerkungen zu Anlage 3_DeQS-RL_TB_QS Sepsis_weit Änd_EJ26_2025-09-11_für STNV: Es bleibt unklar, ob zwischen einer Sepsis, welche bei Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus vorliegt und diagnostiziert wird und einer Sepsis, welche erst im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes (z.B. im Gefolge einer chirurgischen Intervention) entsteht und diagnostiziert wird, unterschieden wird.</p> <p>Einige Exportfelder zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer machen keinen Sinn bei einer erst im Verlaufe eines Krankenhausaufenthaltes aufgetretenen Sepsis, hierzu gehören alle Felder, die das Aufnahmedatum ins Krankenhaus beinhalten, da dieses für das Management einer im Krankenhaus erworbenen Sepsis nicht relevant ist. Hier wäre als zeitlicher Bezug der Zeitpunkt des Stellens der klinischen Verdachtsdiagnose Sepsis relevant.</p>	<p>Die Stellungnahme des RKI bezieht sich teilweise auf Dokumente, die nicht unmittelbar Gegenstand des zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurfs sind. Der G-BA hat gleichwohl auch diese Hinweise beraten und den vorgesehenen Umgang mit den Hinweisen hier dokumentiert.</p> <p>Berücksichtigung der Anmerkungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.</p>
2.	RKI/10. Oktober 2025	A. Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer</p> <p>Lfd. Nr. 47: <i>Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose in Tagen.</i></p> <p>Anmerkung: Wir schlagen vor, den Abstand zwischen dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme und dem Zeitpunkt der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose nicht in Tagen, sondern in Stunden anzugeben.</p> <p>Begründung: Falls zwischen der stationären Aufnahme eines Patienten mit der Verdachtsdiagnose Sepsis und der Einleitung einer antiinfektiven Therapie 1 Tag (=24 h) (die kleinste hier angebbare Zahl) liegt, würde das eine schlechte Qualität bedeuten, bei einem zeitlichen Abstand von 1-2 h hingegen eine gute Qualität. Dieser erhebliche Qualitätsunterschied wäre in der jetzigen Fassung aber gar nicht detektierbar.</p>	<p>Berücksichtigung der Anmerkungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Lfd. Nr. 50: <i>Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Erst-abnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Tagen</i></p> <p>Anmerkung: Um die Qualität der Blutkulturdiagnostik zu beurteilen, sollte der Abstand zwischen dem Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und dem Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers nicht in Tagen, sondern in Stunden angegeben werden.</p> <p>Begründung: Eine Blutkulturdiagnostik und der Beginn einer anti-biotischen Therapie innerhalb von 2 h nach klinischer Diagnosestellung der Sepsis stellt eine gute Qualität dar, eine Blutkulturdiagnostik nach 1 Tag, also z.B. nach 12 oder gar 24 h hingegen belegt eine schlechte Qualität. Dies wäre in der jetzigen Fassung aber gar nicht detektierbar.</p>	Berücksichtigung der Anmerkungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.
4.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Lfd. Nr. 56: <i>Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Übermittlung des „ersten“ Ergebnisses dieser Erstabnahme in Tagen</i></p>	Berücksichtigung der Anmerkungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Anmerkung: Hier ist völlig unklar, was ein „erstes“ Ergebnis der Blutkulturabnahme darstellt. In der Regel können folgende Teilergebnisse einer Blutkulturuntersuchung übermittelt werden: Ergebnis der Positivität einer Blutkultur (also Erregernachweis ja oder nein), Ergebnis des Grampräparats einer positiven Blutkultur, vorläufiges Ergebnis der Erregeridentifikation, vorläufiges Ergebnis der Resistenztestung, endgültiges Ergebnis der Erregeridentifikation, endgültiges Ergebnis der Resistenztestung. Ein sinnvolles „erstes“ Ergebnis der Blutkulturabnahme ist das Ergebnis des Grampräparats. Wir schlagen vor, das „erste“ übermittelbare Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik als das Ergebnis des Grampräparates zu definieren.</p> <p>Auch hier schlagen wir vor, den Abstand zwischen Zeitpunkt der stationären Aufnahme und Zeitpunkt der Übermittlung des „ersten“ Ergebnisses dieser Erstabnahme nicht in Tagen, sondern in Stunden anzugeben.</p>	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
5.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Lfd. Nr. 57: <i>Abstand zwischen Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und Übermittlung des ersten Ergebnisses in Minuten</i></p> <p>Anmerkung: Es ist ausreichend, den Abstand zwischen der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und der Übermittlung des ersten Ergebnisses in Stunden statt in Minuten anzugeben, zumal beide Ereignisse in der Regel nicht auf die Minute genau dokumentiert werden.</p>	Berücksichtigung der Anmerkungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.
6.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Anmerkung zu:</p> <p>Abschnitt: Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus</p> <p>Zeile 3: <i>Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll</i></p>	<p>Fachabteilungen, in denen in der Regel keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsis-Patienten behandelt werden, werden nach § 2 Abs. 2 QS Sepsis und zusätzlich durch die Spezifikation bei der Einrichtungsbefragung zur Schulung zur Pflege von ZVK nicht berücksichtigt.</p> <p>Die Festlegung von zu schulenden Pflegefachpersonal je nach Häufigkeit des Vorkommens von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK im Erfassungsjahr wird sowohl bezüglich einer validen Abfrage innerhalb der einrichtungsbezogenen QS-</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
		<p>Diese Anforderung schließt das gesamte Pflegefachpersonal der stationären Versorgung ein, unabhängig davon, ob tatsächlich Patienten mit ZVK in den jeweiligen Bereichen gepflegt werden.</p> <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen an dieser Stelle (KRINKO-Empfehlung ZVK 2017 [1]):</p> <p>Die Kommission empfiehlt: Es sollten regelmäßig Schulungen für alle zuständigen Mitarbeitenden zur Pathogenese, klinischen Bedeutung, Insertion und Erhaltungspflege von Gefäßkathetern durchgeführt werden, die aktuelles Wissen, Präventionsziele und Fähigkeiten zur Prävention von CRBSI vermitteln (Kat. IB).</p> <p>Vorgeschlagene Änderung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zu zählendes Personal: Pflegefachpersonal, das auf Stationen eingesetzt wird, in denen mindestens 4x/Jahr ein Patient mit einem ZVK behandelt wird 2. Zu zählendes Personal: Pflegefachpersonal, das auf Intensivstationen oder Intermediate Care Stationen eingesetzt wird. 	<p>Dokumentation als auch bezogen auf die Planbarkeit und Umsetzung der Schulungen für die Krankenhäuser als kritisch eingeschätzt.</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Anmerkung zu: Zeile 4 und 5: <u>Anforderungen an Schulungen</u> <i>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. Bei Vermittlung der theoretischen Inhalte über ein E-Learning-Format, müssen die Inhalte durch eine Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker zusammengestellt worden sein.</i> <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur schulenden Person (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen 2017 [2]):</p> <p>Die Frage, wer in welchem Umfang und mit welchen konkreten Inhalten die Schulungen der Mitarbeitenden durchführt, sollte von der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Sta-</p>	<p>Der G-BA kann die Anmerkungen des RKI nachvollziehen und übernimmt, die vorgeschlagene Änderung in die einrichtungsbezogenen Spezifikationsempfehlungen für das Erfassungsjahr 2026.</p> <p>Die Anmerkungen des RKI ergänzt damit die IQTIG-Empfehlung, dass der praktische Schulungsanteil im Indikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ (ID 602604) auch durch eine pflegerische Praxisanleiterin bzw. einen pflegerischen Praxisanleiter vermittelt werden kann, und nicht, ausschließlich durch die Hygienefachkräfte oder eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker.</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>tion festgelegt werden. Das Hygienefachpersonal sollte unbedingt einbezogen werden [...], kann aber die Schulungen in vollem Umfang und unter Berücksichtigung abteilungsspezifischer Besonderheiten nicht ohne konkrete Unterstützung durch hierfür qualifizierte klinische Mitarbeitende (Ärzte und Pflegepersonal) durchführen.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Sie erfolgten unter Beteiligung von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. Bei Vermittlung der theoretischen Inhalte über ein E-Learning-Format, müssen die Inhalte unter Beteiligung einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker zusammengestellt worden sein.</p>	
8.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Anmerkung zu: Zeile 4 und 5: <u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p>	Berücksichtigung der Anmerkungen zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für die Spezifikationsempfehlungen des Erfassungsjahres 2027.

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</i> ○ <i>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Spezifikationsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</i> ○ <i>Die Schulungen können sowohl in Präsenz, online oder als E-Learning durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme. Der praktische Schulungsanteil muss in Präsenz vermittelt werden.</i> <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur schulenden Person (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen 2017 [2]):</p> <p>Die Bereitstellung von Lehrvideos auf CDs zur Schulung neuer Mitarbeitende, die mit solchen Tätigkeiten betraut sind, oder die Einbeziehung intranetbasierter Ressourcen [...] sollte durch Nachfolgetermine in kleinen Gruppen auf den</p>	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Stationen [...] und ein praktisches „hands-on“-Training ergänzt werden (integriertes Lernen, „blended learning“). → Das Hands-on-Training bezieht sich hier also auf neue Mitarbeitende. Vorgeschlagene Änderung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Schulungen können sowohl in Präsenz, online oder als E-Learning durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme. Neuen Mitarbeitenden wurde ein praktischer Schulungsanteil in Präsenz vermittelt. 	
9.	RKI/10. Oktober 2025	Anmerkung zu: Zeile 8 und 9: Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis <i>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste. Ein</i>	Zur Durchführung der Audits im Indikator „Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus“ (ID 602604) wird keine Eingrenzung auf bestimmte Fachabteilungen vorgenommen. Die Anzahl der

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
		<p><i>Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK). Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden. Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</i></p> <p>Da an keiner Stelle erfasst wird, wie viele Patienten mit ZVK in einem Haus behandelt werden, ist die Konstellation denkbar, dass keine Fälle für ein Audit zur Verfügung stehen. Dies ist nicht abgebildet.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Ergänzung einer Abfrage zur Anzahl von Patienten mit ZVK/Halbjahr (siehe auch Vorschlag zu Zeile 3) und entfallen der Audits, wenn zu wenige Patienten vorhanden sind.</p>	<p>durchzuführenden Audits bemisst sich an der Anzahl der angestellten Hygienefachkräfte. Nach Einschätzung des IQTIG aus der Entwicklung des QS-Verfahrens unter Einbezug des Expertengremiums sollten in jedem Krankenhaus ausreichend Patientinnen und Patienten mit einem ZVK vorhanden sein, um die geforderte Mindestfallzahl von einem Audit (4 Fälle) pro Hygienefachkraft pro Halbjahr zu erreichen.</p> <p>Hierzu wird im Ausfüllhinweis auch darauf hingewiesen, dass, insofern die Überprüfung der Fälle auf Grundlage einer nicht ausreichenden Fallzahl nicht an einem Tag erfolgen kann, es möglich ist, dass die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Wie schon in der ersten Zeile der Anmerkungen zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation dargelegt, wird eine valide Abfrage der Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK im Erfassungsjahr kritisch eingeschätzt. Die regelhafte Erfassung für alle Leistungserbringer im QS-Verfahren wäre nach Einschätzung des IQTIG zudem aufwändiger als eine Klärung des Sachverhalts im Stimmnahmeverfahren</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			nach § 17 Teil 1 DeQS-RL bei Leistungserbringern, bei denen im Einzelfall nicht ausreichend Patientinnen und Patienten mit einem ZVK behandelt worden sind.
10.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Anmerkung zu: Abschnitt: Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team Zeile 16. 1 bis 3, hier am Beispiel 16.3 <i>War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?</i> <i>Sofern im Krankenhaus angestellt, sollten auch die folgenden Berufsgruppen in das ABS-Team einbezogen werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker</i> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</i> 	<p>Nach der Abgabe des Abschlussberichtes zur Machbarkeitsprüfung (inkl. Qualitätsindikatorenset V2.0) und noch vor der Beauftragung der Spezifikation wurden die personellen Anforderungen in dem Indikator</p> <p>„Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“ (ID 602605) in den Gremien des G-BA noch einmal beraten. Im Rahmen dessen wurden die Anforderungen an die Ausgestaltung des ABS-Teams angepasst: Diese orientiert sich aufgrund der personellen IST-Situation in den Krankenhäusern hinsichtlich der Quantität nun nicht mehr am Positionspapier „Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivverordnung in Krankenhäusern“ der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut [5] sondern an der S3-Leitlinie</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
		<p>Die Formulierung berücksichtigt nicht, dass viele Häusern hygienisch und oder mikrobiologisch extern betreut sind. Auf den Sachverstand sollte man in einem ABS Team dennoch nicht verzichten.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Auch die folgenden Berufsgruppen sollten in das ABS-Team einbezogen werden (im Krankenhaus angestellte oder externe Berater):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 	<p>„Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ [6].</p> <p>Entsprechend des Beschlusses über eine Beauftragung einer Spezifikation für das QS-Verfahren Sepsis und des aktualisierten Qualitätsindikatorens V2.1 vom 06.03.2024 sind in diesem Qualitätsindikator nur die ausgewählten folgenden Professionen obligat vorzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
			Da in diesem Indikator noch ein großes Entwicklungspotential zu erwarten ist, folgt der G-BA den Empfehlungen des IQTIG in den vorgelegten Spezifikationsempfehlungen analog zum Qualitätsindikatorensatz V2.1, auch die anderen Professionen (Apothekerin oder ein Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie oder eine ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker und eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) im Sinne einer Prüfung zur zukünftigen Weiterentwicklung des Indikators mit zu erfassen. Diese Professionen sollen, allerdings nur insofern sie im Krankenhaus angestellt sind, auch in das ABS-Team miteinbezogen werden. Der G-BA folgt den Empfehlungen des IQTIG entsprechend keine Anpassung in den Spezifikationsempfehlungen zum Erfassungsjahr 2026 vorzunehmen.
11.	RKI/10. Oktober 2025	Anmerkung zu: Abschnitt: Regelmäßigen Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis Zeile 45-49	In der Entwicklung des QS-Verfahrens wurde für das dem Indikator „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“ (ID 602607) zugrundeliegende Merkmal sowohl durch die Literatur als auch durch das

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
		<p><u>Zu schulendes Personal:</u> <i>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind. Pflegefachpersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist. Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist.</i></p> <p>Zeile 48</p> <p><u>Anforderungen an Schulungen:</u> <i>Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können</i> ○ <i>Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen</i> ○ <i>Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen</i> 	<p>einbezogene Expertengremium ein relevantes Potential zur Verbesserung nachgewiesen [4]. Um allen Krankenhäusern, gerade auch mit geringen Ressourcen, eine niedrigschwellige Möglichkeit der Umsetzung von Schulungen zur Sepsis zu ermöglichen, wurde in den Spezifikationsempfehlungen zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation aufgenommen, dass auch E-Learning-Formate zur Durchführung der Schulungen berücksichtigt werden können. Der G-BA teilt die Einschätzung des RKI, dass unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen das Schulungsangebot auf die unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. Ärzte/ Pflege oder nach Fachrichtung) zugeschnitten sein sollte. Die zielgruppenspezifische Anpassung von Inhalten sollte allerdings nicht als Mindestanforderung definiert werden, sondern den Krankenhäusern selbst überlassen werden, sodass auch gerade für kleine Krankenhäuser die Möglichkeit besteht, auf nicht eigenständige, sondern extern bestehende E-Learning-Angebote zurückgreifen zu können.</p> <p>Da die KRINKO-Empfehlung zu berufsgruppenspezifischen Schulungsangeboten, auf die das RKI bei seinem Vorschlag</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</i> ○ <i>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</i> <p>Die KRINKO äußert sich folgendermaßen zur anwenderorientierten Schulung (Anhang 2 zur KRINKO-Empfehlung Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen 2017 [2]): Schulungen aller Mitarbeitenden sind ein integraler Bestandteil der Infektionsprävention [...]. Sie sind jedoch kein Selbstzweck, sondern dienen der konkreten und nachhaltigen Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten [...]. Damit dies erreicht wird, sollte – unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen – das Schulungsangebot auf die jeweilige Berufsgruppe zugeschnitten sein und deren Perspektive und Erfahrung berücksichtigen [...].</p>	<p>Bezug nimmt, als „Sollte“-Empfehlung und unter der Einschränkung „unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen“ ausgesprochen wurde, steht dieses Vorgehen nach Bewertung des G-BA auch im Einklang mit der KRINKO-Empfehlung.</p>

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Vorgeschlagene Änderung: Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen mindestens die folgenden Inhalte enthielten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können ○ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ○ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen <p>Sowie zusätzlich, je nach Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ○ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) 	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.	RKI/10. Oktober 2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017; 2:171–206. DOI: 10.1007/s00103-016-2487-4 2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen: Hinweise zur Implementierung Informativer Anhang 2 zur Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017; 2:231–244. DOI: 10.1007/s00103-016-2486-5 	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>3. IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht. [Stand:] 30.06.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 20.10.2025).</p> <p>4. IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 19.05.2025).</p> <p>5. Abele-Horn, M; de With, K; Seifert, J; Eckmanns, T; Schmidt, N; Fellhauer, M; et al. (2020): Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer</p>	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation/Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 3. Dezember 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>rationalen Antiinfektivverordnung in Krankenhäusern. Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut mit Beratung durch Fachgesellschaften. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 63(6): 749-760. DOI: 10.1007/s00103-020-03152-5.</p> <p>6. de With, K; Wilke, K; Kern, WV; Strauß, R; Kramme, E; Friedrichs, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 092-001. S3-Leitlinie: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus [Langfassung]. Update 2018. Erstveröffentlichung: Dezember 2013, Überarbeitung: Januar 2019. Köln [u. a.]: DGI [Deutsche Gesellschaft für Infektiologie] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/092-001l_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2020-02-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 20.10.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zur Zeit überarbeitet].</p>	

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 12. September 2025 eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	nein	nein
Robert Koch-Institut (RKI)	10. Oktober 2025	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am **3. Dezember 2025** durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über eine über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 im Verfahren QS Sepsis

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 3. Dezember 2025) Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum
1.	RKI	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Wortprotokoll



einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens zum Beschlussentwurf über Änderungen in Teil 2 zum QS Verfahren Sepsis der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2026

Vom 3. Dezember 2025

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:51 Uhr
Ende:	11:20 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Herr (BfDI)

Herr Dr. (RKI)

Frau Dr. (RKI)

Herr Prof. (RKI)

Beginn der Anhörung: 10:51 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann können wir mit den Anhörungen starten, zunächst mit TOP 8 und TOP 10. Dazu begrüße ich vom RKI Herrn Dr. (RKI), Frau Dr. (RKI) und Herrn Prof. (RKI). – Und vom BfDI, gehe ich davon aus, dass Herr (BfDI) bei uns ist.

Herr (BfDI): Ich bin da, schönen guten Tag.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wunderbar. – Dann darf ich Sie alle gemeinsam zu den unterschiedlichen Anhörungen begrüßen. Sie wissen: Üblicherweise werden Sie in der Reihenfolge der Redner, wie sie sich aus Eingang Ihrer Stellungnahmen ergibt, aufgerufen, das machen wir heute nicht. Wir beginnen mit TOP 8 und TOP 10.1, zunächst TOP 8 natürlich mit dem RKI und am Schluss Herr (BfDI), Sie sind natürlich daran beteiligt, und am Schluss, Herr (BfDI), trifft TOP 6 Sie allein.

Ein Hinweis: Ich glaube, Herr (RKI) war noch nicht bei uns. Ich bitte Sie jedenfalls, Ihr Mikro zu verwenden und, wenn Sie das Wort ergreifen, zu Beginn Ihrer Stellungnahme immer den Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Das ist uns zwar hier im Saal klar, ist aber wichtig für das stenografische Protokoll, das Protokoll wird auch später im Internet veröffentlicht.

Sie wissen vermutlich alle bzw. Sie können davon ausgehen, dass wir Ihre Stellungnahmen alle gelesen und auch verinnerlicht und zum Teil bereits in die Beschlussvorlagen eingearbeitet haben. Heute besteht die Gelegenheit zu akzentuieren, was Ihnen besonders wichtig ist, und für uns zur gezielten Nachfrage.

Jetzt haben Sie drei Minuten Zeit. Da gibt es in der Regel unsere Sanduhr. Die haben wir diesmal nicht. Also wir gucken mal, dass es so im Rahmen ist.

Dann würde ich das Wort zu TOP 8 der Anhörung an das RKI geben. An wen, das dürfen Sie jetzt entscheiden. Wer möchte beginnen?

Frau Dr. (RKI): Entschuldigung, (RKI) spricht hier gerade. Ich habe eine Frage. Was ist TOP 8? Ist es der mit der QS Wundinfektion oder die Sepsis?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Nein, das ist jetzt PCI und Wundinfektion.

Frau Dr. (RKI): Entschuldigung, genau. Dann würde ich an Herrn (RKI) übergeben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann freuen wir uns auf Herrn (RKI). – Herr (RKI), falls Sie schon reden, schalten Sie bitte Ihr Mikro ein, wir hören Sie hier nicht. – Herr (RKI), Sie müssten das Mikro bitte einschalten. – Wir sind ja flexibel. Frau (RKI), dann würden wir mit TOP 10 beginnen. Da habe ich verstanden, dass das Ihre Zuständigkeit ist.

Frau Dr. (RKI): Ich würde dann an Herrn (RKI) übergeben, Entschuldigung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann bitte Sie zur Sepsis.

Herr Prof. (RKI): Vielen Dank für die Worterteilung. Ich bin (RKI) und vertrete die Kommission ART am Robert-Koch-Institut zur Qualitätssicherung der Sepsis. Ich denke, wir sind uns alle einig, dass Sinn dieses Verfahrens letztendlich ist, die Patientenversorgung von Patienten mit Sepsis zu verbessern, insbesondere dadurch, dass möglichst schnell die notwendige Diagnostik gemacht wird und möglichst schnell eine wirksame Therapie, insbesondere hier auch antibiotische Therapie, durchgeführt wird.

Und dafür ist es wichtig, dass Zeitpunkte erfasst werden zu Beginn einer Sepsis, zu Beginn einer Symptomatik und dann wiederum zu Beginn einer entsprechenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme. Und anhand dieser Zeitpunkte kann man eine Zeitdauer ermitteln, wie lange es dauert, bis die Maßnahme ergriffen wird. Und das ist natürlich sehr

sinnvoll, dass man diese Zeiten möglichst kurzhält, um eine effektive und auch lebensverlängernde Behandlung initiieren zu können.

Der Punkt, der mir wichtig ist, ist, dass es bei diesen Zeiterfassungen darauf ankommt, die richtigen Zeitpunkte zu definieren. Dabei ist es bei der Sepsis wichtig zu unterscheiden zwischen einer Sepsis, die bei Aufnahme ins Krankenhaus besteht, und einer Sepsis, die sich erst während eines Krankenhausaufenthaltes entwickelt, beispielsweise als Komplikation nach einem operativen Eingriff oder nach Legen eines Katheters oder nach Durchführung einer invasiven Maßnahme wie einer Koronarangiografie.

Und es macht keinen Sinn, bei diesem zweiten Fall, einer im Krankenhaus erworbenen, also nosokomialen Sepsis, die Zeit der Krankenhausaufnahme zu erfassen für dieses Qualitätskriterium der Zeit bis zum Beginn einer therapeutischen Maßnahme oder diagnostischen Maßnahme, sondern in dem Falle muss man die Diagnose der Sepsis als Zeitpunkt festlegen. Das ist bisher nicht passiert und das würde ich für wichtig halten, auch insbesondere diese Unterscheidung zwischen ambulant erworbener und im Krankenhaus erworbener Sepsis einzuführen.

Und der zweite Punkt ist für mich an mehreren Stellen wichtig gewesen. Es kommt hierbei in der Regel nicht auf Minuten an, aber es kommt auf Stunden an. Die vergehen zwischen der Diagnose oder auf Verdachtsdiagnose einer Sepsis und dem Einleiten einer entsprechenden therapeutischen Maßnahme. Aber das in Tagen anzugeben macht überhaupt keinen Sinn. Alles, was mehr als einen Tag ist oder auch nur einen Tag ist, ist viel zu lang. Also man muss die ganze Sache in Stunden angeben und nicht in Tagen.

Und es gab an einer Stelle auch einen Punkt, der in Minuten angegeben werden sollte. Das macht auch überhaupt keinen Sinn, denn solche Dinge werden gar nicht minutengenau erfasst. Und es geht auch, wie gesagt, nicht um Minuten, sondern es geht immer um Stunden.
– Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr (RKI). – Gibt es Fragen an Herrn (RKI)? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich bei Ihnen noch einmal sehr herzlich. – Und jetzt frage ich Herrn (BfDI): Herr (BfDI), möchten Sie sich zu Sepsis äußern?

Herr (BfDI): Ich habe keine Punkte dazu.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, danke schön. Dann würde ich die Anhörung zu TOP 10.1, zum QS-Verfahren Sepsis, beenden.

[Anschließend werden die Anhörungen im Rahmen der jeweiligen Stellungnahmeverfahren zum Beschlussentwurf über die weiteren Änderungen in Teil 2: QS-Verfahren PCI, WI und NET der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2026 und über eine Änderung der QbT-RL: Ergänzung einer Anlage durchgeführt, s. entsprechende Wortprotokolle]

Schluss der Anhörung: 11:20 Uhr