

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Machbarkeitsprüfung

Abschlussbericht

30. Juni 2023, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson Stefanie Erckenbrecht

Datum der Abgabe 30. Juni 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 16. Juli 2020

Kurzfassung

Hintergrund

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

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

Auftrag und Auftragsverständnis

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

Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung

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

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

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

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

Ergebnisse

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

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

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

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

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

³ s. o.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fazit

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

Tabellenverzeichnis

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

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

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

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

Abbildungsverzeichnis

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

Abkürzungsverzeichnis

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

1 Einleitung

1.1 Hintergrund der Beauftragung

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

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

1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis

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

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

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

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

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

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

1.3 Ausgangspunkt Indikatorenset V1.1

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

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

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

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

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

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

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

2 Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

Auswahl teilnehmender Einrichtungen

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

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

Tabelle 3: Auswahlfilter für die Falldokumentation der Nachbesprechung

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

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

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

Erstellung des Dokumentationsinstruments

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

Probedokumentation in den Einrichtungen

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

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

Nachbefragung der Leistungserbringer und Auswertung der qualitativen Daten

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

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

Auswertung der quantitativen Daten

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

Expertengremium

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

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

3 Ergebnisse und Empfehlungen

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld

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

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

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

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld

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

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld

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

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG zum Datenfeld

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

3.1 Fallbezogene Qualitätsindikatoren

3.1.1 Indikatorenübergreifende Änderung: Bezug zur Sepsisepisode

Rückmeldungen der Leistungserbringer

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

Diskussion im Expertengremium

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

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

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

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

Rückmeldungen der Leistungserbringer

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

Diskussion im Expertengremium

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

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

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

3.1.3 Indikatorenübergreifende Änderung: Umgang mit palliativ versorgten Patientinnen und Patienten

Rückmeldungen der Leistungserbringer

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

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

Diskussion im Expertengremium

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

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

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

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

3.1.4 Qualitätsindikator „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“

3.1.4.1 Datenfeld: Datum der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

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

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

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

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

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

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

3.1.4.2 Datenfeld: Tag der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

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

⇒ Streichung des Datenfeldes „Tag der Sepsisdiagnose“

3.1.4.3 Datenfeld: Datum des ersten Screenings

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.4.4 Datenfeld: Tag des ersten Screenings

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

3.1.4.5 Datenfeld: Mit welchem Screening-Instrument wurde gemessen?

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

3.1.4.7 Datenfeld: Screening-Score des ersten Screenings qSOFA

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.4.8 Datenfeld: Screening-Score des ersten Screenings SOFA

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.4.9 Datenfeld: Screening-Score des ersten NEWS2

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

Das Datenfeld wurde sprachlich leicht angepasst.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

⁷ Vgl. Datenfeld unter Abschnitt 3.1.5.6

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.6.2 Datenfeld: Datum der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Quantitative Ergebnisse zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

Rückmeldungen der Leistungserbringer zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

Diskussion im Expertengremium zum Datenfeld „Datum der Sepsisdiagnose“

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

3.1.6.3 Datenfeld: Tag der Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

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

⇒ Streichung des Datenfeldes „Tag der Sepsisdiagnose“

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.6.5 Datenfeld: Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ wurde hinzugefügt.

⇒ Ergänzung Antwortmöglichkeit „unbekannt“

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

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

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

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

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

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

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

3.1.6.6 Datenfeld: Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ wurde hinzugefügt.

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

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

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

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

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

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

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

Das Ergebnis ist unter Abschnitt 3.1.6.5 beschrieben.

3.2 Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

3.2.1.5 Datenfeld: Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

3.2.2.11 Datenfeld: Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchsicht vor der Feldphase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Ergebnisqualität

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

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

Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

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

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

Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung

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

Follow-up-Kennzahlen zur Ergebnisqualität

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

Weitere übergreifende Änderungen zur Ergebnisqualität

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

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

3.4 Administrative Datenfelder

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

4 Beurteilung der Qualitätsindikatoren und des Qualitätsindikatorensets

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

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

4.1 Beurteilung der Qualitätsindikatoren

Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

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

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

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

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

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

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

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

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

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

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

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

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

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

4.2 Beurteilung des Qualitätsindikatorenssets V2.0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

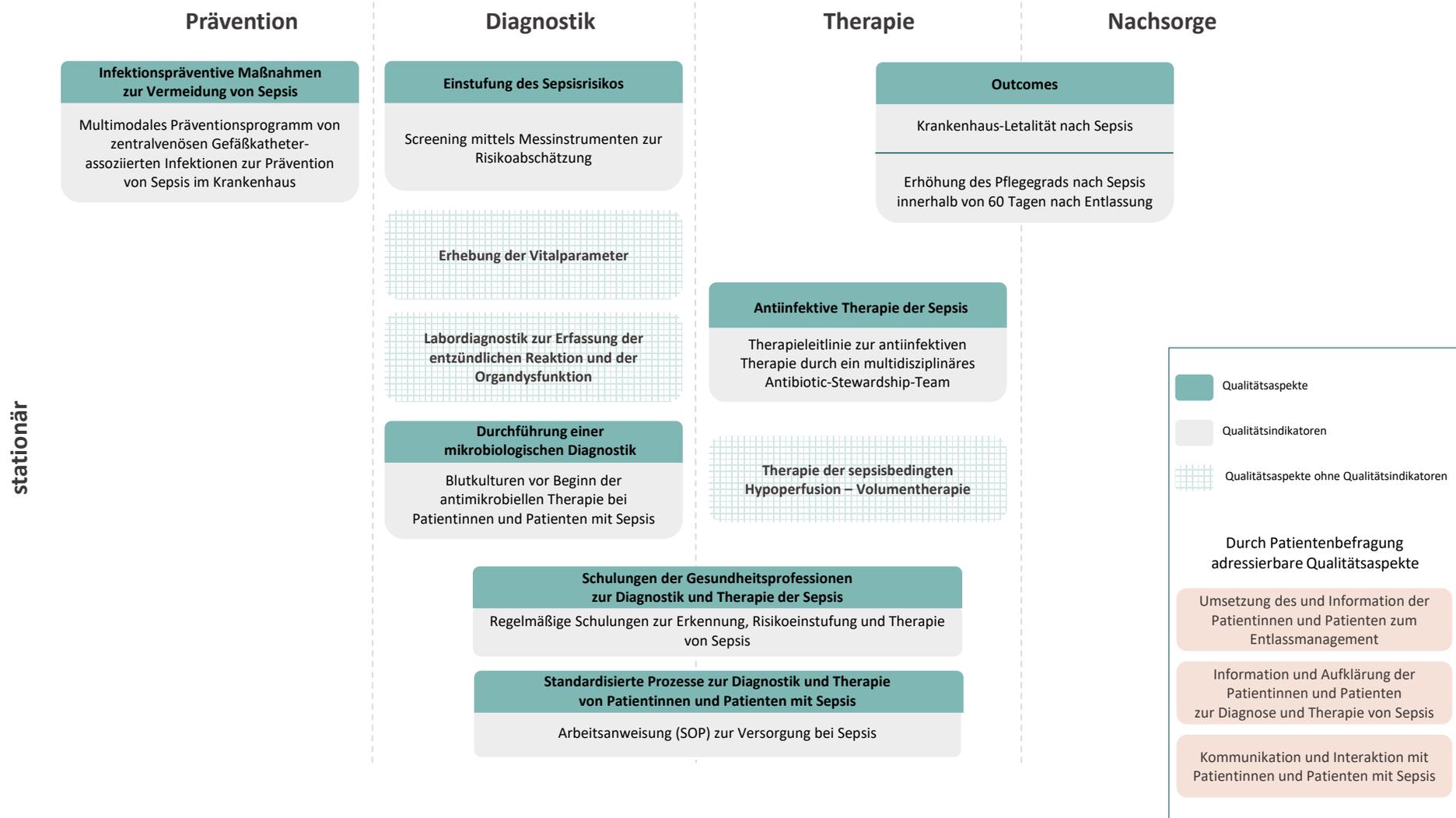


Abbildung 1: Darstellung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorenssets V2.0

5 Aufwand und Nutzen

5.1 Rückmeldungen der Leistungserbringer

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

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

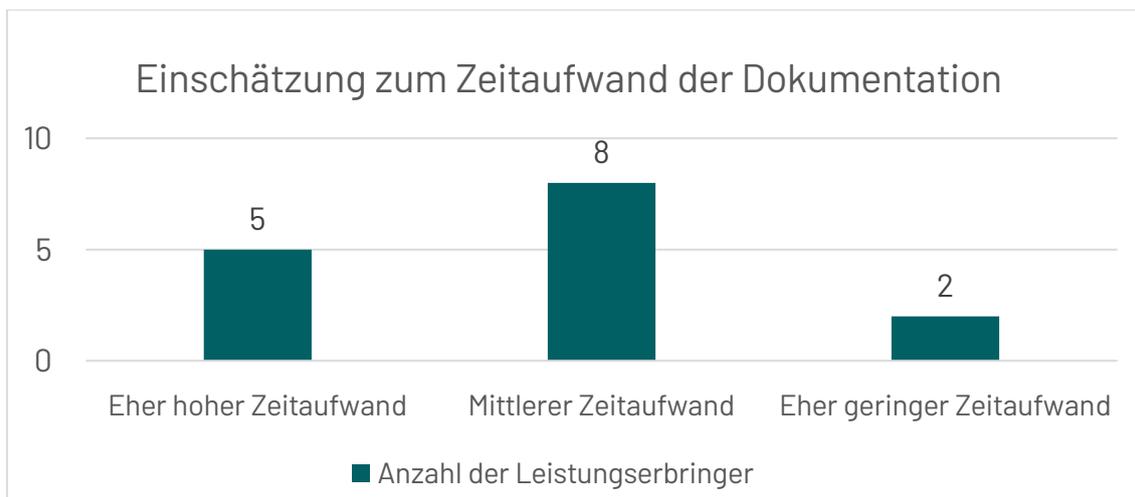


Abbildung 2: Einschätzung der Leistungserbringer zum Zeitaufwand der Dokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung⁹

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

5.2 Einschätzung des IQTIG

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

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

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

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

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

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

6 Rückmeldeberichte

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

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

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

7 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

7.1 Stand Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung

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

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

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

7.2 Prüfung des QS-Filters im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

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

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

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

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

Rückmeldungen der Leistungserbringer

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

Überarbeitung des QS Filters

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

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

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

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

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

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

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

7.3 Einschätzung des IQTIG

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

8 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

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

8.1 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

8.1.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

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

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

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

8.1.2 Datenselektion (QS-Filter)

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

8.1.3 Erforderliche Datenfelder

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵ s. o.

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

8.2 Sozialdaten bei den Krankenkassen

8.2.1 Patientenfilter

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

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

Einschlusskriterien

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

Eine detaillierte Darstellung der Einschlusskriterien befindet sich in Anhang A

Ausschlusskriterien

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

Eine detaillierte Darstellung der Ausschlusskriterien befindet sich in Anhang A

8.2.2 Leistungs- und Medikationsfilter

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

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

Der vollständige Leistungsfilter ist in Anhang A dargestellt.

8.3 Grundmodell des Datenflusses

8.3.1 Datenflüsse

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

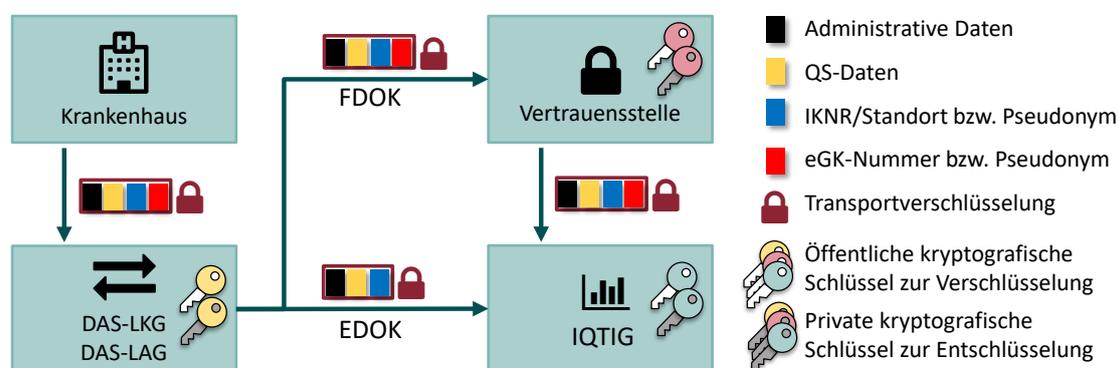


Abbildung 3: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus; einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (EDOK), fallbezogene QS-Dokumentation (FDOK)

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

8.3.2 Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte

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

8.4 Berichtswesen

Berichtszeitpunkte

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

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

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

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

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

N. V. = nicht vorhanden

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

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

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

8.5 Schritte bis zum Regelbetrieb

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

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

Weitere Ergänzungen

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

9 Fazit und Ausblick

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

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

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

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

Übergeordnet wurden die Ausschlüsse von Fachabteilungen, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und -patienten behandeln nochmals erweitert und palliativ versorgte Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Verfahren ausgeschlossen. Diese Präzisierungen machen das Verfahren noch zielgerichteter und minimieren den Aufwand für die Leistungserbringer. Aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Machbarkeitsprüfung ergab sich weiterhin die Notwendigkeit zu Anpassungen der Indikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität. Hier bestand die Problematik der späten Berichtszeitpunkte der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. Infolge der Prüfung beider Ergebnisindikatoren konnte der Indikator zur „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“ auf einen fallbezogenen Indikator umgestellt werden, damit dieser zusammen

mit den Ergebnissen der Prozess- und Strukturindikatoren im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden kann. Für den Indikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ und die Follow-up-Kennzahlen zur Ergebnisqualität war dies nicht möglich.

Die Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis im stationären Bereich ab und weisen unmittelbar auf prozess- und einrichtungsbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Hieraus ergibt sich ein aus Sicht des IQTIG ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind für die Durchführung der Qualitätssicherung geeignet und die regelhaft dokumentierten Informationen sind für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar.

Die Machbarkeitsprüfung konnte trotz der reduzierten Version des QS-Filters aufzeigen, dass es in der Versorgungslandschaft noch Defizite beim klinischen Verständnis und der Kodierung bezüglich der Sepsis-3-Definition gibt. Hierfür kann das zukünftige QS-Verfahren einen wertvollen Beitrag zur flächendeckenden, leitliniengerechten Umsetzung der aktuellen wissenschaftlichen Kriterien für eine Sepsis geben. Insgesamt kommt das IQTIG auch nach Durchführung der Machbarkeitsprüfung und der Überprüfung hinsichtlich seiner Anschlussfähigkeit an weitere relevante ICD-10-Kodes zu dem Schluss, dass der bestehende QS-Filter aus dem Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022a), unter Berücksichtigung der dargestellten zusätzlichen Ausschlussgründe, für den Regelbetrieb dieses Verfahrens geeignet ist.

Mit dem vorgelegten Indikatorenset V2.0 empfiehlt das IQTIG ein fokussiertes, datensparsames Verfahren zur fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, das gemeinsam mit den sozialdatenbasierten Indikatoren und Kennzahlen zentrale Aspekte einer leitliniengerechten Versorgung für alle Behandlungsphasen abbildet und für die gesetzliche QS unmittelbare Handlungsanschlüsse ermöglicht. Das IQTIG erwartet von dem Verfahren wesentliche Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Sepsis und empfiehlt die Beauftragung einer Spezifikation.

Literatur

- ABS [antibiotic stewardship] ([kein Datum]): Die Kursstufen. Berlin: Akademie für Infektionsmedizin. URL: <https://www.antibiotic-stewardship.de/fortbildung/kursstufen/> (abgerufen am: 01.06.2023).
- Evans, L; Rhodes, A; Alhazzani, W; Antonelli, M; Coopersmith, CM; French, C; et al. (2021): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical Care Medicine* 49(11). DOI: 10.1097/CCM.0000000000005337.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zu der Förderbekanntmachung Versorgungsforschung - Medizinische Leitlinien vom 20. September 2022 (ursprüngliche Fassung vom 27. Juni 2022). [Stand:] 26.04.2023. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/327/2023-04-03_Gesamtuebersicht-gefoerderter-Projekte_MedLL_FBK-2022-06-27.pdf (abgerufen am: 26.05.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Anhang zum Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_Anhang_2022-05-31_01.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Indikatorenset V1.1. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Indikatorenset-V1-1_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 01.06.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der

Sepsis“. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 01.06.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022e): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).

Kleinbrahm, K; Wappler, F; Sakka, SG (2019): Stellenwert des Procalcitonins als Sepsismarker. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 54(6): 424-433. DOI: 10.1055/a-0569-7132.

KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y.

Statista (2022): Anteil Teilzeitbeschäftigter in der Pflege und in Deutschland insgesamt im Jahr 2021. [Stand:] Mai 2022. Hamburg: Statista. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029912/umfrage/anteil-teilzeitbeschaeftigter-in-der-pflege-in-deutschland-nach-pflegeart/> (abgerufen am: 02.05.2023).

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org