

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“

Machbarkeitsprüfung

Anhang

30. Juni 2023, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson Stefanie Erckenbrecht

Datum der Abgabe 30. Juni 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 16. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Patienten- und Leistungsfilter	4
Anhang A.1: Patientenfilter	4
Anhang A.2: Leistungsfilter für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	35
Anhang A.3: Potentielle Risikofaktoren für den Qualitätsindikator „Krankenhaus- Letalität nach Sepsis“	64
Anhang B: Datenfelder der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	92
Anhang B.1: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation	92
Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	105
Anhang C: Entwicklung der nichtadministrativen Datenfelder: Indikatorenset 1.1 / nach Durchsicht / Indikatorenset 2.0	153
Anhang D: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums	283
Anhang E: Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer	286
Anhang F: Methodisches Vorgehen der orientierenden Literaturrecherche zum Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“	309
Literatur	310
Impressum	312

Anhang A: Patienten- und Leistungsfilter

Anhang A.1: Patientenfilter

Der Patientenfilter ist gleichzusetzen mit der Kodeliste des QS-Filters zur Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.

Auslöseregeln für den QS-Filter

Tabelle 1: Auslösungsregeln für den QS-Filter (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)

Daten	Regel
Daten nach §301 SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND ICD-10-GM R57.2 Septischer Schock ODER ICD-10-GM aus Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ UND ICD-10-GM R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen UND NICHT ICD-10-GM R57.2 Septischer Schock ODER ICD-10-GM Kode aus Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ UND ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

Daten	Regel
	UND NICHT ICD-10-GM Kode aus R-Block

Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“

Tabelle 2: Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
A02.1	Salmonellensepsis
A32.7	Listeriensepsis
A39.1	Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
A39.2	akute Meningokokkensepsis
A40.-	Streptokokkensepsis A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A A40.1 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B A40.2 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken A40.3 Sepsis durch Streptococcus pneumoniae A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken A40.9 Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.-	Sonstige Sepsis A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus A41.1 Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
	A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken A41.3 Sepsis durch Haemophilus influenzae A41.4 Sepsis durch Anaerobier A41.5 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger A41.51 Escherichia coli [E. coli] A41.52 Pseudomonas A41.58 Sonstige gramnegative Erreger A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet
B37.7	Candida-Sepsis

Diagnose-Block „R-Block“

Tabelle 3: Diagnose-Block „R-Block“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)	Bezeichnung
R57.2	Septischer Schock
R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion-Block“

Tabelle 4: Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion-Block“ gemäß IQTIG

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Atmungssystem“	
J80.0-	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] <i>J80.01 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.02 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.03 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> <i>J80.09 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet</i>
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J96.0-	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert <i>J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]</i> <i>J96.01 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]</i> <i>J96.09 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert : Typ nicht näher bezeichnet</i>
J96.9-	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet <i>J96.90 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]</i> <i>J96.91 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]</i> <i>J96.99 Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet</i>
R09.2	Atemstillstand
8-701	Einfache endotracheale Intubation

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
5-311	Temporäre Tracheostomie
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
5-312	Permanente Tracheostomie
SGB V § 301 Beatmungsstunden	UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld §301 SGB V
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Gerinnungssystem“	
D65.-	Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom] <i>D65.0 Erworbene Afibrinogenämie</i> <i>D65.1 Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]</i> <i>D65.2 Erworbene Fibrinolyseblutung</i> <i>D65.9 Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet</i>
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.6-	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet <i>D69.60 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet</i> <i>D69.61 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet</i>
8-800.6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate <i>8-800.60 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat</i> <i>8-800.61 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.62 3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.63 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.64 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.65 9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.66 11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.67 13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.68 15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.69 17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6a 19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6b 23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6c 27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6d 31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.6e 35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.6g 39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6h 43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6j 47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6k 51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6m 55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6n 59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6p 63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6q 67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6s 71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6t 79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6u 87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6v 95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6w 103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.6z 111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.d	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800-d0 1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800-d1 2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d2 3 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d3 4 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d4 5 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800-d5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-800-d6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-d9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-da 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-db 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-de 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-df 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-ds 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dt 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-du 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800-dv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-800-dz 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>
8-800.f	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat <i>8-800-f0 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat</i> <i>8-800-f1 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f2 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f3 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f4 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f5 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f6 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f7 10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f8 12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-f9 14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fa 16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fb 18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fc 20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fd 24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fe 28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-ff 32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fg 36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fh 40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fj 46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800-fk 52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800-fm 58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fn 64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fp 70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fq 78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fr 86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fs 94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-ft 102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fu 110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fv 118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate 8-800-fz 126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.g	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat 8-800.g0 1 Thrombozytenkonzentrat 8-800.g1 2 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g2 3 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g3 4 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g4 5 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g5 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g6 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g7 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g8 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate 8-800.g9 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate 8-800.ga 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.gb 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gc 20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gd 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ge 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gf 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gg 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gh 40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gj 46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gk 52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gm 58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gn 64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gp 70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gq 78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gr 86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gs 94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gt 102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gu 110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gv 118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.gz 126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.h	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.h0 1 pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat</p> <p>8-800.h1 2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-800.h2 3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h3 4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h4 5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h5 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h6 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h7 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h8 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.h9 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ha 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hb 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hc 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hd 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.he 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hf 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hg 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hh 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hj 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hk 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hm 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hn 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hp 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hq 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.hr 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.hs 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ht 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hu 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hv 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.hz 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.j	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j0 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j1 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j2 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j3 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j4 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j5 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j6 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j7 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j8 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.j9 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ja 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jb 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jc 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.jd 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.je 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-800.jf 374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>
8-800.k	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate <i>8-800.k0 134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k1 146 bis unter 158 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k2 158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k3 170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k4 182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k5 194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k6 210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k7 226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k8 242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.k9 258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.ka 274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.kb 294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.kc 314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.kd 334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.ke 354 bis unter 374 Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.kf 374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate</i>
8-800.m	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate <i>8-800.m0 134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.m1 146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate</i> <i>8-800.m2 158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.m3 170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m4 182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m5 194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m6 210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m7 226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m8 242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.m9 258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.ma 274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mb 294 bis unter 314 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mc 314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.md 334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.me 354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.mf 374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate</p>
8-800.n	<p>Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n0 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n1 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n2 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n3 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n4 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n5 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n6 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p> <p>8-800.n7 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-800.n8 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.n9 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.na 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.nb 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.nc 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.nd 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.ne 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate 8-800.nf 374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate</p>
8-810.j	<p>Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat</p> <p>8-810.j3 Bis unter 1,0 g 8-810.j4 1,0 g bis unter 2,0 g 8-810.j5 2,0 g bis unter 3,0 g 8-810.j6 3,0 g bis unter 4,0 g 8-810.j7 4,0 g bis unter 5,0 g 8-810.j8 5,0 g bis unter 6,0 g 8-810.j9 6,0 g bis unter 7,0 g 8-810.ja 7,0 g bis unter 8,0 g 8-810.jb 8,0 g bis unter 9,0 g 8-810.jc 9,0 g bis unter 10,0 g 8-810.jd 10,0 g bis unter 12,5 g 8-810.je 12,5 g bis unter 15,0 g 8-810.jf 15,0 g bis unter 17,5 g</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-810.jg 17,5 g bis unter 20,0 g</p> <p>8-810.jh 20,0 g bis unter 25,0 g</p> <p>8-810.jj 25,0 g bis unter 30,0 g</p> <p>8-810.jk 30,0 g bis unter 35,0 g</p> <p>8-810.jm 35,0 g bis unter 40,0 g</p> <p>8-810.jn 40,0 g bis unter 50,0 g</p> <p>8-810.jp 50,0 g bis unter 60,0 g</p> <p>8-810.jq 60,0 g bis unter 70,0 g</p> <p>8-810.jr 70,0 g bis unter 80,0 g</p> <p>8-810.js 80,0 g bis unter 90,0 g</p> <p>8-810.jt 90,0 g bis unter 100,0 g</p> <p>8-810.jv 100,0 g bis unter 120,0 g</p> <p>8-810.jw 120,0 g bis unter 160,0 g</p> <p>8-810.jz 160,0 g oder mehr</p>
8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige
8-812.5	<p>Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex</p> <p>8-812.50 500 IE bis unter 1.500 IE</p> <p>8-812.51 1.500 IE bis unter 2.500 IE</p> <p>8-812.52 2.500 IE bis unter 3.500 IE</p> <p>8-812.53 3.500 IE bis unter 4.500 IE</p> <p>8-812.54 4.500 IE bis unter 5.500 IE</p> <p>8-812.55 5.500 IE bis unter 6.500 IE</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-812.56 6.500 IE bis unter 7.500 IE</p> <p>8-812.57 7.500 IE bis unter 8.500 IE</p> <p>8-812.58 8.500 IE bis unter 9.500 IE</p> <p>8-812.59 9.500 IE bis unter 10.500 IE</p> <p>8-812.5a 10.500 IE bis unter 15.500 IE</p> <p>8-812.5b 15.500 IE bis unter 20.500 IE</p> <p>8-812.5c 20.500 IE bis unter 25.500 IE</p> <p>8-812.5d 25.500 IE bis unter 30.500 IE</p> <p>8-812.5f 30.500 IE bis unter 40.500 IE</p> <p>8-812.5g 40.500 IE bis unter 50.500 IE</p> <p>8-812.5h 50.500 IE bis unter 60.500 IE</p> <p>8-812.5j 60.500 IE bis unter 80.500 IE</p> <p>8-812.5k 80.500 IE bis unter 100.500 IE</p> <p>8-812.5m 100.500 IE bis unter 120.500 IE</p> <p>8-812.5n 120.500 IE bis unter 140.500 IE</p> <p>8-812.5p 140.500 IE bis unter 160.500 IE</p> <p>8-812.5q 160.500 IE bis unter 200.500 IE</p> <p>8-812.5r 200.500 IE oder mehr</p>
8-812.6	<p>Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma</p> <p>8-812.60 1 TE bis unter 6 TE</p> <p>8-812.61 6 TE bis unter 11 TE</p> <p>8-812.62 11 TE bis unter 21 TE</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-812.63 21 TE bis unter 31 TE 8-812.64 31 TE oder mehr
8-812.8	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Pathogeninaktiviertes Plasma 8-812.80 1 TE bis unter 6 TE 8-812.81 6 TE bis unter 11 TE 8-812.82 11 TE bis unter 21 TE 8-812.83 21 TE bis unter 31 TE 8-812.84 31 TE oder mehr
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion kardiovaskuläres System“	
R57.8	Sonstige Formen des Schocks
E86	Volumenmangel
I95.9	Hypotonie, nicht näher bezeichnet
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Leber“	
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
R17.-	Hyperbilirubinämie, mit oder ohne Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert <i>R17.0 Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert</i> <i>R17.9 Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert</i>
8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Niere“	
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose, Stadium 2
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose, Stadium 3
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose, Stadium 2
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose, Stadium 3
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose, Stadium 2
N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose, Stadium 3
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen, Stadium 2
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen, Stadium 3
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 2
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3
8-821.2	Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
8-853.1	Hämofiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVH)

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p><i>8-853.13 Bis 24 Stunden</i></p> <p><i>8-853.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i></p> <p><i>8-853.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i></p> <p><i>8-853.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i></p> <p><i>8-853.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</i></p> <p><i>8-853.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</i></p> <p><i>8-853.1f Mehr als 2.400 Stunden</i></p>
8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.4	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.5	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.6	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.7	<p>Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</p> <p><i>8-853.70 Bis 24 Stunden</i></p> <p><i>8-853.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i></p> <p><i>8-853.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i></p> <p><i>8-853.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i></p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-853.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-853.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-853.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-853.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-853.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-853.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-853.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-853.7c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-853.8	<p>Hämodilution: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen</p> <p>8-853.80 Bis 24 Stunden</p> <p>8-853.81 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-853.82 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-853.83 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-853.84 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-853.86 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-853.87 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-853.88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-853.89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-853.8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-853.8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-853.8c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-853.x	Hämodilution: Sonstige

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
8-853.y	Hämofiltration: N.n.bez.
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.6	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation <i>8-854.60 Bis 24 Stunden</i> <i>8-854.61 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i> <i>8-854.62 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i> <i>8-854.63 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i> <i>8-854.64 Mehr als 264 bis 432 Stunden</i> <i>8-854.66 Mehr als 432 bis 600 Stunden</i> <i>8-854.67 Mehr als 600 bis 960 Stunden</i> <i>8-854.68 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</i> <i>8-854.69 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</i> <i>8-854.6a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</i> <i>8-854.6b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</i> <i>8-854.6c Mehr als 2.400 Stunden</i>
8-854.7	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen <i>8-854.70 Bis 24 Stunden</i> <i>8-854.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-854.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-854.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-854.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-854.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-854.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-854.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-854.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-854.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-854.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-854.7c Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-854.8	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000
8-854.x	Hämodialyse: Sonstige
8-854.y	Hämodialyse: N.n.bez.
8-855.1	<p>Hämodiafiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF)</p> <p>8-855.13 Bis 24 Stunden</p> <p>8-855.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-855.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-855.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-855.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-855.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-855.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<p>8-855.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-855.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-855.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-855.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p> <p>8-855.1f Mehr als 2.400 Stunden</p>
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.6	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.7	<p>Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</p> <p>8-855.70 Bis 24 Stunden</p> <p>8-855.71 Mehr als 24 bis 72 Stunden</p> <p>8-855.72 Mehr als 72 bis 144 Stunden</p> <p>8-855.73 Mehr als 144 bis 264 Stunden</p> <p>8-855.74 Mehr als 264 bis 432 Stunden</p> <p>8-855.76 Mehr als 432 bis 600 Stunden</p> <p>8-855.77 Mehr als 600 bis 960 Stunden</p> <p>8-855.78 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</p> <p>8-855.79 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</p> <p>8-855.7a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</p> <p>8-855.7b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</p>

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	8-855.7c Mehr als 2.400 Stunden
8-855.8	Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen 8-855.80 Bis 24 Stunden 8-855.81 Mehr als 24 bis 72 Stunden 8-855.82 Mehr als 72 bis 144 Stunden 8-855.83 Mehr als 144 bis 264 Stunden 8-855.84 Mehr als 264 bis 432 Stunden 8-855.86 Mehr als 432 bis 600 Stunden 8-855.87 Mehr als 600 bis 960 Stunden 8-855.88 Mehr als 960 bis 1.320 Stunden 8-855.89 Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden 8-855.8a Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden 8-855.8b Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden 8-855.8c Mehr als 2.400 Stunden
8-855.x	Hämodiafiltration: Sonstige
8-855.y	Hämodiafiltration: N.n.bez.
8-856	Hämoperfusion
8-85a.0	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Intermittierend 8-85a.00 1 bis 3 Behandlungen 8-85a.01 4 bis 5 Behandlungen 8-85a.02 6 bis 10 Behandlungen

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
	<i>8-85a.03 11 oder mehr Behandlungen</i>
8-85a.1	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Kontinuierlich <i>8-85a.13 Bis 24 Stunden</i> <i>8-85a.14 Mehr als 24 bis 72 Stunden</i> <i>8-85a.15 Mehr als 72 bis 144 Stunden</i> <i>8-85a.16 Mehr als 144 bis 264 Stunden</i> <i>8-85a.17 Mehr als 264 bis 432 Stunden</i> <i>8-85a.19 Mehr als 432 bis 600 Stunden</i> <i>8-85a.1a Mehr als 600 bis 960 Stunden</i> <i>8-85a.1b Mehr als 960 bis 1.320 Stunden</i> <i>8-85a.1c Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden</i> <i>8-85a.1d Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden</i> <i>8-85a.1e Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden</i> <i>8-85a.1f Mehr als 2.400 Stunden</i>
Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion ZNS“ gemäß IQTIG	
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt <i>F05.0 Delir ohne Demenz</i> <i>F05.1 Delir bei Demenz</i> <i>F05.8 Sonstige Formen des Delirs</i> <i>F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet</i>
G94.32*	Septische Enzephalopathie

ICD-10-GM-Kode bzw. OPS (gemäß aktueller ICD-10-GM und OPS-Version)	Bezeichnung
K72.72!	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73!	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74!	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
R40.-	Somnolenz, Sopor und Koma <i>R40.0 Somnolenz</i> <i>R40.1 Sopor</i> <i>R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet</i>

Ausschlussgründe auf Krankenhausstandort- und Fachabteilungsebene

Standorte von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen entsprechend der nachfolgenden Fachrichtungen sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen.

Tabelle 5: Übergreifender Ausschluss der Standorte von Fachkrankenhäusern sowie Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung

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

Ausschlussgründe auf Fallebene

Fälle, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der folgenden Fachabteilungen behandelt worden sind oder bei denen eine Kodierung einer der folgenden OPS vorliegt, sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Tabelle 6: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

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

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 7: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit palliativer Behandlung gemäß OPS (aktuelle OPS-Version) und Entlassungsgrund gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 5

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

Anhang A.2: Leistungsfiler für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Qualitätsindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 105 SGB XI</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 60 Tagen nach dem stationären Aufenthalt oder innerhalb des stationären Aufenthaltes, eine Verschlechterung des Pflegegrads oder einen neuen Pflegegrad erhalten haben</p> <p>Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung</p> <p><u>Potentielle Risikofaktoren</u></p> <p>Vorbestehender Pflegegrad</p> <p>Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p> <p>Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten</p>
<p>Daten nach § 301 SGB V</p>	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p>

Daten	Regel
	<p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Behandlung auf Fachabteilung Palliativmedizin innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung</p> <p>Fachabteilung „Palliativmedizin“ (3752) (Schlüssel 6)</p> <p>ODER</p> <p>Diagnose, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>Z51.5 Palliativbehandlung</p> <p>ODER</p> <p>Prozedur, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist:</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung</p> <p>8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung</p> <p>8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst</p>

Daten	Regel
Daten nach § 39a SGB V	<u>Ausschlüsse für Nenner</u> Patientinnen und Patienten mit Aufnahme in ein Hospiz innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung Aufnahme in ein Hospiz innerhalb von 60 Tagen nach stationärer Entlassung
Daten nach § 295(a) ¹ SGB V	<u>Ausschlüsse für Nenner</u> Diagnose, die innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung kodiert worden ist: <u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u> Z51.5 Palliativbehandlung
Daten nach § 284 SGB V	<u>Potentielle Risikofaktoren</u> Alter (ansteigend) Geburtsdatum des Versicherten
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ² SGB V	<u>Potentielle Risikofaktoren</u> <u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u> U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte U50.30 Barthel-Index: 40-55 Punkte U50.40 Barthel-Index: 20-35 Punkte U50.50 Barthel-Index: 0-15 Punkte U51.00 Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte U51.10 Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte

¹ Im Rahmen des Ausschlusskriteriums sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose betrachtet werden.

² Im Rahmen der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>U51.20 Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U52.0 Frührehabilitations-Barthel-Index: 31 und mehr Punkte</p> <p>U52.1 Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte</p> <p>U52.2 Frührehabilitations-Barthel-Index: -200 bis -76 Punkte</p> <p>U52.3 Frührehabilitations-Barthel-Index: weniger als -200 Punkte</p> <p>U69.80! Nicht-nosokomiale Sepsis</p> <p>U69.81! Nosokomiale Sepsis</p> <p>U69.82! Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme</p> <p>U69.83! Nicht-nosokomialer septischer Schock</p> <p>U69.84! Nosokomialer septischer Schock</p> <p>U69.85! Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme</p>

Kennzahl³ „Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 284 SGB V	<p>Zähler</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach der Entlassung verstorben sind</p> <p>Sterbedatum des Versicherten</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Verlegung in ein anderes Krankenhaus (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Verlegung in ein anderes Krankenhaus (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund Tod (07) (Schlüssel 5)</p>

³ Der im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) verwendete Begriff „Zusatzparameter“ wurde in der Machbarkeitsprüfung zu „Kennzahl“ umformuliert. Mit dieser Anpassung sind jedoch keine inhaltlichen Änderungen verbunden.

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁴ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u> Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist: <i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i> <i>Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator</i> ODER <i>R09.2 Atemstillstand</i> ODER <i>J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</i> ODER <i>J12.0 Pneumonie durch Adenoviren</i> <i>J12.1 Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]</i> <i>J12.2 Pneumonie durch Parainfluenzaviren</i> <i>J12.3 Pneumonie durch humanes Metapneumovirus</i> <i>J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren</i> <i>J12.9 Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet</i> ODER <i>J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae</i> ODER <i>J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae</i></p>

⁴ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>ODER</p> <p>J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae</p> <p>J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas</p> <p>J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken</p> <p>J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B</p> <p>J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken</p> <p>J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli</p> <p>J15.6 Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien</p> <p>J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae</p> <p>J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie</p> <p>J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J16.0 Pneumonie durch Chlamydien</p> <p>J16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger</p> <p>ODER</p> <p>J17.0* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten</p> <p>J17.1* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten</p> <p>J17.2* Pneumonie bei Mykosen</p> <p>J17.3* Pneumonie bei parasitären Krankheiten</p> <p>J17.8* Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p>

Daten	Regel
	<p>Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator</p> <p>ODER</p> <p>R09.2 Atemstillstand</p> <p>ODER</p> <p>J80.03 Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]</p> <p>ODER</p> <p>J12.0 Pneumonie durch Adenoviren</p> <p>J12.1 Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]</p> <p>J12.2 Pneumonie durch Parainfluenzaviren</p> <p>J12.3 Pneumonie durch humanes Metapneumovirus</p> <p>J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren</p> <p>J12.9 Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae</p> <p>ODER</p> <p>J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae</p> <p>ODER</p> <p>J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae</p> <p>J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas</p> <p>J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken</p> <p>J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B</p> <p>J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken</p> <p>J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli</p>

Daten	Regel
	<p>J15.6 Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien</p> <p>J15.7 Pneumonie durch <i>Mycoplasma pneumoniae</i></p> <p>J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie</p> <p>J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>J16.0 Pneumonie durch Chlamydien</p> <p>J16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger</p> <p>ODER</p> <p>J17.0* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten</p> <p>J17.1* Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten</p> <p>J17.2* Pneumonie bei Mykosen</p> <p>J17.3* Pneumonie bei parasitären Krankheiten</p> <p>J17.8* Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten</p>
<p>Daten nach § 301 SGB V</p>	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p>

Daten	Regel
	<p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁵ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i></p> <p>ODER</p> <p><i>Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz</i></p> <p>ODER</p> <p><i>Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse</i></p> <p><i>Z49.1 Extrakorporale Dialyse</i></p> <p><i>Z49.2 Sonstige Dialyse</i></p> <p>ODER</p> <p><i>N17.01 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1</i></p> <p><i>N17.02 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2</i></p> <p><i>N17.03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3</i></p> <p><i>N17.09 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</i></p> <p><i>N17.11 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1</i></p> <p><i>N17.12 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2</i></p> <p><i>N17.13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3</i></p> <p><i>N17.19 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</i></p>

⁵ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>N17.21 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1</p> <p>N17.22 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2</p> <p>N17.23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3</p> <p>N17.29 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.81 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1</p> <p>N17.82 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2</p> <p>N17.83 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3</p> <p>N17.89 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1</p> <p>N17.92 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2</p> <p>N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3</p> <p>N17.99 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p>N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</p> <p>ODER</p> <p>Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz</p> <p>ODER</p> <p>Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse</p> <p>Z49.1 Extrakorporale Dialyse</p> <p>Z49.2 Sonstige Dialyse</p> <p>ODER</p> <p>N17.01 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1</p>

Daten	Regel
	<p>N17.02 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2</p> <p>N17.03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3</p> <p>N17.09 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.11 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1</p> <p>N17.12 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2</p> <p>N17.13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3</p> <p>N17.19 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.21 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1</p> <p>N17.22 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2</p> <p>N17.23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3</p> <p>N17.29 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.81 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1</p> <p>N17.82 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2</p> <p>N17.83 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3</p> <p>N17.89 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet</p> <p>N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1</p> <p>N17.92 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2</p> <p>N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3</p> <p>N17.99 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet</p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p>

Daten	Regel
	<p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁶ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz</i></p> <p><i>I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz</i></p> <p><i>I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden</i></p> <p><i>I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</i></p> <p><i>I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung</i></p> <p><i>I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe</i></p> <p><i>I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden</i></p> <p><i>I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</i></p> <p><i>I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung</i></p> <p><i>I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe</i></p> <p><i>I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet</i></p> <p><i>I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</i></p> <p><i>I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand</i></p> <p><i>I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen</i></p>

⁶ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation</p> <p>I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt</p> <p>I21.9 Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend</p> <p>I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend</p> <p>ODER</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</p> <p>5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass</p> <p>5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik</p> <p>ODER</p> <p><u>GOP</u></p> <p>34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz</p> <p>I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden</p> <p>I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe</p>

Daten	Regel
	<p>I50.11 Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden</p> <p>I50.12 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung</p> <p>I50.13 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung</p> <p>I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe</p> <p>I50.19 Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet</p> <p>I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</p> <p>I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand</p> <p>I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen</p> <p>I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation</p> <p>I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt</p> <p>I21.9 Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I25.20 Alter Myokardinfarkt 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend</p> <p>I25.21 Alter Myokardinfarkt 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend</p> <p>ODER</p> <p><u>OPS (gemäß aktueller OPS-Version)</u></p> <p>8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</p> <p>5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass</p> <p>5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik</p> <p>ODER</p> <p><u>GOP</u></p>

Daten	Regel
	34292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u> Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u> Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁷ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p><i>I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.1 Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.2 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.5 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien</i></p> <p><i>I63.6 Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig</i></p> <p><i>I63.8 Sonstiger Hirninfarkt</i></p> <p><i>I63.9 Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</i></p> <p>ODER</p> <p><i>G45.02 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</i></p> <p><i>G45.03 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</i></p>

⁷ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>G45.09 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.12 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.13 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.19 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.22 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.23 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.29 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.32 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.33 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.39 Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.42 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.43 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.49 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.82 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.83 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.89 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.92 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.93 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.99 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)</p> <p>F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p>

Daten	Regel
	<p>F00.2* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form</p> <p>F00.9* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.8 Sonstige vaskuläre Demenz</p> <p>F01.9 Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2* Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</p> <p>F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>ODER</p> <p>F03 Nicht näher bezeichnete Demenz</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien</p> <p>I63.1 Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien</p>

Daten	Regel
	<p>I63.2 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien</p> <p>I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien</p> <p>I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien</p> <p>I63.5 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien</p> <p>I63.6 Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig</p> <p>I63.8 Sonstiger Hirninfarkt</p> <p>I63.9 Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>G45.02 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.03 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.09 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.12 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.13 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.19 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.22 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.23 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.29 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.32 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p>

Daten	Regel
	<p>G45.33 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.39 Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.42 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.43 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.49 Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.82 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.83 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.89 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>G45.92 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</p> <p>G45.93 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</p> <p>G45.99 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)</p> <p>F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p> <p>F00.2* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form</p> <p>F00.9* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet</p> <p>ODER</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F01.8 Sonstige vaskuläre Demenz</p> <p>F01.9 Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet</p>

Daten	Regel
	<p>ODER</p> <p>F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2* Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]</p> <p>F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>ODER</p> <p>F03 Nicht näher bezeichnete Demenz</p>
<p>Daten nach § 301 SGB V</p>	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p>

Daten	Regel
	ODER Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)

Kennzahl „Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a) ⁸ SGB V	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</i></p> <p><u>Ausschlüsse für den Zähler</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><i>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</i></p> <p><i>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</i></p>
Daten nach § 301 SGB V	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p><i>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</i></p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p><i>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</i></p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p><i>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</i></p> <p>UND</p>

⁸ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Kennzahl „Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb 365 Tage nach Entlassung“

Daten	Regel
<p>Daten nach § 301/§ 301 amb/§ 295(a)⁹ SGB V</p>	<p><u>Zähler</u></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen 365 Tage nach Entlassung, eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>F06.7 leichte kognitive Störung</p> <p>ODER</p> <p>U51.10 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte</p> <p>U51.11 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 11-29 Punkte</p> <p>U51.12 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 17-23 Punkte</p> <p>ODER</p> <p>U51.20 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U51.21 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte</p> <p>U51.22 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte</p> <p><u>Ausschlüsse für den Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend dieser Diagnosen kodiert worden ist:</p> <p><u>ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)</u></p> <p>F06.7 leichte kognitive Störung</p> <p>ODER</p> <p>U51.10 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte</p>

⁹ Im Rahmen dieser Kennzahl sollen ambulant nur Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen G für eine gesicherte Diagnose oder mit dem Zusatzkennzeichen Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose betrachtet werden.

Daten	Regel
	<p>U51.11 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 11-29 Punkte</p> <p>U51.12 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 17-23 Punkte</p> <p>ODER</p> <p>U51.20 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte</p> <p>U51.21 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte</p> <p>U51.22 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte</p>
<p>Daten nach § 301 SGB V</p>	<p><u>Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p><u>Ausschlüsse für Nenner</u></p> <p>Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tage vor Aufnahme bereits einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis gemäß Grundgesamtheit gehabt haben</p> <p>Siehe Anhang A.1 Patientenfilter</p> <p>Ausgenommen sind Zuverlegung von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>UND</p> <p>Entlassdatum des entlassenden Krankenhauses entspricht Aufnahmedatum des aufnehmenden Krankenhauses</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ (06) (Schlüssel 5)</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“</p> <p>Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ (07) (Schlüssel 5)</p>

Anhang A.3: Potentielle Risikofaktoren für den Qualitätsindikator „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“

Potentielle Risikofaktoren ICD-10-Kodes

Tabelle 8: Potentielle Risikofaktoren ICD-10-GM (gemäß aktueller ICD-10-GM-Version)

ICD-Kode	Bezeichnung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B37.0	Candida-Stomatitis
B37.1	Kandidose der Lunge
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen
B38.0	Akute Kokzidioidomykose der Lunge
B38.1	Chronische Kokzidioidomykose der Lunge
B38.2	Kokzidioidomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B38.3	Kokzidioidomykose der Haut
B38.4	Kokzidioidomykose der Meningen
B38.7	Disseminierte Kokzidioidomykose
B38.8	Sonstige Formen der Kokzidioidomykose
B38.9	Kokzidioidomykose, nicht näher bezeichnet
B39.0	Akute Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum
B39.1	Chronische Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum
B39.2	Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet
B39.3	Disseminierte Histoplasmose durch Histoplasma capsulatum
B39.4	Histoplasmose durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet
B39.5	Histoplasmose durch Histoplasma duboisii
B39.9	Histoplasmose, nicht näher bezeichnet
B40.0	Akute Blastomykose der Lunge
B40.1	Chronische Blastomykose der Lunge
B40.2	Blastomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet
B40.3	Blastomykose der Haut
B40.7	Disseminierte Blastomykose
B40.8	Sonstige Formen der Blastomykose

ICD-Kode	Bezeichnung
B40.9	Blastomykose, nicht näher bezeichnet
B48.0	Lobomykose
B48.1	Rhinosporidiose
B48.2	Allescheriose
B48.3	Geotrichose
B48.4	Penizilliose
B48.5	Pneumozystose
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze
B48.8	Sonstige näher bezeichnete Mykosen
C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe
C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe
C00.2	Bösartige Neubildung: Äußere Lippe, nicht näher bezeichnet
C00.3	Bösartige Neubildung: Oberlippe, Innenseite
C00.4	Bösartige Neubildung: Unterlippe, Innenseite
C00.5	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet, Innenseite
C00.6	Bösartige Neubildung: Lippenkommissur
C00.8	Bösartige Neubildung: Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend
C00.9	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02.0	Bösartige Neubildung: Zungenrücken
C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C02.2	Bösartige Neubildung: Zungenunterfläche
C02.3	Bösartige Neubildung: Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
C02.4	Bösartige Neubildung: Zungentonsille
C02.8	Bösartige Neubildung: Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet
C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch
C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C03.9	Bösartige Neubildung: Zahnfleisch, nicht näher bezeichnet
C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens

ICD-Kode	Bezeichnung
C04.1	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet
C05.0	Bösartige Neubildung: Harter Gaumen
C05.1	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C05.2	Bösartige Neubildung: Uvula
C05.8	Bösartige Neubildung: Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend
C05.9	Bösartige Neubildung: Gaumen, nicht näher bezeichnet
C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut
C06.1	Bösartige Neubildung: Vestibulum oris
C06.2	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C06.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	Bösartige Neubildung der Parotis
C08.0	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis
C08.1	Bösartige Neubildung: Glandula sublingualis
C08.8	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend
C08.9	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris
C09.1	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet
C10.0	Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C10.1	Bösartige Neubildung: Vorderfläche der Epiglottis
C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C10.3	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Oropharynx
C10.4	Bösartige Neubildung: Kiemengang
C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx

ICD-Kode	Bezeichnung
C11.1	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C11.3	Bösartige Neubildung: Vorderwand des Nasopharynx
C11.8	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13.0	Bösartige Neubildung: Regio postcricoidea
C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
C13.2	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet
C14.0	Bösartige Neubildung: Pharynx, nicht näher bezeichnet
C14.2	Bösartige Neubildung: Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardial
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C22.0	Leberzellkarzinom
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.2	Hepatoblastom
C22.3	Angiosarkom der Leber
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C26.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis
C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis
C32.3	Bösartige Neubildung: Larynxknorpel
C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet
C33	Bösartige Neubildung der Trachea
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C37	Bösartige Neubildung des Thymus
C38.0	Bösartige Neubildung: Herz
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum
C38.2	Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.0	Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet
C39.8	Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial

ICD-Kode	Bezeichnung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C43.0	Bösartiges Melanom der Lippe
C43.1	Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
C43.2	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C43.8	Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet
C45.0	Mesotheliom der Pleura
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums
C45.2	Mesotheliom des Perikards
C45.7	Mesotheliom sonstiger Lokalisationen
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
C46.7	Kaposi-Sarkom sonstiger Lokalisationen
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe
C46.9	Kaposi-Sarkom, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C49.1	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
C49.4	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

ICD-Kode	Bezeichnung
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium
C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

ICD-Kode	Bezeichnung
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C57.9	Bösartige Neubildung: Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60.0	Bösartige Neubildung: Praeputium penis
C60.1	Bösartige Neubildung: Glans penis
C60.2	Bösartige Neubildung: Penisschaft
C60.8	Bösartige Neubildung: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae
C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae
C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals
C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
C67.7	Bösartige Neubildung: Urachus
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend

ICD-Kode	Bezeichnung
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C68.0	Bösartige Neubildung: Urethra
C68.1	Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse
C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C68.9	Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet
C69.0	Bösartige Neubildung: Konjunktiva
C69.1	Bösartige Neubildung: Kornea
C69.2	Bösartige Neubildung: Retina
C69.3	Bösartige Neubildung: Chorioidea
C69.4	Bösartige Neubildung: Ziliarkörper
C69.5	Bösartige Neubildung: Tränendrüse und Tränenwege
C69.6	Bösartige Neubildung: Orbita
C69.8	Bösartige Neubildung: Auge und Augenanhangsgebilde, mehrere Teilbereiche überlappend
C69.9	Bösartige Neubildung: Auge, nicht näher bezeichnet
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkshäute
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]

ICD-Kode	Bezeichnung
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet
C75.0	Bösartige Neubildung: Nebenschilddrüse
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
C75.4	Bösartige Neubildung: Glomus caroticum
C75.5	Bösartige Neubildung: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
C75.8	Bösartige Neubildung: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
C75.9	Bösartige Neubildung: Endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet
C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
C76.2	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.4	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C76.7	Bösartige Neubildung: Sonstige ungenau bezeichnete Lokalisationen
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten

ICD-Kode	Bezeichnung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse

ICD-Kode	Bezeichnung
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses
C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Folikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Folikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Folikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C83.1	Mantelzell-Lymphom
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom

ICD-Kode	Bezeichnung
C83.7	Burkitt-Lymphom
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
C88.20	Sonstige Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerekettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission

ICD-Kode	Bezeichnung
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8!	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

ICD-Kode	Bezeichnung
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
D68.5	Primäre Thrombophilie
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I

ICD-Kode	Bezeichnung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
E40	Kwashiorkor
E41	Alimentärer Marasmus
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet
E87.2	Azidose
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.1	Delir bei Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
G10	Chorea Huntington
G11.0	Angeborene nichtprogressive Ataxie
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie

ICD-Kode	Bezeichnung
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie
G12.2	Motoneuron-Krankheit
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet
G13.0*	Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie
G13.1*	Sonstige Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Neubildungen
G13.2*	Systematrophie, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Myxödem
G13.8*	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
G22*	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea
G25.5	Sonstige Chorea
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G31.81	Mitochondriale Zytopathie
G31.82	Lewy-Körper-Krankheit
G31.88	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems
G31.9	Degenerative Krankheit des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
G32.0*	Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G32.8*	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet
G37.0	Diffuse Hirnsklerose
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems

ICD-Kode	Bezeichnung
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.09	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)
G40.7	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G41.0	Grand-Mal-Status
G41.1	Petit-Mal-Status
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen
G41.8	Sonstiger Status epilepticus
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
I09.9	Rheumatische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Bezeichnung
I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.2	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I22.0	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand
I22.1	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand
I22.8	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I22.9	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I25.20	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
I25.21	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend
I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
I25.29	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.1	Kyphoskoliotische Herzkrankheit
I27.2	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße

ICD-Kode	Bezeichnung
I28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Lungengefäße
I28.9	Krankheit der Lungengefäße, nicht näher bezeichnet
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I43.0*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten
I43.2*	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten
I43.8*	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
I44.3	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block
I45.6	Präexzitations-Syndrom
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet
I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern
I49.1	Vorhofextrasystolie

ICD-Kode	Bezeichnung
I49.2	AV-junktionale Extrasystolie
I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie
I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.02!	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.04!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I70.0	Atherosklerose der Aorta
I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien

ICD-Kode	Bezeichnung
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert
I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert
I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.5	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert
I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
I71.9	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I73.1	Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger]
I73.8	Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
I77.1	Arterienstriktur
I79.0*	Aortenaneurysma bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
J69.1	Pneumonie durch Öle und Extrakte
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen
K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.9	Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert

ICD-Kode	Bezeichnung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
K76.3	Leberinfarkt
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R00.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages
R40.0	Somnolenz
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet
R47.0	Dysphasie und Aphasie
R56.0	Fieberkrämpfe
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
R57.2	Septischer Schock
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
R64	Kachexie
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis
U69.81!	Nosokomiale Sepsis
U69.82!	Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme
U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock
U69.84!	Nosokomialer septischer Schock
U69.85!	Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]
Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiofibrillators
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems
Z45.08	Anpassung und Handhabung von sonstigen kardialen (elektronischen) Geräten

ICD-Kode	Bezeichnung
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z49.2	Sonstige Dialyse
Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems
Z95.81	Vorhandensein eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems
Z95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z95.9	Vorhandensein von kardialem oder vaskulärem Implantat oder Transplantat, nicht näher bezeichnet
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

Potentielle Risikofaktoren OPS

Tabelle 9: Potentielle Risikofaktoren OPS (gemäß aktueller OPS-Version)

OPS-Code (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
1-207	Elektroenzephalographie [EEG]
5-311	Temporäre Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
5-312	Permanente Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-701	Einfache endotracheale Intubation UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-704	Intubation mit Doppellumentubus UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung UND mindestens 1 Beatmungsstunde gemäß Datenfeld § 301 SGB V

Potentielle Risikofaktoren Indizes

- Charlson Comorbidity Index
- Elixhauser Comorbidity Index

Anhang B: Datenfelder der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Anhang B.1: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Art der Versicherung			
IKNR-KASSE	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	http://www.arge-ik.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.
BEPERS	besonderer Personenkreis	§ 301-Vereinbarung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Patientenidentifizierende Daten			
EGK	eGK-Versichertennummer	<input type="checkbox"/>	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) übertragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
IKNR	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de □□□□□□□□□□□□	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.
STONR	Entlassender Standort	□□□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
FASCHLU-ESSEL	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de □□□□	
Patientin/Patient			
PATID	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
GEBDAT	Geburtsdatum	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
GE-SCHLECHT	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	
AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p>Beispiel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2022.</p>
ENTLDAT	Entlassdatum Krankenhaus	□□.□□.□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p>Beispiel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022 das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2022.
ENT-LGRUND	Entlassungsgrund	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de 1.u. 2. Stelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diagnostik			
DIAG.DT.BEK	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TT.MM.JJJJ	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
DIAG.DT.UNB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1 = ja	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
AUSLICD	Auslösende ICD-10-Kodes	ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hier sollen alle ausgelösten ICD-Filterkodes automatisch eingetragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
AUSLOPS	Auslösende OPS	OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hier sollen alle ausgelösten OPS-Filterkodes automatisch eingetragen werden.
ANZBEAT	Anzahl der Beatmungsstunden	Gemäß § 301 SGB V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
PALLOPS	Palliativ-OPS	OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hier sollen die ausgewählten Palliativ-OPS 8-982, 8-98e, 8-98h automatisch eingetragen werden.
KH.LET.ICD	Risikofaktoren Letalität ICD-10-Kodes	ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-ICD-10-Kodes automatisch eingetragen werden.
KH.LET.OPS	Risikofaktoren Letalität OPS	OPS (gemäß aktueller Version) http://www.dimdi.de	Hier sollen die ausgewählten Risikofaktoren-OPS automatisch eingetragen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung			
diag.dt.bek = Datum vorhanden			
scre.dgf >	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Das Screening muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.
scre.dgf = 1			
scre.inst.q uicks >>	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?	1 = ja	Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer,
scre.inst.n ews >>	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.and >>	Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?	1 = ja	M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287 National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.inst.unb >>	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, unbekannt?	1 = ja	
scre.inst.quicks = 1			
scre.quicks.dt.bek >>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	TT.MM.JJJJ	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.
scre.quicks.dt.unb >>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt	1 = ja	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
scre.quicks.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.quicks.sc.bek >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (einstellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
scre.quicks.sc.unb >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.news = 1			
scre.news. dt.bek >>>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	TT.MM.JJJJ	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.news. dt.unb >>>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt	1 = ja	
scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.news. sc.bek >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	---- Punktwert eintragen (zweistellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
scre.news. sc.unb >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt	1 = ja	
scre.quicksc.sc.bek = LEER UND scre.news.sc.bek = LEER			
scre.inst.s ofa >>>>	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?	0 = nein 1 = ja	Die Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
scre.inst.sofa = 1			
scre.sofa.d t.bek >>>>>>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	TT.MM.JJJJ	Tag der Sepsisdiagnose und Tag der Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.sofa.d t.unb >>>>>>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt	1 = ja	SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek			
scre.sofa.s c.bek >>>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen.	---- Punktwert eintragen (zweistellig)	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung:
scre.sofa.s c.unb >>>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt	1 = ja	Sequential Organ Failure Assessment (SOFA): Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis			
diag.dt.bek = Datum vorhanden			
anti.bio.myk.dgf >	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausaufenthaltsort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?	0 = nein 1 = ja	Zur sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zählt die Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
anti.bio.myk.dgf = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
bk.anti.bio.myk.dt.bek >>	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	TT.MM.JJJJ hh:mm	Unter dem Zeitpunkt der ersten sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes das Datum und die konkrete Uhrzeit der ersten Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zu verstehen. Dieser Zeitpunkt muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.anti.bio.myk.dt.unb >>	Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	1 = ja	
bk.anti.bio.myk.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden			
bk.abnahme.dgf >>>	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	0 = nein 1 = ja	Es handelt sich um die Blutkulturen, die zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert wurden. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.abnahme.dgf = 1			
bk.abnahme.dt.bek >>>>	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis	TT.MM.JJJJ hh:mm	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
bk.abnahme.dt.unb >>>>	Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt	1 = ja	oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es handelt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden			
bk.abnahme.anz.bek >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	__ Blutkultursets (zweistellig)	
bk.abnahme.anz.unb >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja	
bk.abnahme.anz.bek ≥ 2			
bk.ergb.pos >>>>>	bk.abnahme.anz.bek ≥ 2 War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?	0 = nein 1 = ja	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde.
bk.ergb.pos = 1			
bk.ergb.dt.bek >>>>>>	Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ hh:mm	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist der Zeitpunkt der ersten elektronischen/telefonischen Mitteilung des Labors einzutragen. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
bk.ergb.dt.unb >>>>>>	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis			
kh.let.zuv	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?	0 = nein 1 = ja	

Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Art der Versicherung			
IKNR	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	
STAND	Standort	□□□□□□□□	
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus			
anz.pflege. zvK	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen Angabe als Vollkräfte	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	Zu zählendes Personal: Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3756 Suchtmedizin
<p>praev.schul.doku</p>	<p>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?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, online oder in Präsenz durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
praev.schul.doku = 1			
praev.schul.anz >	Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen	---- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)	<u>Definition ZVK</u> Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	<p>Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben</p> <p>Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte</p>		<p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qua-</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>litätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Mindestens 80 % der angegebenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben.
praev.schul.anz > 0			
praev.anz.hfk >>	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte	----- Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)	
praev.anz.hfk > 0			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
praev.audit.dgf >>>	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	0 = nein 1 = ja	<u>Anforderungen an Audits</u> Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.
praev.audit.dgf = 1			
praev.audit.anz.eh >>>>	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)	Anforderungen an Audits Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden</p>
<p>praeval.audit.dgf = 1</p>			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
praev.audit.anz.zh >>>>	praev.audit.dgf = 1 Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	---- Anzahl der Audits (dreistellig)	<u>Anforderungen an Audits</u> Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden. Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team			
tll.abs.vlg	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.vlg= 1			
tll.abs.aus w.zuinf >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein: (Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) UND
tll.abs.aus w.fain >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.abs.aus w.fbabs >	Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	(Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker) UND
tll.abs.aus w.apoinf >	Die Berufsgruppe „Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie UND verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene
tll.abs.aus w.apoabs >	Die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Notwendige Qualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.
tll.abs.aus w.famik >	Die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Bei Krankenhäusern, die unter 300 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, können alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.
tll.abs.aus w.ahyg >	Die Berufsgruppe „verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene“ ist im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten	1 = ja	Bei Krankenhäusern, die über 299 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, müssen die entsprechenden Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden
tll.abs.aus w.and >	Im Antibiotic-Stewardship-Team sind andere Berufsgruppen vertreten	1 = ja	Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Experten bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.
(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1			
tll.abs.vlg.s ta >>	Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.vlg.sta = 0			
tll.bett.anz. stab >>>	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	----- Betten (vierstellig)	
tll.abs.vlg.sta = 1			
tll.bett.anz. staü >>>	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?	----- Betten (vierstellig)	Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen gemäß des letzten Berichts zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, die auf das Antibiotic Stewardship (ABS)-Team zugreifen.
((tll.bett.anz.stab > 299 ODER tll.bett.anz.staü > 299) UND (tll.abs.ausw.zuinf = 1))			
tll.abs.vk.z uinf >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt?	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der Antibiotic Stewardship (ABS)-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	
	Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.		Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)
tll.abs.vk.fa in >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	< 300	keine VK notwendig
tll.abs.vk.f babs >>>>	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder den Facharzt für die ABS-Tätigkeit festgelegt? Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.	----- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	300-599	0,5
			600-899	1,0
			900-1199	1,5
			1200-1499	2,0
			1500-1799	2,5
			1800-2099	3,0
			Je 300 Betten zusätzlich 0,5 Vollkräfte	
			<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Bei einer personenbezogenen Erfüllung mehrerer Qualifikationen sind die VK nur für eine der Berufsgruppen anzugeben. Eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen ist zulässig.
(tll.abs.ausw.zuinf = 1 ODER tll.abs.ausw.fain = 1 ODER tll.abs.ausw.fbabs = 1) UND (tll.abs.ausw.apoinf = 1 ODER tll.abs.ausw.apoabs = 1) UND tll.abs.ausw.famik = 1 UND tll.abs.ausw.ahyg = 1			
tll.abs.go.b g >>	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?	0 = nein 1 = ja	
tll.abs.go.bg = 1			
tll.ll.vlg >>>	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	0 = nein 1 = ja	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen internen Sepsis-Leitlinie geregelt ist, sondern als ausgewiesenes Kapitel zum Thema Sepsis in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p> <p>Die Leitlinie muss auf allen Fachabteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüssel (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) Gültigkeit besitzen:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.II.vlg = 1			
tll.II.pg.abs >>>>	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Eine federführende Beteiligung an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen ist gegeben, wenn alle Professionen des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen haben. Die Teilnahme an den Treffen muss dokumentiert werden. Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
tll.II.pg.abs = 1			
tll.II.pg.anw >>>>>	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Eine Beteiligung im Sinne dieses Datenfeldes ist gegeben, wenn mindestens ein Arzt oder einer Ärztin jener Fachabteilungen, auf denen die interne Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Gültigkeit besitzt, an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen hat oder anhand eines schriftlichen Umlaufverfahrens einbezogen worden ist. Die Teilnahme an den Treffen oder die Beteiligung am Umlaufverfahren muss dokumentiert werden. Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
tll.II.pg.abs = 1 UND tll.II.pg.anw = 1			
tll.II.td >>>>>	Enthielten die internen Leitlinien-zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	0 = nein 1 = ja	
tll.II.td = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
tll.ll.zg >>>>>	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	0 = nein 1 = ja	
tll.ll.zg = 1			
tll.visit.dgf >>>>>>	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.</p> <p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt</p> <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p>
tll.visit.dgf = 1			
tll.visit.anz >>>>>>>	<p>Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?</p> <p>Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.</p>	<p>---- Visiten (vierstellig)</p>	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis														
			<p>Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS)/ Intermediate Care Station (IMC)/Stroke Unit visitiert werden.</p> <table border="1" data-bbox="1317 815 2045 1351"> <thead> <tr> <th data-bbox="1317 815 1693 1011">Gesamtbettzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</th> <th data-bbox="1693 815 2045 1011">Anzahl geforderter Visiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1317 1011 1693 1067">< 300</td> <td data-bbox="1693 1011 2045 1067">25</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1067 1693 1123">300-599</td> <td data-bbox="1693 1067 2045 1123">50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1123 1693 1179">600-899</td> <td data-bbox="1693 1123 2045 1179">100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1179 1693 1235">900-1199</td> <td data-bbox="1693 1179 2045 1235">150</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1235 1693 1291">1200-1499</td> <td data-bbox="1693 1235 2045 1291">200</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1317 1291 1693 1351">1500-1799</td> <td data-bbox="1693 1291 2045 1351">250</td> </tr> </tbody> </table>	Gesamtbettzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten	< 300	25	300-599	50	600-899	100	900-1199	150	1200-1499	200	1500-1799	250
Gesamtbettzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten																
< 300	25																
300-599	50																
600-899	100																
900-1199	150																
1200-1499	200																
1500-1799	250																

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis				
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">1800-2099</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">300</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten</td> </tr> </table> <p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER</p> <p>Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER</p> <p>ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt)</p> <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p>	1800-2099	300	Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten	
1800-2099	300						
Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten							
tll.visit.anz > 0							
tll.visit.doku >>>>>>>>	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p>Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im</p>				

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p>
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis			
sop.vlg	<p>Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln, gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 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</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
sop.vlg = 1			
sop.zg >	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	0 = nein 1 = ja	
sop.zg = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
sop.risiko >>	War in der Arbeitsanweisung die Risiko-einschätzung für eine Sepsis bei Ver-dacht auf eine Infektion geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.zg = 1			
sop.anam >>>	War in der Arbeitsanweisung die Anam-neseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.anam = 1			
sop.vital >>>>	War in der Arbeitsanweisung die regel-mäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.vital = 1			
sop.fokus >>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Fokusi-identifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.fokus = 1			
sop.konsil >>>>>>	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsi-len sowie zu Konsilen derjenigen Fach-richtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Ver-dacht auf Sepsis festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
sop.fokus = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
sop.labor >>>>>>	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.labor = 1			
sop.mikro >>>>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.mikro = 1			
sop.anti.vlg >>>>>>>>	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
sop.anti.vlg= 1			
sop.anti.zeit >>>>>>>>>	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis War in der Arbeitsanweisung festgelegt? Angabe in Minuten	--- Minuten (dreistellig)	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.
sop.anti.zeit< 61			
sop.volumen >>>>>>>>>>>	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	0 = nein 1 = ja	
sop.volumen = 1			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
anz.pflege.sep	<p>Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll</p> <p>Angabe als Vollkräfte</p>	<p>_____ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
anz.pflege. zu	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll Angabe als Vollkräfte	----- weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)	<u>Zu zählendes Personal</u> Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist: Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK) Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
ert.doku	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	0 = nein 1 = ja	Anforderung an Schulungen Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden. Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
ert.doku = 1			
ert.anz >	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)	Anforderung an Schulungen Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden.</p> <p>Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsselnummern (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Mindestens 80 % des angegebenen ärztlichen sowie des Pflegepersonals müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der VK derselben.</p>

Anhang C: Entwicklung der nichtadministrativen Datenfelder: Indikatorenset 1.1 / nach Durchsicht / Indikatorenset 2.0

Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	DIAG.DT
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Datum der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = liegt vor 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Tag der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Datum der Sepsisdiagnose = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Tag der Sepsisdiagnose	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum des ersten Screenings		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	scre.dgf
Filter		
Wenn Tag der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden
Fragentext		
Datum des ersten Screenings	Wurde ein Sepsis-Screening durchgeführt?	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Das Screening muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben.
Schlüsselwerte		
0 = kein Screening durchgeführt 1 = liegt vor 9 = unbekannt	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Tag des ersten Screenings		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Datum des ersten Screenings = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Tag des ersten Screenings	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Tag der Sepsis und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Screeninginstrument		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 3	scre.inst
Filter		
Wenn Tag des ersten Screening vorhanden	Wenn Sepsis-Screening durchgeführt = 1	Wenn Sepsis-Screening durchgeführt = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Mit welchem Screening Instrument wurde gemessen?	Mit welchem Instrument wurde gescreent?	Mit welchem Instrument wurde gescreent?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Als standardisierte Messinstrumente werden nur die validierten SOFA (Vincent et al.), qSOFA (Singer et al. 2016) oder NEWS2 (RCP 2017) anerkannt.</p> <p>Wenn bei Patientinnen und Patienten ein SOFA-Score erhoben wurde, kann dieser alternativ zum Wert des qSOFA angegeben werden.</p>	<p>Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen:</p> <p>qSOFA: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>NEWS2: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p> <p>SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. <i>Intensive Care Medicine</i> 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751</p>	<p>Gemeint sind die in den folgenden Veröffentlichungen dargestellten Instrumente bzw. ihre deutschen Fassungen:</p> <p>quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287</p> <p>National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = qSOFA 2 = SOFA 3 = NEWS2 9 = unbekannt	1 = qSOFA 2 = NEWS 3 = SOFA 8 = anderes Instrument 9 = unbekannt (Mehrfachantworten möglich)	1 = qSOFA 2 = NEWS2 8 = anderes Instrument 9 = unbekannt (Mehrfachantworten möglich)
Screening-Score vorhanden		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Screeninginstrument = 1 ODER 2 ODER 3	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Screening-Score (Punktwert) des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 4	scre.quicks.dt
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Screening Instrument = 1	Wenn Screening Instrument = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweise		
[unbesetzt]	<p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third In-</p>	<p>Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.</p> <p>Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287	Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening Score des ersten Screenings qSOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	scre.quick.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 1 und Screening Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score= Wert vorhanden UND Diagnose Datum = Wert vorhanden UND Datum der Diagnose ≥ Datum des Screenings
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings qSOFA	Score (Punktwert) des ersten qSOFA	Score (Punktwert) des ersten qSOFA
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA): Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). <i>JAMA</i> 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (einstellig)	Punktwert eintragen (einstellig) 9 = unbekannt	Punktwert eintragen (einstellig) 9 = unbekannt
SOFA durchgeführt		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	scre.inst.sofa
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score = Datum nicht vorhanden ODER = 9 UND Datum der ersten Bestimmung des NEWS2 = Datum nicht vorhanden ODER = 9

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Die Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score muss sich auf die erste Sepsisepisode bezogen haben. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Datum der ersten Bestimmung des SOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 8	scre.sofa.dt

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Screening Instrument = 3	Wenn Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Score = Datum nicht vorhanden ODER = 9) UND Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Datum nicht vorhanden oder = 9)
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751	Tag der Sepsisdiagnose und Tag der Bestimmung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores dürfen identisch sein. Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: SOFA: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	9 = unbekannt	9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings SOFA		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 9	scre.sofa.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 2 und Screening Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores = Wert vorhanden UND Datum der Sepsisdiagnose= Wert vorhanden UND Datum der ersten Bestimmung des SOFA Scores ≤ Datum der Sepsisdiagnose
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings SOFA	Score (Punktwert) des ersten SOFA	Score (Punktwert) des ersten SOFA
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen.
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A; Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: Sequential Organ Failure Assessment (SOFA): Vincent, J-L; Moreno, R; Takala, J; Willatts, S; De Mendonça, A;

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751	Bruining, H; et al. (1996): The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Medicine 22(7): 707-710. DOI: 10.1007/bf01709751
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (zweistellig)	Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt	---- Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt
Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 6	scre.news.dt
Filter		
[unbesetzt]		Wenn Screening Instrument = 2
Fragentext		
[unbesetzt]	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt
Screening-Score des ersten Screenings NEWS2		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 7	scre.news.sc
Filter		
Wenn Screening Instrument = 3 und Screening-Score des ersten Screenings mit qSOFA oder SOFA oder NEWS2 vorhanden = 1	Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Wert vorhanden	Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores = Wert vorhanden UND Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden UND Wenn Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores ≤ Datum der Sepsisdiagnose

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Screening-Score des ersten Screenings NEWS2	Score (Punktwert) des ersten NEWS2	Score (Punktwert) des ersten NEWS2
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen	Auch einen Punktwert von 0 ggf. bitte eintragen
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2	Gemeint ist das in der folgenden Veröffentlichung dargestellte Instrument bzw. seine deutsche Fassung: National Early Warning Score 2 (NEWS2): RCP [Royal College of Physicians] (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party: December 2017. London, GB: RCP. ISBN: 978-1-86016-682-2
Schlüsselwerte		
Zahlenwert eintragen (einstellig)	Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt	---- Punktwert eintragen (zweistellig) 9 = unbekannt

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	DIAG.DT
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum der ersten Sepsisepisode einzutragen. Das Datum muss in der Patientenakte dokumentiert sein.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	anti.bio.myk.dgf
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Diagnose Datum= Wert vorhanden
Fragentext		
Wurde die Patientin/der Patient auf die Sepsis bezogen antimikrobiell behandelt?	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt?	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhaussandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Zur sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zählt die Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zeitpunkt antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn antimikrobielle Therapie = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Unter dem Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Qualitätsindikators die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antimikrobiellen Therapie zu verstehen.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	bk.anti.bio.myk.dt
Filter		
Wenn antimikrobielle Therapie = 1	Wenn antimikrobielle Therapie = 1	Wenn antibiotisch und/oder antimykotisch Therapie= 1
Fragentext		
Datum und Uhrzeit der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion auf die Sepsis bezogen	Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose	Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben
Ausfüllhinweis		
Unter dem Zeitpunkt der ersten antimikrobiellen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Qualitätsindikators die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antimikrobiellen Therapie zu verstehen.	Unter dem Zeitpunkt der ersten antibiotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes die erste Einleitung, Veränderung oder Umstellung der sepsisbezogenen antibiotischen Therapie zu verstehen.	Unter dem Zeitpunkt der ersten sepsisbezogenen antibiotischen und/oder antimykotischen therapeutischen Aktion ist im Sinne dieses Datenfeldes das Datum und die konkrete Uhrzeit der ersten Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie zu verstehen. Dieser Zeitpunkt muss in der

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ hh:mm	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 3	bk.abnahme.dgf
Filter		
Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit antimikrobielle Therapie = Werte vorhanden
Fragentext		
Abnahme und mikrobiologische Analyse von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es handelt sich um die Blutkulturen, die zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis abgenommen und mikrobiologisch analysiert wurden. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zeitpunkt Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Abnahme Blutkulturen = 1	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Zeitpunkt der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = Zeitpunkt nicht vorhanden 1 = Zeitpunkt vorhanden	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 4	bk.abnahme.dt
Filter		
Wenn Zeitpunkt Abnahme Blutkulturen = 1	Wenn Abnahme Blutkulturen = 1	Wenn Abnahme Blutkulturen = 1
Fragentext		
Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es han-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		delt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ hh:mm	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt	TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt
Anzahl Blutkulturen-Sets		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	bk.abnahme.anz
Filter		
Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Werte vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Datum und Uhrzeit vorhanden	Wenn Datum und Uhrzeit Abnahme Blutkulturen = Datum und Uhrzeit vorhanden
Fragentext		
Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) bei Erstabnahme, zur Identifizierung des Erregers der Sepsis	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Es ist das Datum und die konkrete Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, anzugeben. Die Entnahme der Blutkulturen darf maximal 2 Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose erfolgen. Dieser Zeitpunkt muss in der Akte dokumentiert sein. Es handelt sich hierbei nicht um den Zeitpunkt der Anforderung im Labor. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.
Schlüsselwerte		
Blutkultursets (zweistellig)	Blutkultursets (zweistellig) 9 = unbekannt	__ Blutkultursets (zweistellig) 9 = unbekannt
Ergebnis Blutkulturen positiv		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	bk.ergb.pos
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets = Wert vorhanden UND Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets ≥ 2

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Zeitpunkt Ergebnisse Blutkultur		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Anzahl Blutkulturen-Sets \geq 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist der Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6 bekannt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen oder Online-Befundes einzutragen.	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Datum und Uhrzeit Ergebnisse Blutkulturen		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 6	bk.ergb.dt
Filter		
Wenn Zeitpunkt Ergebnisse Blutkulturen = 1	Wenn Anzahl abgenommene Blutkulturen-Sets \geq 2	Wenn Ergebnis Blutkulturen positiv= 1
Fragentext		
Zeitpunkt des Eingangs des Ergebnisses der Blutkultur aus Datenfeld 6	Datum und Uhrzeit des Eingangs des Ergebnisses dieser Erstabnahme	Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen oder Online-Befundes einzutragen.</p>	<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist das Datum des ersten schriftlichen Befundes (Papier und/oder online) einzutragen.</p>	<p>Hierbei handelt es sich um das Ergebnis der ersten Blutkultur, welche zur Identifizierung des Erregers der Sepsis abgenommen wurde. Es ist der Zeitpunkt der ersten elektronischen/telefonischen Mitteilung des Labors einzutragen. Diese Mitteilung muss entweder in der Labordokumentation oder in der Patientenakte dokumentiert sein. Alle Angaben beziehen sich auf die erste Sepsisepisode.</p>
Schlüsselwerte		
<p>TT.MM.JJJJ hh:mm</p>	<p>TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt</p>	<p>TT.MM.JJJJ hh:mm 9 = unbekannt</p>

Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Antimikrobielle Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Fragentext		
Ist die Patientin/der Patient antimikrobiell aufgrund der Sepsisdiagnose behandelt worden?	Ist die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose antibiotisch behandelt worden?	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Datum der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	[unbesetzt]	
Filter		
Wenn Antimikrobielle Therapie = 1	[unbesetzt]	
Fragentext		
Datum der Sepsisdiagnose	[unbesetzt]	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
1 = liegt vor 9 = unbekannt	[unbesetzt]	
Tag der Sepsisdiagnose		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 2	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Filter		
Wenn Datum der Sepsisdiagnose = 1	Wenn antimikrobielle Therapie = 1	
Fragentext		
Tag der Sepsisdiagnose	Datum der Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	
Abnahme Procalcitonin		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 3	
Filter		
Wenn Tag der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	Wenn Datum der Sepsisdiagnose = Wert vorhanden	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Wurde mindestens zweimal nach Sepsisdiagnose Procalcitonin im Serum bezogen auf die sepsisspezifische antimikrobielle Therapie entnommen?	Wie häufig wurde nach der Sepsisdiagnose bezogen auf die sepsisspezifische antibiotische Therapie Procalcitonin im Serum entnommen?	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Falls keine Entnahme, bitte „0“ eintragen.	
Ausfüllhinweis		
Der Qualitätsindikator nimmt keine Einschränkung bei der Verwendung von PCT-basierten Algorithmen vor, um die Deeskalation der antimikrobiellen Therapie bei Sepsis zu steuern.	Der Qualitätsindikator nimmt keine Einschränkung bei der Verwendung von Procalcitonin (PCT)-basierten Algorithmen vor, um die Deeskalation der antibiotischen Therapie bei Sepsis zu steuern.	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	(zweistellig)	
Datum erste Abnahme		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 4	
Filter		
Wenn Abnahme Procalcitonin = 1	Wenn Abnahme Procalcitonin \geq 2	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose?	Datum der ersten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
Einer der PCT-Werte muss innerhalb der ersten sieben Tage nach Sepsisdiagnose gemessen worden sein.	Einer der Procalcitonin (PCT)-Werte muss innerhalb der ersten sieben Tage nach Sepsisdiagnose gemessen worden sein.	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	
Datum letzte Abnahme		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 5	
Filter		
Wenn Abnahme Procalcitonin = 1	Wenn Datum erste Abnahme= Wert vorhanden	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0) -Indikator entfällt-
Fragentext		
Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose?	Datum der letzten Abnahme von Procalcitonin nach Sepsisdiagnose	
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ 9 = unbekannt	

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

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl Pflege- und Pflegehilfpersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	anz.pflege.zvk
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Anzahl des Pflege- und Pflegehilfpersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl des Pflege- und Pflegehilfpersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern teilnehmen sollen
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
<p>Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund 2021b) und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingpersonal ein, sofern sie in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen sind Pflege- und Pflegehilfpersonal der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6).</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u> Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfpersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 	<p><u>Zu zählendes Personal:</u> Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
Pflege- und Pflegehilfpersonal (vierstellig)	Pflege- und Pflegehilfpersonal (vierstellig)	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Dokumentation Schulung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 2	praev.schul.doku
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat, dokumentiert?	Ist die Anzahl des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	Ist die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger dokumentiert, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen (KRINKO 2017).</p>	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen</p>	<p><u>Definition ZVK</u></p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden</p> <p>die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises zur Teilnahme</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Kenntnisse und praktische Fähigkeiten</p> <p>der Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>über Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>über Kathetermaterial</p> <p>über die korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p>	<p>Anforderungen an Schulungen</p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-</p>	<p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p> <p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. ▪ Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK ▫ Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK ▫ Kathetermaterial ▫ korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, online oder in Präsenz durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfpersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 3	praev.schul.anz
Filter		
Wenn Dokumentation Schulung = ja	Wenn Dokumentation Schulung = ja	Wenn Dokumentation Schulung = ja
Fragentext		
Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfpersonal, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern teilgenommen hat	Anzahl dieses Pflege- und Pflegehilfpersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat	Anzahl DIESER Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
Mindestens 80 % der in Datenfeld 1 genannten Pflegekräfte, müssen einmal jährlich geschult werden	<p>Definition ZVK</p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p>Anforderungen an Schulungen</p>	<p><u>Definition ZVK</u></p> <p>Im Sinne dieses Qualitätsindikators sind unter ZVK alle konventionellen, nicht getunnelten zentralen Venenkatheter, einschließlich der peripher eingeführten zentralvenösen Katheter (PICC), zu verstehen. Portkatheter werden im Rahmen des Qualitätsindikators ausgeschlossen.</p> <p><u>Anforderungen an Schulungen</u></p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <p>Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker.</p> <p>Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen:</p> <p>Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK</p> <p>Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK</p> <p>Kathetermaterial</p> <p>korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK</p> <p>Art der Durchführung der Schulungen</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p>Zu zählendes Personal:</p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein mindestens 6-</p>	<p>Schulungen sind für das Datenfeld nur dann zu berücksichtigen, wenn sie alle der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie wurden geleitet von einer Hygienefachkraft oder einer Krankenhaushygienikerin bzw. einem Krankenhaushygieniker. ▪ Die Schulungsinhalte wurden in einem praktischen und in einem theoretischen Schulungsformat vermittelt und beinhalteten alle der folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Inspektion von Verbänden und der Verbandspflege (inkl. Verbandswechsel) von ZVK ▫ Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK ▫ Kathetermaterial ▫ korrekte Datierung und Beschriftung an ZVK <p><u>Art der Durchführung der Schulungen</u></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Mindestens 80 % der angegebenen Pflegekräfte müssen einmal jährlich geschult werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Mindestens 80 % der angegebenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben.
Schlüsselwerte		
Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Pflege- und Pflegehilfspersonal (vierstellig)	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig)
Schulungsformat		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Durch welche Schulungsformate werden die Inhalte zum Thema Pflege von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern vermittelt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die Schulungen müssen praktisch sowie theoretisch vermittelt werden	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
1 = praktisches Schulungsformat 2 = theoretisches Schulungsformat 9 = unbekannt (Mehrfachnennung möglich)	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schulungsvermittler		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Schulungsformat = 1 UND 2	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Von wem wurden die Schulungsinhalte vermittelt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die Schulungsinhalte müssen von der Hygienefachkraft und/oder der Krankenhaushygienikerin bzw. dem Krankenhaushygieniker vermittelt werden	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = keine der aufgelisteten Professionen	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
1 = Hygienefachkraft 2 = Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker 9 = unbekannt (Mehrfachnennung möglich)		
Anzahl Hygienefachkräfte		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 4	prae.v.anz.hfk
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfpersonal > 0	Wenn Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfpersonal > 0
Fragentext		
Anzahl der Hygienefachkräfte, die im Erfassungsjahr angestellt waren	Anzahl der Hygienefachkräfte, die am 31.12 des Erfassungsjahres am Standort beschäftigt waren	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
Zusatzangabe		
Erweiterte Datenfeldbezeichnung: abgefragt wird nur die notwendige Mindestmenge, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) vorgegeben ist	Angabe bitte in Vollzeitäquivalenten (Vollzeitkräften), auf die nächste ganze Zahl abgerundet. Falls nach dieser Berechnung keine Vollzeitäquivalente beschäftigt waren, bitte „0“ eintragen.	Angabe in Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Die Anzahl der Hygienefachkräfte orientiert sich an der der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl gemäß der Empfehlung des Robert Koch Instituts (RKI) (KRINKO 2009)	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
Anzahl der Hygienefachkräfte (dreistellig)	Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)	---- Anzahl der Hygienefachkräfte (zweistellig)
Audit Durchführung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 5	prae.v.audit.dgf
Filter		
Wenn Anzahl Hygienefachkräfte > 0	Wenn Anzahl Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0	Wenn Anzahl Anzahl geschultes Pflege- und Pflegehilfspersonal > 0
Fragentext		
Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege durch von Hygienefachkräften geführte Audits?	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Art der Durchführung der Audits</p> <p>Audits können auf allen Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p> <p>die Ergebnisse der Audits sollen über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden</p> <p>Ziel ist die Überprüfung der Einhaltung von erarbeiteten und festgelegten Standards</p> <p>Anforderungen an Audits</p> <p>Prüfung des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p>	<p>Anforderungen an Audits</p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p>	<p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p> <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des ZVK-Verbandes ▪ der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels ▪ der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage ▪ Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion ▪ der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Anzahl durchgeführter Audits		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 6	praev.audit.anz.eh
Filter		
Wenn Audit Durchführung = 1	Wenn Audit Durchführung = 1	Wenn Audit Durchführung = 1
Fragentext		
Anzahl der Audits zur Überprüfung der nichtgetunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im Erfassungsjahr durchgeführt wurden	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p>Ein Audit besteht aus mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit ZVK)</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden</p> <p>Für die Berechnung der Anzahl an Audits pro Hygienefachkraft soll das Ergebnis der Risikobewertung gemäß RKI Empfehlung (KRINKO 2009) kaufmännisch gerundet werden</p>	<p>Anforderungen an Audits</p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p>	<p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <p>des ZVK-Verbandes</p> <p>der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels</p> <p>der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage</p> <p>der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Vorgaben zu Nutzungsintervallen</p> <p>der Konnektionsstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2000 Geriatrie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3400 Dermatologie ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin <p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des ZVK-Verbandes ▪ der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage ▪ Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion ▪ der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p> <p>Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.</p>
Schlüsselwerte		
Anzahl der Audits (dreistellig)	Anzahl der Audits (dreistellig)	---- Anzahl der Audits (dreistellig)
Anzahl durchgeführter Audits (zweites Halbjahr)		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	praev.audit.anz.zh
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Audit Durchführung = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten zentralen Venenkatheter-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p><u>Anforderungen an Audits</u></p> <p>Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlentherapie 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2000 Geriatrie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3400 Dermatologie 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Ein Audit bezeichnet den Abgleich des Ist-Zustandes mit den vorgegebenen Anforderungen anhand einer Checkliste.</p> <p>Ein Audit besteht aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK).</p> <p>Jeder der ausgewählten Fälle muss einmal anhand der Checkliste überprüft werden.</p> <p>Die Überprüfung der Fälle sollte möglichst an einem Tag erfolgen, falls dies aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einem ZVK nicht möglich sein sollte, können die Fälle an unterschiedlichen Tagen begutachtet werden.</p> <p>Eine Fallprüfung ist für das Audit nur dann zu zählen, wenn sie eine Prüfung aller folgenden Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> des ZVK-Verbandes der genauen Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage bzw. des letzten Verbandswechsels der Sicherheitsaspekte bei der Befestigung der Verbandsanlage Prüfung der korrekten Beschriftung von Infusionen und der Einhaltung des Start-Datums und der zulässigen maximalen Nutzungsdauer der Infusion der Konnektionsstellen <p>Die Audits sind nur dann zu zählen, wenn die Ergebnisse über Checklisten dokumentiert, zeitnah mitgeteilt und diskutiert werden.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Je Hygienefachkraft soll mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden.
Schlüsselwert		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Anzahl der Audits (dreistellig)
Arbeitsanweisung Legung ZVK		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 7	[unbesetzt]
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Anzahl durchgeführter Audits > 0	[unbesetzt]
Fragentext		
Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine für alle Stationen gemäß Ausfüllhinweis von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur Legung von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern, vor?	Lag im gesamten Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Legung nicht getunnelter zentraler Venenkatheter gemäß Ausfüllhinweis vor?	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Art der Durchführung	Anforderungen an die Arbeitsanweisung	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Ausgenommen vom Vorliegen einer SOP zur Legung von nichtgetunnelten zentralen Venenkathetern sind die Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p> <p>Anforderung an die SOP</p> <p>Händedesinfektion und Einsatz von maximalen Barrieremaßnahmen bei Anlage eines ZVK</p> <p>korrekte Durchführung der Hautantiseptik vor Anlage eines ZVK mit einem geeigneten alkoholischen Antiseptikum</p> <p>Verwendung von sterilen Geräten für den Zugang (z. B. eine ultraschallgeführte Katheteranlage)</p> <p>Bestmöglicher Anlageorte eines ZVK</p> <p>Liegedauer des ZVK</p>	<p>Die Frage ist nur dann zu bejahen, wenn alle der folgenden Anforderungen erfüllt sind:</p> <p>Die Arbeitsanweisung ist von der Krankenhausleitung freigegeben.</p> <p>Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln, gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Die Arbeitsanweisung regelt folgende Inhalte:</p> <p>Händedesinfektion und Einsatz von maximalen Barrieremaßnahmen bei Anlage eines ZVK</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	korrekte Durchführung der Hautantiseptik vor Anlage eines ZVK mit einem geeigneten alkoholischen Antiseptikum Verwendung von sterilen Geräten für den Zugang (z. B. eine ultraschallgeführte Katheteranlage) bestmögliche Anlageorte eines ZVK Liegedauer des ZVK	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]
Zugriff Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	Datenfeld 8	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Arbeitsanweisung Legung ZVK = 1	Wenn Arbeitsanweisung Legung ZVK = 1	[unbesetzt]
Fragentext		
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender im gesamten Erfassungsjahr jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	[unbesetzt]

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

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 1	tll.abs.vlg
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Unter einem ABS-Team versteht man eine Gruppe von Personen, die bezüglich der rationalen Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus die verordnenden Ärztinnen und Ärzte berät. Das ABS-Team kann außerdem bezüglich anderer antiinfektiver Therapieformen beraten.	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Professionen ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 2	tll.abs.ausw
Filter		
[unbesetzt]	Wenn ABS-Team = 1	Wenn ABS-Team = 1
Fragentext		
Aus welchen Professionen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?	Aus welchen Berufsgruppen besteht das Antibiotic-Stewardship-Team?	Welche der folgenden Berufsgruppen sind im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>notwendige Qualifikationen sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder von der Stundenzahl und dem Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 250 Betten gemäß Gesamt-bettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qualitätsbericht-Richtlinie der Krankenhäuser (Qb-R) aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6), können alle Stellen des ABS-Teams extern besetzt werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 250 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qb-R aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6), müssen die entsprechenden VZÄ für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators vorgehalten werden</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene</p>	<p>Dem ABS-Team müssen Mitglieder folgender Berufsgruppen angehören:</p> <p>(Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt)</p> <p>UND</p> <p>(Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker)</p> <p>UND</p> <p>Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</p> <p>UND</p> <p>verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene</p> <p>notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 250 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser</p>	<p>Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker) <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt für die Krankenhaushygiene <p>Notwendige Qualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS expert-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die unter 300 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, können</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig</p>	<p>(Qb-R) aufweisen (ausgenommen sind Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6:</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin),</p> <p>können alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 249 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts des letzten Berichts gemäß Qb-R aufweisen (ausgenommen Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6:</p> <p>1000 Pädiatrie</p>	<p>alle Leistungen des ABS-Teams von externen Dienstleistern erbracht werden.</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über 299 Betten gemäß Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte des letzten Berichts gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufweisen, müssen die entsprechenden Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden.</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin),</p> <p>müssen die entsprechenden VZÄ für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt gemäß den Anforderungen dieses Qualitätsindikators intern vorgehalten werden.</p> <p>Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und verantwortliche Ärztin oder Arzt für die Krankenhaushygiene durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
<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</p> <p>(Mehrfachnennung möglich)</p>	<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</p> <p>(Mehrfachnennung möglich)</p>	<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</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>
ABS Team standortübergreifend		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.abs.vlg.sta
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Professionen ABS-Team= 1 ODER 2 ODER 3 UND

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Professionen ABS-Team= 4 ODER 5 UND Professionen ABS-Team= 6 UND Professionen ABS-Team= 7
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wird das ABS-Team standortübergreifend vorgehalten?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja
Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 3	tll.bett.anz.stab
Filter		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wenn Professionen ABS-Team = 1 UND 2 UND 3 UND 4	Wenn Professionen ABS-Team = (1 ODER 2 ODER 3) UND (4 ODER 5) UND 6 UND 7	Wenn ABS Team standortübergreifend = 0
Fragentext		
Mit wie vielen Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie ist der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie) waren die Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis des Standortes im Erfassungsjahr ausgestattet?	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsberichts der Krankenhäuser) war der Standort im Erfassungsjahr ausgestattet?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Ausgenommen sind Betten der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)	Zu zählen sind die Betten aller Abteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	
Schlüsselwerte		
---- Betten (vierstellig)	---- Betten (vierstellig)	---- Betten (vierstellig)
Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie standortübergreifend		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.bett.anz.staü
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn ABS-Team standortübergreifend = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Mit wie vielen Gesamtbetten (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) waren die Standorte im Erfassungsjahr ausgestattet, die auf das ABS-Team zugreifen?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzugeben sind die Gesamtbetten aller Standorte mit demselben Institutionskennzeichen gemäß des letzten Berichts zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, die auf das Antibiotic Stewardship (ABS)-Team zugreifen.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Betten (vierstellig)
VZÄ ABS-Team		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 4	tll.abs.vk
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 249	Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 249	Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie > 299 ODER Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie standortübergreifend > 299
Fragentext		
Wie viele VZÄ sind für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt festgelegt?	Wie viele VZÄ waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?	Wie viele VK waren am 31.12. des Erfassungsjahres für die folgenden Berufsgruppen für die ABS-Tätigkeit festgelegt?

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)																																										
Zusatzangabe																																												
[unbesetzt]	Wenn für eine Berufsgruppe keine VZÄ festgelegt waren, bitte „0“ eintragen.	Wenn keine VK festgelegt waren, „0“ eintragen.																																										
Ausfüllhinweis																																												
<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie / Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)</th> <th style="text-align: center;">Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">keine VZÄ notwendig</td> <td style="text-align: center;">< 249</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,5</td> <td style="text-align: center;">250 - 499</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,0</td> <td style="text-align: center;">500 - 749</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,5</td> <td style="text-align: center;">750 - 999</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2,0</td> <td style="text-align: center;">1000 - 1249</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2,5</td> <td style="text-align: center;">1250 - 1499</td> </tr> </tbody> </table>	Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie	keine VZÄ notwendig	< 249	0,5	250 - 499	1,0	500 - 749	1,5	750 - 999	2,0	1000 - 1249	2,5	1250 - 1499	<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der ABS-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)</th> <th style="text-align: center;">Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">keine VZÄ notwendig</td> <td style="text-align: center;">≤ 249</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0,5</td> <td style="text-align: center;">250-499</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,0</td> <td style="text-align: center;">500-749</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1,5</td> <td style="text-align: center;">750-999</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2,0</td> <td style="text-align: center;">1.000-1.249</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2,5</td> <td style="text-align: center;">1.250-1.499</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3,0</td> <td style="text-align: center;">≥ 1.500</td> </tr> </tbody> </table>	Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie	keine VZÄ notwendig	≤ 249	0,5	250-499	1,0	500-749	1,5	750-999	2,0	1.000-1.249	2,5	1.250-1.499	3,0	≥ 1.500	<p>Die Kriterien zur personellen Ausstattung der Fachärztin oder des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER der Fachärztin oder des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie ODER der Antibiotic Stewardship (ABS)-fortgebildeten klinisch tätigen Fachärztin oder des Facharztes sind wie folgt festgelegt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</th> <th style="text-align: center;">Anzahl der Vollkräfte (VK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">< 300</td> <td style="text-align: center;">keine VK notwendig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">300-599</td> <td style="text-align: center;">0,5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">600-899</td> <td style="text-align: center;">1,0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">900-1199</td> <td style="text-align: center;">1,5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1200-1499</td> <td style="text-align: center;">2,0</td> </tr> </tbody> </table>	Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)	< 300	keine VK notwendig	300-599	0,5	600-899	1,0	900-1199	1,5	1200-1499	2,0
Anteil der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie																																											
keine VZÄ notwendig	< 249																																											
0,5	250 - 499																																											
1,0	500 - 749																																											
1,5	750 - 999																																											
2,0	1000 - 1249																																											
2,5	1250 - 1499																																											
Anzahl der Vollzeitstellenäquivalente (VZÄ)	Gesamtbettenzahl des Standorts der letzten Qualitätsbericht-Richtlinie																																											
keine VZÄ notwendig	≤ 249																																											
0,5	250-499																																											
1,0	500-749																																											
1,5	750-999																																											
2,0	1.000-1.249																																											
2,5	1.250-1.499																																											
3,0	≥ 1.500																																											
Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl der Vollkräfte (VK)																																											
< 300	keine VK notwendig																																											
300-599	0,5																																											
600-899	1,0																																											
900-1199	1,5																																											
1200-1499	2,0																																											

Indikatorenset 1.1		nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)	
3,0	≥ 1500	<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz</i> 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p>	1500-1799	2,5
			1800-2099	3,0
			Je 300 Betten zusätzlich 0,5 Vollkräfte	
<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO 2009).</p>		<p>Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern gemäß des Datenfeldes können in den ersten beiden Jahren zu 50 %, ab dem dritten Jahr zu 90 % angerechnet werden (KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz</i> 52(9): 951-962. DOI: 10.1007/s00103-009-0929-y)</p> <p>Bei einer personenbezogenen Erfüllung mehrerer Qualifikationen sind die VK nur für eine der Berufsgruppen anzugeben. Eine Aufsummierung der VK von verschiedenen Personen ist zulässig.</p>		
Schlüsselwerte				
---	VZÄ (einstellig)	<p>DF2 = 1: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ----</p> <p>VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)</p> <p>DF2 = 2: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie</p>	<p>tll.abs.ausw = 1: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ----</p> <p>VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)</p> <p>tll.abs.ausw = 2: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	---- VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) DF2 = 3: Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt ---- VZÄ (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)	---- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle) tll.abs.ausw = 3: Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt ---- VK (einstellig zzgl. einer Nachkommastelle)
Professionen ABS-Team Geschäftsordnung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 5	tll.abs.go.bg
Filter		
Wenn Professionen ABS-Team = 1 UND 2 UND 3 UND 4	Wenn Professionen ABS-Team = (1 ODER 2 ODER 3) UND (4 ODER 5) UND 6 UND 7	Wenn Professionen ABS-Team= 1 ODER 2 ODER 3 UND Professionen ABS-Team= 4 ODER 5 UND Professionen ABS-Team= 6 UND Professionen ABS-Team= 7
Fragentext		
Sind die beteiligten Professionen für das Antibiotic-Stewardship-Team in der Geschäftsordnung geregelt?	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?	Ist in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?
Zusatzangabe		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Vorliegen Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 6	tll.II.vlg
Filter		
Wenn Professionen ABS-Team Geschäftsordnung = 1	Wenn Professionen ABS-Team Geschäftsordnung = 1	Wenn Geschäftsordnung ABS Berufsgruppen = 1
Fragentext		
Liegen interne Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, mit empfohlenen Therapiedauern im Krankenhausstandort vor?	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?	Lagen im gesamten Erfassungsjahr im Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis vor, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>die internen Therapieleitlinien sollen unter Berücksichtigung nationaler und ausländischer Leitlinien sowie der lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage entwickelt werden.</p>	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen Leitlinie geregelt ist, sondern in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p>	<p>Diese Frage kann nur dann bejaht werden, wenn bei der Erstellung und Aktualisierung der Leitlinie bzw. Leitlinien Informationen, soweit verfügbar, aus nationalen und internationalen Leitlinien sowie zur lokalen/regionalen Erreger- und Resistenzlage berücksichtigt wurden.</p> <p>Diese Frage kann auch dann bejaht werden, wenn die antiinfektive Therapie der Sepsis nicht in einer eigenständigen internen Sepsis-Leitlinie geregelt ist, sondern als ausgewiesenes Kapitel zum Thema Sepsis in einer oder mehreren übergreifenden Leitlinien.</p> <p>Die Leitlinie muss auf allen Fachabteilungen, ausgenommen der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) Gültigkeit besitzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 7	tll.II.pg.abs
Filter		
Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
Ist die Erstellung und Aktualisierung der internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit entsprechender Organfoci adressieren, durch das ABS-Team unter Einbezug der Anwenderinnen und Anwender in der Geschäftsordnung geregelt?	Mitglieder welcher Personengruppen waren an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis beteiligt?	War das ABS-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Die Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis müssen unter Beteiligung des ABS-Teams und der Anwenderinnen und Anwender erfolgen.	Eine federführende Beteiligung an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen ist gegeben, wenn alle Professionen des Antibiotic Stewardship (ABS)-Teams an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen haben. Die Teilnahme an den Treffen muss dokumentiert werden.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	1 = ABS-Team 2 = Anwenderinnen und Anwender 8 = andere (Mehrfachantworten möglich)	0 = nein 1 = ja
Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien Anwenderinnen und Anwender		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.II.pg.anw
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Vorliegen Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p>Eine Beteiligung im Sinne dieses Datenfeldes ist gegeben, wenn mindestens ein Arzt oder einer Ärztin jener Fachabteilungen, auf denen die interne Therapieleitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Gültigkeit besitzt, an den Treffen zur Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinie im Erfassungsjahr teilgenommen hat oder anhand eines schriftlichen Umlaufverfahrens einbezogen worden ist. Die Teilnahme an den Treffen oder die Beteiligung am Umlaufverfahren muss dokumentiert werden.</p> <p>Bei bestehenden Leitlinien-Empfehlungen muss im Erfassungsjahr mindestens eine Überprüfung auf Aktualität erfolgen.</p>
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p>0 = nein 1 = ja</p>
Empfehlungen zu Therapiedauern		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 8	tll.II.td
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1 UND 2	Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1 UND Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien Anwenderinnen und Anwender = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
[unbesetzt]	Enthielten die Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?	Enthielten die internen Leitlinien-zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zugriff Therapieleitlinien		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 9	tll.II.zg
Filter		
Wenn Erstellung und Aktualisierung Therapieleitlinien = 1	Wenn Empfehlungen zu Therapiedauern = 1	Wenn Empfehlungen Therapiedauern = 1
Fragentext		
Liegen die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie, die Indikation Sepsis mit unklarem Fokus oder mit	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Thera-

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
entsprechender Organfoci adressieren, allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher (z. B. Kitteltaschen-Format) und/oder elektronischer Form vor?	allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?	pie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Durchführung Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 10	tll.visit.dgf
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser r < 250	Wenn Zugriff Therapieleitlinien = 1	Wenn Zugriff Therapieleitlinien = 1
Fragentext		
Wurden im Erfassungsjahr quartalsweise, stationsübergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt??	Wurden im Erfassungsjahr ABS-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?
Zusatzangabe		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p><u>ABS-Visite</u></p> <p>Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene</p> <p>Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert</p> <p>das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapie-dauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden</p> <p>Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapie-reevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden</p>	<p><u>Definition ABS-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Die ABS-Visiten können stationsbezogen oder stationsübergreifend erfolgen. Die folgenden Frequenzen von ABS-Visiten, je nach Bettenzahl gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie, müssen erreicht werden:</p> <p>≤ 249 Betten: quartalsweise ABS-Visiten</p> <p>250 - 499 Betten: monatliche ABS-Visiten</p> <p>≥ 500 Betten: wöchentliche ABS-Visiten</p>	<p><u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u></p> <p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei der das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Pa-</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>tient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.</p> <p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER ▪ Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ▪ ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.</p>
Schlüsselwerte		
0 = nein	0 = nein	0 = nein

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
1 = ja	1 = ja, seltener als quartalsweise 2 = ja, mindestens quartalsweise aber seltener als monatlich 3 = ja, mindestens monatlich aber seltener als wöchentlich 4 = ja, mindestens wöchentlich	1 = ja
Monatliche Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichts-Richtlinie der Krankenhäuser = 250-499	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Wurden im Erfassungsjahr monatliche, stations-übergreifende bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<u>ABS-Visite</u>	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene</p> <p>Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert</p> <p>das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapie-dauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden</p> <p>Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapieevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden</p>		
Schlüsselwerte		
<p>0 = nein 1 = ja</p>	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Wöchentliche Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Filter		
Wenn Gesamtbetten gemäß Qb-R > 499	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wurden im Erfassungsjahr wöchentliche, stationsbezogene bettseitige Visiten von Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p><u>ABS-Visite</u></p> <p>Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Diagnose, Substanzwahl, Dosis, Dosierungsintervall, Verabreichungsart und Anwendungsdauer, idealerweise auf Patientenebene</p> <p>Ergebnisse werden in der Regel direkt und in persönlicher Interaktion mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert</p> <p>das ABS-Team soll in ABS-Visiten auf die Therapiedauer hinweisen, um eine unnötig lange Behandlungsdauer zu vermeiden</p> <p>Deeskalationsmaßnahmen sollen im Rahmen der Therapie-reevaluation nach klinischen Kriterien, mikrobiologischen bzw. anderen diagnostischen Befunden durchgeführt werden</p>	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl Visiten		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	tll.visit.anz
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wenn Personengruppen Erstellung Leitlinien = 1 UND 2
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?
Zusatzangaben		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<u>Definition Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite</u> ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)				
		<p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden.</p> <p>Eine Visite kann nur gezählt werden, wenn die entsprechende Patientin oder der entsprechende Patient im Verlauf des stationären Aufenthaltes dokumentationspflichtig im Rahmen dieses QS-Verfahrens wird.</p> <p>Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS)/ Intermediate Care Station (IMC)/ Stroke Unit visitiert werden.</p> <table border="1" data-bbox="1496 1023 2022 1307"> <thead> <tr> <th data-bbox="1496 1023 1798 1254">Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</th> <th data-bbox="1798 1023 2022 1254">Anzahl geforderter Visiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1496 1254 1798 1307">< 300</td> <td data-bbox="1798 1254 2022 1307">25</td> </tr> </tbody> </table>	Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten	< 300	25
Gesamtbettenzahl des Standorts / der Standorte der letzten Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	Anzahl geforderter Visiten					
< 300	25					

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)	
		300-599	50
		600-899	100
		900-1199	150
		1200-1499	200
		1500-1799	250
		1800-2099	300
		Je 300 Betten zusätzlich 50 Visiten	
		<p>Die Visiten müssen mindestens durch eine der folgenden Berufsgruppen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER ▪ Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ▪ ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt) <p>Die Visiten können auch durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den infektionsmedizinischen Fächern durchgeführt werden.</p> <p>Notwendige Qualifikationen für die Antibiotic-Stewardship-Fortbildung sind die Kurse „ABS fellow-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie</p>	

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		(DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	---- Visiten (vierstellig)
Visitenprotokoll		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 11	Datenfeld 11	tll.visit.doku
Filter		
<p>Wenn Quartalsweise Visiten = 1 ODER Monatliche Visiten = 1 ODER Wöchentliche Visiten = 1</p>	<p>Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie ≤ 249 UND Quartalsweise Visiten = 2 ODER 3 ODER 4 ODER Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie - $R \geq 250$ UND ≤ 249 UND Quartalsweise Visiten = 2 ODER 3 ODER 4 ODER Wenn Gesamtbetten gemäß Qualitätsberichtsrichtlinie - $R \geq 500$ Quartalsweise Visiten = 4</p>	<p>Wenn Anzahl Visiten > 0</p>
Fragentext		

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Wurden diese in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	Wurden alle diese Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<p>ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p>	<p>Antibiotic Stewardship (ABS)-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärzten diskutiert werden.</p> <p>Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.</p> <p>Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der Patientin oder des Patienten hinsichtlich möglicher Infektionserkrankungen mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten besprochen wird und falls notwendig, die antibiotischen Verordnungen angepasst werden</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Vorliegen einer Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	sop.vlg
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Lag in ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine einheitlich für das gesamte Krankenhaus geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten \geq 18 Jahren vor?	Lag in ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Abteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung der Ärztlichen Direktion zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patienten (\geq 18 Jahren) vor?	Galt an ihrem Krankenhausstandort im gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (\geq 18 Jahren), die durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert ist?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
Die einheitliche Arbeitsanweisung (SOP) ist nicht gültig für die Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)	Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie	Die Arbeitsanweisung muss für alle Fachabteilungen, ausgenommen derjenigen mit folgenden Schlüsseln gelten (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6): 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Die Zusammensetzung der aufgeführten Prozessbestandteile gemäß den Datenfeldern 24 bis 33 zu „Maßnahmebündel“ obliegt den Einrichtungen.</p>	<p>1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p>	<p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zugriff Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 2	sop.zg
Filter		
Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vorliegen einer Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Kann jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	Konnte jede Anwenderin bzw. jeder Anwender jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 3	sop.risiko
Filter		
Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1	Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1	Wenn Zugriff Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis, bei Verdacht auf eine Infektion, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Anamneseerhebung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 4	Datenfeld 4	sop.anam
Filter		
Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Risikoeinschätzung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Vitalparameter Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 5	Datenfeld 5	sop.vital
Filter		
Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Anamneseerhebung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 6	Datenfeld 6	sop.fokus

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Vitalparameter Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Verdacht auf Sepsis und Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Fokusidentifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Konsile Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 7	Datenfeld 7	sop.konsil
Filter		
Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Fokusidentifizierung Arbeitsanweisung = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung der Einbezug eines Konsils derjenigen Fachrichtung, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welcher der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Laborparameter Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 8	Datenfeld 8	sop.labor
Filter		
Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1	Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1	Wenn Konsile Arbeitsanweisung = 1

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Fragentext		
Sind in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter, bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Mikrobiologie Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 9	Datenfeld 9	sop.mikro sop.mikro
Filter		
Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1	Wenn Laborparameter Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 10	Datenfeld 10	sop.anti.vlg
Filter		
Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Mikrobiologie Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten, zur Einleitung der antiinfektiven Therapie in der Arbeitsanweisung festgelegt?	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?	War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
Zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	Datenfeld 11	sop.anti.zeit
Filter		
[unbesetzt]	Wenn Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1	Wenn Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
[unbesetzt]	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?	Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte in Minuten	Angabe in Minuten
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.	Im Rahmen der Arbeitsanweisung muss ein zeitlicher Zielwert von 60 Minuten zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis festgelegt sein.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	Minuten (dreistellig)	--- Minuten (dreistellig)
Häodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 11	Datenfeld 12	sop.volumen
Filter		
Wenn Antiinfektive Therapie Arbeitsanweisung = 1	Wenn zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie < 61	Wenn zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie < 61
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamische Stabilisierung (Volumentherapie), bei Verdacht auf Sepsis, geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen häodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Patienteninformation Arbeitsanweisung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 12	Datenfeld 13	sop.info
Filter		
Wenn Hämodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Hämodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1	Wenn Hämodynamische Stabilisierung Arbeitsanweisung = 1
Fragentext		
Ist in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Hierfür kann das Informationsblatt „Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis“ von der Sepsis-Stiftung genutzt werden Marek, R; Köster-Steinebach, I; Brunsmann, F; Fleischmann-Struzek, C; Landgraf, I; Schulte, P; et al. (2022): Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis: Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung einer Entlass-Kurzinformation. MVF – Monitor Versorgungsforschung (eFirst) 15: 77-83. DOI: 10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2431.

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Sepsis-Stiftung (2022): Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. [Stand:] 09.05.2022. Bonn: Monitor Versorgungsforschung. URL: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Sepsis-Kurzinformation (abgerufen am: 11.05.2022).
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl des medizinischen Personals		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 1	Datenfeld 1	ert.anz.aerzte
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht	Anzahl des ärztlichen Personals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis.	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
<p><u>Das zu schulende medizinische Personal</u></p> <p>ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund 2021a)</p> <p>Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund 2021b)</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>Die Regelung des Anstellungsverhältnisses schließt auch Honorarkräfte und Leasingpersonal ein, sofern sie in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage)</p> <p>Ausgeschlossen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln: 1000, 1100, 1200, 1300, 2700, 2900, 3000, 3100, 3200, 3300, 3751, 3753, 3754, 3756 (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6)</p>	<p>Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p>	<p>Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	---- Ärztinnen und Ärzte (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
Anzahl Pflege- und Pflegehilfpersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
	Datenfeld 2	anz.pflege.sep
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	Anzahl des Pflege- und Pflegehilfpersonals aller Stationen gemäß Ausfüllhinweis	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, RisikoEinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<p><u>Zu zählendes Personal:</u> Pflege- und Pflegehilfspersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfspersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>	<p><u>Zu zählendes Personal:</u> Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	____ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Weiteres Pflegepersonal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	anz.pflege.zu
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	Angabe als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	<p><u>Zu zählendes Personal</u></p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften (VK) ▪ Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK ▪ Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK ▪ Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK ▪ Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0150 Innere Medizin/Tumorforschung ▪ 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde ▪ 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 1000 Pädiatrie ▪ 1051 Langzeitbereich Kinder ▪ 1100 Kinderkardiologie ▪ 1200 Neonatologie ▪ 1300 Kinderchirurgie ▪ 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie ▪ 2700 Augenheilkunde ▪ 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 2900 Allgemeine Psychiatrie ▪ 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ 3100 Psychosomatik/Psychotherapie ▪ 3200 Nuklearmedizin ▪ 3300 Strahlenheilkunde ▪ 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie ▪ 3700 Sonstige Fachabteilung ▪ 3751 Radiologie ▪ 3752 Palliativmedizin ▪ 3753 Schmerztherapie ▪ 3754 Heiltherapeutische Abteilung ▪ 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	____ weiteres Pflegepersonal (vierstellig, zzgl. zwei Nachkommastellen)
Dokumentation Schulung		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 2	Datenfeld 3	ert.doku

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Filter		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Fragentext		
Ist die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben, dokumentiert?	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflege- und Pflegehilfspersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?	Ist die Anzahl des ärztlichen sowie des Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	[unbesetzt]	[unbesetzt]
Ausfüllhinweis		
<p><u>Anforderung an Schulungen</u></p> <p><u>Schulungsinhalte</u></p> <p>Bewusstsein und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderung, die auf eine Sepsis hindeuten können</p> <p>Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren Symptome</p> <p>Risikoeinstufung der Sepsis bei Verdacht auf Infektionen</p> <p>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</p>	<p><u>Anforderung an Schulungen</u></p> <p>Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:</p> <p>Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können</p> <p>Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen</p> <p>Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen</p>	<p><u>Anforderung an Schulungen</u></p> <p>Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können ▪ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ▪ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
<p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises zur Teilnahme</p>	<p>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</p> <p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ▪ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden. Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabtei-</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wurden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort bestand. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen ist Pflege- und Pflegehilfpersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie</p>	<p>lungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin	3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird: 0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p> <p>0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1051 Langzeitbereich Kinder</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin
Schlüsselwerte		
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
Anzahl geschultes medizinisches Personal		
Datenfeldnummer/Datenfeldbezeichnung		
Datenfeld 3	Datenfeld 4	ert.anz
Filter		
Wenn Dokumentation Schulung = 1	Wenn Dokumentation Schulung = 1	Wenn Dokumentation Schulung = 1
Fragentext		
Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen habe
Zusatzangabe		
[unbesetzt]	Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	Angabe als Personen, nicht als Vollkräfte
Ausfüllhinweis		
[unbesetzt]	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können	<u>Anforderung an Schulungen</u> Teilnahmen an Schulungen sind nur dann zu zählen, wenn die Schulungen alle der folgenden Inhalte enthielten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstsein für und Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf eine Sepsis hindeuten können

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen</p> <p>Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen</p> <p>Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)</p> <p>spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft)</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Die Schulungen können sowohl intern als auch extern, in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p> <p>Ärztliches Personal: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht, abzüglich der Ärztinnen und Ärzte der Fachabteilungen mit folgenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenntnis von Risikogruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen/Sepsis haben und deren spezifischen Symptomen ▪ Risikoeinstufung bezüglich der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektionen ▪ Kenntnis und Nutzung von Behandlungspfaden zur Eskalation im Fall einer Sepsis (z. B. Kenntnis über Therapiemaßnahmen wie Antibiotikagabe und Volumenzufuhr) ▪ spezifische, auf die Patientengruppe zugeschnittene Schulungsinhalte (z. B. Meningokokken-Sepsis, neutropenische Sepsis, Sepsis in der Schwangerschaft) <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht eigenständig in einer Schulung vermittelt werden, sondern können auch in Schulungen zu anderen Themen integriert werden.</p> <p>Eine Aufteilung der Schulung in mehrere Termine ist zulässig, wobei im Erfassungsjahr alle Schulungsinhalte vermittelt werden müssen.</p> <p>Die Schulungsinhalte müssen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt UND durch eine examinierte Pflegekraft, die in der Patientenversorgung tätig und am Krankenhausstandort angestellt sind, vermittelt werden.</p> <p>Die Schulungen können in Präsenz oder online durchgeführt werden, bedürfen aber eines schriftlichen oder elektronischen Nachweises der Teilnahme.</p> <p><u>Zu zählendes Personal:</u></p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3751 Radiologie 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin</p> <p>Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit dieses auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet wird und für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht. Diese Regelung schließt auch Honorarkräfte und Leasingkräfte ein, sofern sie in einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten am Krankenhausstandort gearbeitet haben (inklusive Urlaub und Krankheitstage). Ausgenommen sind Pflege- und Pflegehilfpersonal, das ausschließlich in Fachabteilungen mit folgenden</p>	<p>Ärztinnen und Ärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften (VK), die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.1). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Ärztinnen und Ärzten, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
	<p>Schlüsseln arbeitet (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6):</p> <p>1000 Pädiatrie</p> <p>1100 Kinderkardiologie</p> <p>1200 Neonatologie</p> <p>1300 Kinderchirurgie</p> <p>2700 Augenheilkunde</p> <p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p>	<p>2900 Allgemeine Psychiatrie</p> <p>3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>3100 Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>3200 Nuklearmedizin</p> <p>3300 Strahlenheilkunde</p> <p>3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>3700 Sonstige Fachabteilung</p> <p>3751 Radiologie</p> <p>3752 Palliativmedizin</p> <p>3753 Schmerztherapie</p> <p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK, die in der stationären Versorgung tätig sind (gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, A-11.2). Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		<p>3754 Heiltherapeutische Abteilung</p> <p>3756 Suchtmedizin</p> <p>Weiteres Pflegepersonal, welches in der stationären Versorgung tätig ist:</p> <p>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in VK</p> <p>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in VK</p> <p>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in VK</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in VK</p> <p>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres</p> <p>Ausgenommen ist die Anzahl von VK-Anteilen der aufgelisteten Professionen, die auf Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6) erbracht wird:</p> <p>0150 Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</p>

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 1000 Pädiatrie 1051 Langzeitbereich Kinder 1100 Kinderkardiologie 1200 Neonatologie 1300 Kinderchirurgie 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 2700 Augenheilkunde 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2900 Allgemeine Psychiatrie 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 Psychosomatik/Psychotherapie 3200 Nuklearmedizin 3300 Strahlenheilkunde 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3700 Sonstige Fachabteilung 3751 Radiologie 3752 Palliativmedizin 3753 Schmerztherapie 3754 Heiltherapeutische Abteilung 3756 Suchtmedizin

Indikatorenset 1.1	nach Durchsicht	nach Machbarkeitsprüfung (Indikatorenset 2.0)
		Mindestens 80 % des angegebenen ärztlichen sowie des Pflegepersonals müssen einmal jährlich gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult werden. Diese Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der VK derselben.
Schlüsselwerte		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünfstellig)

Anhang D: Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Tabelle 10: Übersicht der Expertinnen und Experten

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Hr. Dr. med. Wolfgang Stephan Bauer	Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin und verantwortlicher Tätigkeit in der Notaufnahme/Rettungsstelle
Hr. Enrico Bock	Krankenpfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger mit der Weiterbildung Intensivpflege verantwortlich tätig in diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Frank M. Brunkhorst	Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Dr. Frank Brunsmann	Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Dr. med. Ulf Dennler, MBA	Medizincontroller mit umfangreicher Expertise im Bereich der Kodierung und Abrechnung von Sepsis Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Prof. Dr. med. Christiane Erley	Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Prof. Dr. Petra Gastmeier	Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin

¹⁰ Die Ausschreibung zur Rekrutierung der Expertinnen und Experten ist im Rahmen der Qualitätsindikatorentwicklung erfolgt und ist in dem entsprechenden Abschlussbericht dargestellt.

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Fr. Daniela Gatzka	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin verantwortlich tätig im Versorgungsbereich Hämatologie / Onkologie und Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Fr. Melanie Göpel	Krankenschwester oder -pfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger verantwortlich tätig in der Notaufnahme/Rettungsstelle mit Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Hr. PD. Dr. med. Matthias Gründling	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Petra Hatzfeld	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin mit der Weiterbildung Intensivpflege verantwortlich tätig in diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Evgeny A. Idelevich	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Hr. Nicolas Kaminski	Krankenpfleger bzw. Gesundheits- oder Krankenpfleger verantwortlich tätig in der Notaufnahme/Rettungsstelle mit Weiterbildung(en) in diesem Bereich
Hr. Prof. Dr. med. Stefan Kluge	Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung internistische Intensivmedizin
Hr. Prof. Dr. med. Matthias H. Kochanek	Facharzt für Hämatologie und Onkologie Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Frank Köhler	Patient nach einer Sepsiserkrankung

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation gemäß Ausschreibung ¹⁰
Fr. Dr. med. Evelyn Kramme	Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie und Fortbildung(en) in „Antibiotic Stewardship“
Hr. Prof. Dr. med. Stefan Maier	Facharzt für Viszeralchirurgie
Hr. Prof. Dr. med. Martin Mielke	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Dr. med. Matthias Militz	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fr. Cordula Mühr	Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Prof. Dr. med. Konrad A. Reinhart	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Hr. Prof. Dr. med. habil. Peter M. Spieth	Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
Fr. Anette von Butler	Patientin nach einer Sepsiserkrankung
Fr. Rita Wegmann	Krankenschwester bzw. Gesundheits- oder Krankenpflegerin mit der Weiterbildung in Intensivpflege verantwortlich tätig im diesem Versorgungsbereich
Hr. Prof. Dr. med. Dipl. hum. biol. Christian Wrede	Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin und verantwortlicher Tätigkeit in der Notaufnahme/Rettungsstelle

Anhang E: Muster-Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Rückmeldebericht für teilnehmende Leistungserbringer

Machbarkeitsprüfung Sepsis

Erfassungsjahr 2021 – Eingaben im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

Leistungserbringer: Stationäre Einrichtung

Stand: 20. Februar 2023

Impressum

Thema:

Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Rückmeldebericht für den Leistungserbringer

Ansprechpartnerin:

Stefanie Erckenbrecht

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Danksagung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitwirkung an der Machbarkeitsprüfung Sepsis! Wir wissen, dass die Eingabe der Daten und die Nachbesprechung zusätzlich zu Ihren Kerntätigkeiten eine wesentliche Belastung dargestellt haben. Ihre Beiträge waren von erheblicher Bedeutung, um eine datensparsame und gut handhabbare Dokumentation zu erreichen und so den bürokratischen Aufwand, der durch die Qualitätssicherung auf Seiten der Leistungserbringer entsteht, zu begrenzen. Als kleines Dankeschön stellen wir Ihnen, wie angekündigt, hiermit die Auswertungen auf Basis Ihrer Angaben zur Verfügung.

In diesen Auswertungen sind die Qualitätsindikatoren in ihrer vorläufigen Fassung dargestellt. Die Indikatoren sowie die Referenzbereiche in einem möglichen zukünftigen Regelbetrieb können hiervon abweichen und werden letztendlich vom G-BA festgelegt. Nähere Erläuterungen zu den Auswertungen finden Sie im Abschnitt „Einführung“.

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren	6
Ergebnisse der Indikatoren	8
Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos.....	9
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	11
Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	13
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus.....	15
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	17
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	18
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis.....	20

Einführung

Die Auswertungen der Ergebnisse Ihres Krankenhauses beziehen sich auf die fall- sowie die einrichtungsbezogenen Angaben, die Sie für uns im Rahmen der Probedokumentation übermittelt haben. Zur Einordnung der aufgeführten Ergebnisse ist es wichtig hervorzuheben, dass aufgrund des Rahmens einer Machbarkeitsprüfung die Anzahl der dokumentierten Fälle nur auf einer Auswahl der Gesamtzahl an Sepsisfällen Ihrer Einrichtung beruht. Des Weiteren haben wir Ihnen für diese Fallauswahl nicht den kompletten späteren QS-Filter zur Verfügung gestellt, um den Aufwand für Sie zu verringern. Auch hatten wir Sie gebeten, teils besonders untypische oder problematische Fälle auszuwählen, denn solche Fälle sind besonders geeignet, im Rahmen der Machbarkeitsprüfung mögliche Verbesserungspotenziale des vorläufigen Dokumentationsinstrumentes aufzudecken. Weiterhin waren Ihnen 2021 mögliche Anforderungen der zukünftigen Qualitätssicherung natürlich noch nicht bekannt. Auf Grundlage der genannten Gründe lassen die Ergebnisse keinen Rückschluss auf die Behandlungsqualität Ihrer Einrichtung zu. Die Stichprobe an Krankenhäusern, die im Rahmen der Machbarkeitsprüfung untersucht wurde, ist nicht repräsentativ für die Gesamtheit der stationären Leistungserbringung in Deutschland. Deshalb enthält der Bericht keinen Vergleich Ihrer Ergebnisse mit denen anderer Leistungserbringer, die teilgenommen haben: Ein solcher Vergleich wäre nicht aussagekräftig.

Gern möchten wir Ihnen an dieser Stelle zum besseren Verständnis des späteren Verfahrens einen Überblick zur Struktur des QS-Filters und zur Abbildung der Ergebnisqualität geben. Die Auslösung eines Falles erfolgt im Regelbetrieb über ein definiertes Konstrukt aus drei Code-Blöcken (Sepsis-Block, R-Block, Organdysfunktions-Block) mit folgenden Kodiervarianten:

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

Der Sepsis-Block setzt sich insgesamt aus rund 20 ICD-10-Kodes zusammen. Im R-Block befinden sich die Codes für das SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen (R65.1!) sowie für den septischen Schock (R57.2). Der Organdysfunktions-Block setzt sich insgesamt aus rund 450 ICD-Kodes und OPS zusammen. Die QS-Auslösung erfolgt damit entlang der Sepsis-3-Definition und adressiert alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen aufgrund einer Sepsisdiagnose gemäß QS-Filter behandelt wurden.

Neben den fall- und einrichtungsbezogenen Indikatoren soll das Verfahren auch die Ergebnisqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis erfassen. Die Erfassung dieser Indikatoren soll über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen und ist nicht Teil der Machbarkeitsprüfung. Hierfür wurden dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des

Abschlussberichtes der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) bereits Empfehlungen gemacht.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

In der tabellarischen Übersicht (Tabelle 1) auf der nächsten Seite sind die Ergebnisse auf Basis Ihrer Probeeingaben im Rahmen der Machbarkeitsprüfung für einen schnellen Überblick zusammengefasst.

In der linken Spalte der tabellarischen Übersicht finden Sie die Bezeichnung des jeweiligen Indikators, daneben den vorläufigen Referenzbereich, den das IQTIG im Rahmen des Abschlussberichtes zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2022) empfohlen hat. Eine Entscheidung über die endgültigen Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche, die im Regelbetrieb angewendet werden sollen, wird der G-BA treffen.

Bei den fallbezogenen Qualitätsindikatoren wird der auf Basis Ihrer Daten errechnete Wert in der rechten Spalte als Prozentzahl dargestellt. Sie gibt an, bei welchem Anteil der von Ihnen eingegebenen Fälle das Qualitätserfordernis erfüllt worden wäre. In der gleichen Spalte ist die Zahl der Fälle dargestellt, die für die Errechnung des Ergebnisses herangezogen wurde. Bitte beachten Sie, dass diese Zahl kleiner sein kann als die Zahl der insgesamt von Ihnen eingegebenen Fälle, da nicht jeder übermittelte Falldatensatz in die Berechnung eines jeden Indikators einfließt (z.B. aufgrund von Ausschlussgründen der jeweiligen Indikatoren).

Bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren, die ein Bündel von Anforderungen umfassen, wird zusammenfassend dargestellt, ob in der Summe alle Einzelanforderung erfüllt worden wären oder nicht, dementsprechend wird in der rechten Spalte im Ergebnis entweder eine Prozentzahl von 0 % oder 100 % angegeben. Bei dem einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator, der die Schulungen des medizinischen Personals umfasst, wird anhand einer Prozentzahl dargestellt, welcher Anteil des medizinischen Personals zur Sepsis geschult worden ist.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 16.02.2023).

Tabelle 1 Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Machbarkeitsprüfung Sepsis

Bezeichnung des Indikators	Empfohlener Referenzbereich	Ergebnis ¹
Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos	≥ 90,00 %	50,00% N = 15
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 95,00 %	50,00% N = 15
Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 90,00 %	50,00% N = 15
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	100,00 %	0,00 %
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	≥ 80,00 %	50,00 %
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	100,00 %	0,00 %
Arbeitsanweisung (<i>Standard Operating Procedure, SOP</i>) zur Versorgung bei Sepsis	100,00 %	100,00 %

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

¹ Bei den in diesem Muster-Rückmeldebericht dargestellten Ergebnissen handelt sich um fiktive Werte.

Ergebnisse der Indikatoren

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie nähere Erläuterungen zur Berechnung der einzelnen Indikatoren.

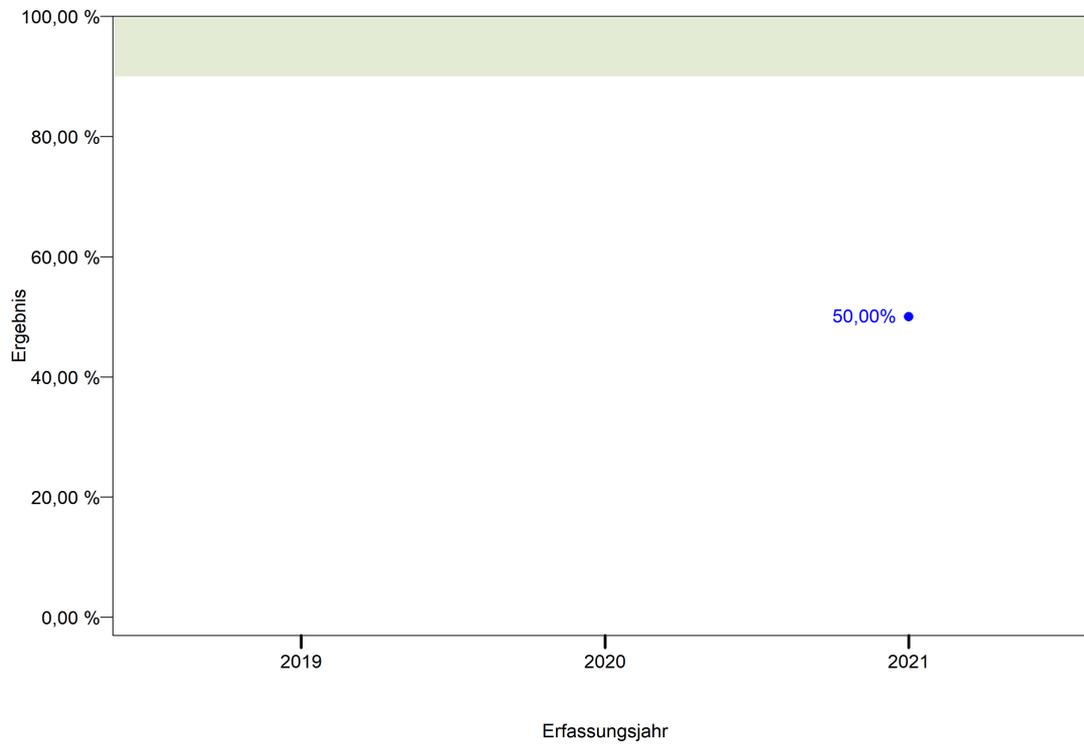
Bei den fallbezogenen Indikatoren wird das jeweilige Ergebnis im Vergleich zum Referenzbereich in einer grafischen Darstellung präsentiert. Der grün unterlegte Bereich innerhalb der Abbildung zeigt den Referenzbereich an.

Bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren, mit Ausnahme des Indikators „Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis“, werden zusätzlich zum Gesamtergebnis die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Unteranforderungen dargestellt. Hierbei ist wichtig hervorzuheben, dass sich die Darstellung der Ergebnisse immer auf die Unteranforderung des Indikators bezieht und nicht zwangsläufig mit einer einzelnen Abfrage in einem Datenfeld gleichzusetzen ist. Als Beispiel kann hier die Unteranforderung „Vorliegen eines Antibiotic-Stewardship (ABS-)Teams“ des Indikators „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS-)Team“ angeführt werden. Diese Unteranforderung ist im Sinne des Indikators nur erfüllt, wenn ein ABS-Team vorliegt, welches sich aus bestimmten Professionen zusammensetzt und in Abhängigkeit der Größe des Krankenhauses mit einem ausreichenden Stellenanteil beschäftigt ist.

Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos

Qualitätsziel	Screening zur Einstufung des Sepsisrisikos mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Einstufung des Sepsisrisikos durchgeführt wurde
Empfohlener Referenzbereich	≥ 90 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung



	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

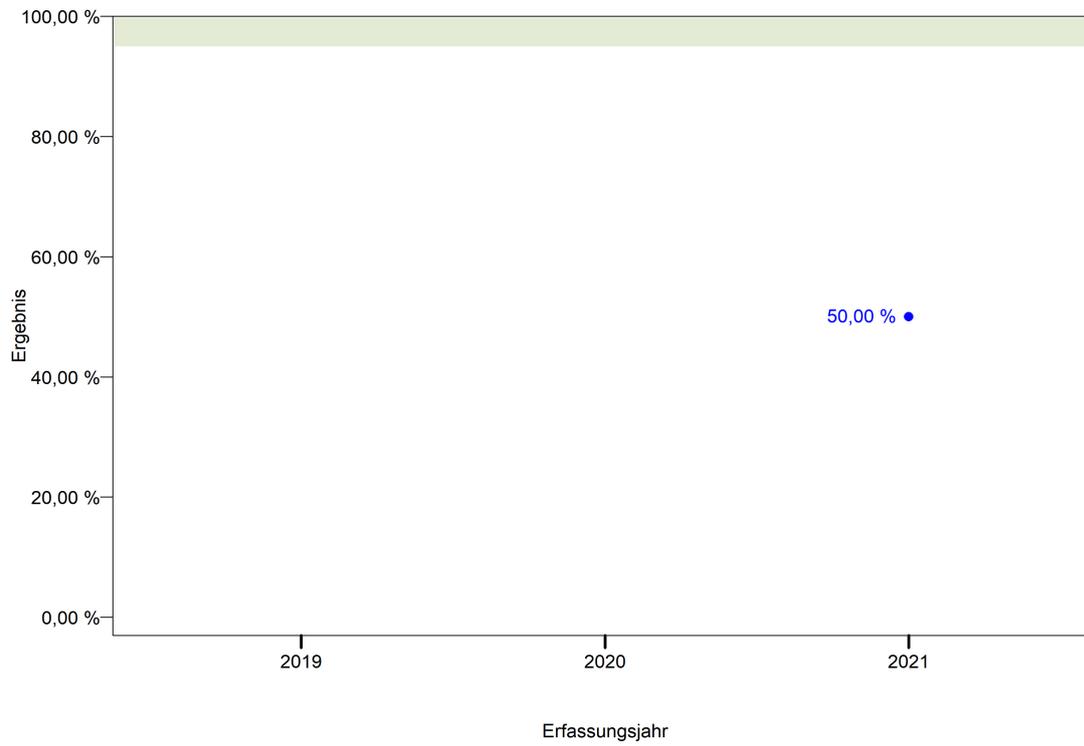
O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die keine antimikrobielle Therapie der Sepsis erhalten haben.
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt
Empfohlener Referenzbereich	≥ 95 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung



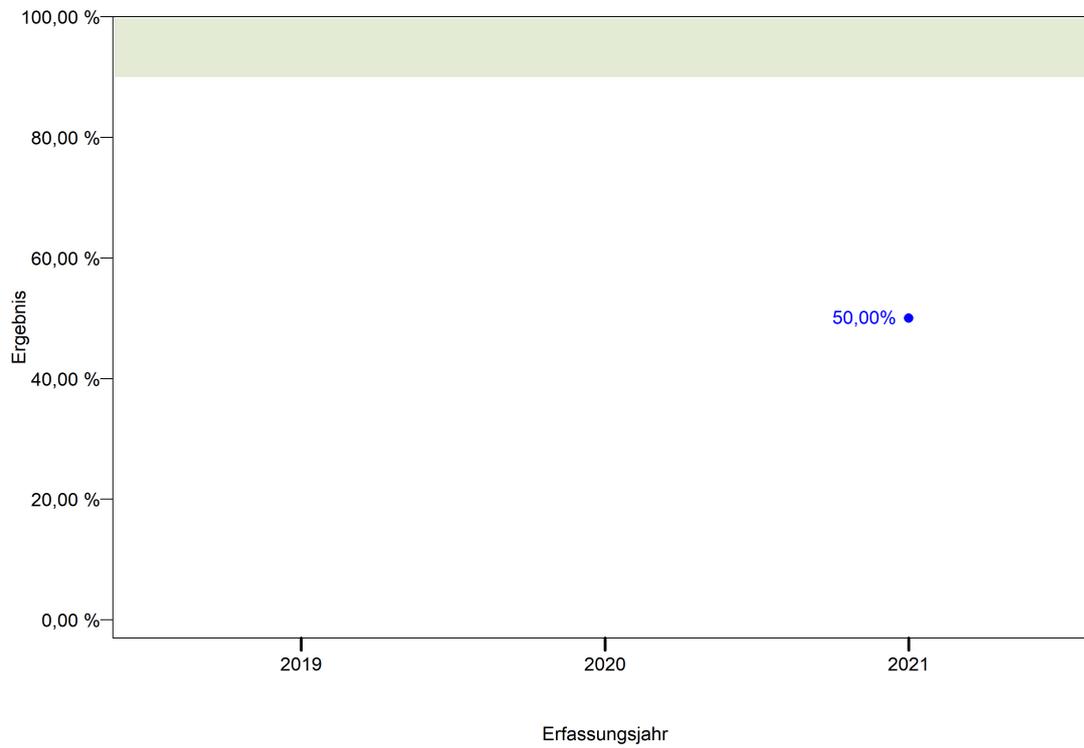
	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde
 N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Qualitätsziel	Messung des Procalcitonin (PCT) im Serum bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die keine antimikrobielle Therapie der Sepsis erhalten haben.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sepsis und einer antimikrobiellen Therapie zur Behandlung dieser, bei denen innerhalb des stationären Aufenthaltes während der antimikrobiellen Therapie der Sepsis zweimal das PCT im Serum gemessen wurde, wobei einer der Werte innerhalb einer Woche nach Diagnose der Sepsis gemessen werden muss
Empfohlener Referenzbereich	≥ 90 %
Datenquellen	Fallbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung



	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	15/30	50,00 %

O: Zahl der Fälle, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde
 N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Fälle

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

Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte sowie einer Standardvorgehensweise (<i>Standard Operating Procedure, SOP, Arbeitsanweisung</i>) zur Anlage eines ZVK (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	0/1	0 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	100 % 0/1
1.1	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Anlage eines ZVK	100 % 1/1
1.2	Audits von Patientinnen und Patienten mit ZVK	100 % 1/1
1.3	Schulungen des Pflegepersonals zur Pflege von ZVK	0 % 0/1

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Qualitätsziel	Jährliche Schulungen des medizinischen Personals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals, für die ein 6-monatiges Anstellungsverhältnis am Krankenhausstandort besteht
Zähler	Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben
Empfohlener Referenzbereich	≥ 80 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	500/1.000	50,00 %

O: Zahl der Mitarbeiter, für die das Qualitätserfordernis erfüllt wurde

N: Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Mitarbeiter

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

Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	0/1	0 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	0 % 0/1
1.1	Vorliegen interner Leitlinien zur Regelung der antiinfektiven Therapie der Sepsis	100 % 1/1
1.2	Vorliegen eines ABS-Teams	100 % 1/1
1.3	Vorliegen einer Geschäftsordnung, die die zu beteiligenden Berufsgruppen am ABS-Team regelt	0 % 0/1
1.4	Durchführung von ABS-Visiten	0 % 0/1

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit
ID	Noch nicht vergeben
Nenner/Grundgesamtheit	Krankenhaus mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit (Nenner = 1)
Zähler	Krankenhaus, für das im gesamten Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Nachsorge vorliegt (Zähler = 1)
Empfohlener Referenzbereich	100 %
Datenquellen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2021

Ergebnis im Rahmen der Machbarkeitsprüfung

	Ergebnis O/N	Ergebnis %
Ihr Ergebnis	1/1	100 %

O: Standort, der das Qualitätserfordernis erfüllt

N: Standort, der für die Berechnung herangezogen wird

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis
1.	Vorliegen einer vollständigen (1.2 – 1.11) Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	100 % 1/1
1.1	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis	100 % 1/1
1.2	Arbeitsanweisung enthält Regelung der Risikoeinschätzung	100 % 1/1
1.3	Arbeitsanweisung enthält Regelung der Anamneseerhebung	100 % 1/1
1.4	Arbeitsanweisung enthält Regelung der regelmäßigen Kontrolle der Vitalparameter	100 % 1/1
1.5	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Fokusidentifizierung	100 % 1/1
1.6	Arbeitsanweisung enthält Regelung des Einbezugs eines Konsils	100 % 1/1
1.7	Arbeitsanweisung enthält Regelung der zu bestimmenden Laborparameter	100 % 1/1
1.8	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien	100 % 1/1

1.9	Arbeitsanweisung legt zeitlichen Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie fest	100 % 1/1
1.10	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Einleitung einer Volumentherapie	100 % 1/1
1.11	Arbeitsanweisung enthält Regelung zur Mitgabe eines Informationsblatts bei Entlassung	100 % 1/1

Anhang F: Methodisches Vorgehen der orientierenden Literaturrecherche zum Qualitätsindikator „Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

Das IQTIG orientierte sich für die orientierende Literaturrecherche an der in den „Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021“ eingeschlossenen Literatur zur Messung des PCT und wählte aus diesen geeignete Keypaper aus. Auf Basis der ausgewählten Key paper wurde anschließend eine Recherche nach Similar Articles über PubMed durchgeführt. Das Expertengremium wurde ergänzend gebeten, ihnen bekannte und relevante Literatur an das IQTIG einzusenden.

Die Treffer der Similar Articles Recherche sowie die bereitgestellte Literatur der Expertinnen und Experten wurden zunächst einem Title & Abstract Screening unterzogen und entsprechend folgender Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt oder verworfen: (1) Publikation ab 01.01.2019 (Endzeitpunkt der Literaturrecherche der SSC-Leitlinie (Evans et al. 2021)), (2) Fokus der Studie ausschließlich auf der Therapiesteuerung mittels PCT, (3) Studientyp RCT oder andere Studientypen mit Interventions- und Kontrollgruppe, systematische Reviews und Meta-Analysen. Studien, die keine Sepsispatientinnen und -patienten untersuchten sowie Studien, die ausschließlich die Diagnostik anhand von PCT beschrieben, wurden ausgeschlossen. Alle ausgewählten Titel wurden schließlich einem Volltext-Screening unterzogen. Dabei wurden die Studien hinsichtlich ihrer Ausschlussgründe für Patientinnen und Patienten für eine PCT-gesteuerte Therapie überprüft, sodass diejenigen Patientengruppen bzw. Erkrankungsbilder, die nicht für eine PCT-gesteuerte Therapie geeignet sind, identifiziert werden konnten.

Es konnten insgesamt 15 Studien eingeschlossen werden. Sechs dieser Studien wurden der SSC-Leitlinie entnommen (Annane et al. 2013, Bloos et al. 2016, Nobre et al. 2008, Deliberato et al. 2013, Oliveira et al. 2013, de Jong et al. 2016), von denen eine Studie als Key paper definiert werden konnte (Nobre et al. 2008). Ausgehend von dem Key paper konnten acht weitere Studien durch die Similar Articles Recherche identifiziert werden (Chomba et al. 2020, Jeon et al. 2019, Mott und Orme 2023, Peng et al. 2019, Vishalashi et al. 2021, Willmon et al. 2021, Kleinbrahm et al. 2019, Gutiérrez-Pizarraya et al. 2022). Aus den Rückmeldungen des Expertengremiums konnte eine weitere Studie miteingeschlossen werden (Kyriazopoulou et al. 2021).

Literatur

- Annane, D; Maxime, V; Faller, JP; Mezher, C; Clec'h, C; Martel, P; et al. (2013): Procalcitonin levels to guide antibiotic therapy in adults with non-microbiologically proven apparent severe sepsis: a randomised controlled trial. *BMJ: Open* 3(2). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002186.
- Bloos, F; Trips, E; Nierhaus, A; Briegel, J; Heyland, DK; Jaschinski, U; et al. (2016): Effect of Sodium Selenite Administration and Procalcitonin-Guided Therapy on Mortality in Patients With Severe Sepsis or Septic Shock: A Randomized Clinical Trial. *JAMA: Internal Medicine* 176(9): 1266-1276. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.2514.
- Chomba, RN; Moeng, MS; Lowman, W (2020): Procalcitonin-guided antibiotic therapy for suspected and confirmed sepsis of patients in a surgical trauma ICU: a prospective, two period cross-over, interventional study. *South African Journal of Surgery* 58(3): 143-149. DOI: 10.17159/2078-5151/2020/v58n3a3341.
- de Jong, E; van Oers, JA; Beishuizen, A; Vos, P; Vermeijden, WJ; Haas, LE; et al. (2016): Efficacy and safety of procalcitonin guidance in reducing the duration of antibiotic treatment in critically ill patients: a randomised, controlled, open-label trial. *The Lancet: Infectious Diseases* 16(7): 819-827. DOI: 10.1016/S1473-3099(16)00053-0.
- Deliberato, RO; Marra, AR; Sanches, PR; Martino, MDV; dos Santos Ferreira, CE; Pasternak, J; et al. (2013): Clinical and economic impact of procalcitonin to shorten antimicrobial therapy in septic patients with proven bacterial infection in an intensive care setting. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 76(3): 266-271. DOI: 10.1016/j.diagmicrobio.2013.03.027.
- Evans, L; Rhodes, A; Alhazzani, W; Antonelli, M; Coopersmith, CM; French, C; et al. (2021): Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Appendix 7 – Search Strategies (main sepsis review). *Critical Care Medicine* 49(11). DOI: 10.1097/CCM.0000000000005337.
- Gutiérrez-Pizarraya, A; León-García, MDC; De Juan-Idígoras, R; Garnacho-Montero, J (2022): Clinical impact of procalcitonin-based algorithms for duration of antibiotic treatment in critically ill adult patients with sepsis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Expert Review of Anti-infective Therapy* 20(1): 103-112. DOI: 10.1080/14787210.2021.1932462.
- Jeon, K; Suh, JK; Jang, EJ; Cho, S; Ryu, HG; Na, S; et al. (2019): Procalcitonin-Guided Treatment on Duration of Antibiotic Therapy and Cost in Septic Patients (PRODA): a Multi-Center Randomized Controlled Trial. *Journal of Korean Medical Science* 34(14): e110. DOI: 10.3346/jkms.2019.34.e110.
- Kleinbrahm, K; Wappler, F; Sakka, SG (2019): Stellenwert des Procalcitonins als Sepsismarker. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 54(6): 424-433. DOI: 10.1055/a-0569-7132.

- Kyriazopoulou, E; Liaskou-Antoniou, L; Adamis, G; Panagaki, A; Melachroinou, N; Drakou, E; et al. (2021): Procalcitonin to Reduce Long-Term Infection-associated Adverse Events in Sepsis. A Randomized Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 203(2): 202-210. DOI: 10.1164/rccm.202004-12010C.
- Mott, T; Orme, Z (2023): Consider this tool to reduce antibiotic-associated adverse events in patients with sepsis. Predictive biomarker procalcitonin can aid clinical decision-making on continued antibiotic treatment in this patient population. *The Journal of Family Practice* 72(1): E13-E15. DOI: 10.12788/jfp.0538.
- Nobre, V; Harbarth, S; Graf, J-D; Rohner, P; Pugin, J (2008): Use of Procalcitonin to Shorten Antibiotic Treatment Duration in Septic Patients. A Randomized Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 177(5): 498-505. DOI: 10.1164/rccm.200708-12380C.
- Oliveira, CF; Botoni, FA; Oliveira, CRA; Silva, CB; Pereira, HA; Serufo, JC; et al. (2013): Procalcitonin Versus C-Reactive Protein for Guiding Antibiotic Therapy in Sepsis: A Randomized Trial. *Critical Care Medicine* 41(10): 2336-2343. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31828e969f.
- Peng, F; Chang, W; Xie, J-F; Sun, Q; Qiu, H-B; Yang, Y (2019): Ineffectiveness of procalcitonin-guided antibiotic therapy in severely critically ill patients: A meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* 85: 158-166. DOI: 10.1016/j.ijid.2019.05.034.
- Vishalashi, SG; Gupta, P; Verma, PK (2021): Serum Procalcitonin as a Biomarker to Determine the Duration of Antibiotic Therapy in Adult Patients with Sepsis and Septic Shock in Intensive Care Units: A Prospective Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 25(5): 507-511. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23802.
- Willmon, J; Subedi, B; Girgis, R; Noe, M (2021): Impact of Pharmacist-Directed Simplified Procalcitonin Algorithm on Antibiotic Therapy in Critically Ill Patients With Sepsis. *Hospital Pharmacy* 56(5): 501-506. DOI: 10.1177/0018578720925385.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org