



KAYSERS CONSILIUM GmbH

Qualitätssicherung-Sepsis 2026

Das QS-Verfahren in allen Details – Teil 1

KEVELAER I DEZEMBER 2025

Dr. med. A. Stockmanns

Dozent

- **Dr. med. Andreas Stockmanns**

Facharzt für Innere Medizin

Gesundheitsökonom

Geschäftsführer der Kaysers Consilium GmbH

The screenshot shows the homepage of the Kaysers Consilium website. At the top, there is a banner with the text "Schulung und Beratung im Gesundheitswesen" and "Unser Online-Angebot". Below the banner, there is a section titled "Unsere Seminare" with several blue rectangular buttons representing different seminar categories. One button is highlighted in red at the bottom right, stating: "Alle Seminare können nach Absprache auch als Inhouse-Veranstaltung organisiert werden."

- Spezielle Kodierung und Erlössicherung
Fachspezifische DRG-Seminare
- Intensivausbildung Kodierfachkraft
- DRG Updates 2026
- Speziell für Ärztinnen und Ärzte
DRG und OPS-Schulungen
- Grundlagen- und Vertiefungsseminare
DRGs und Abrechnung
- Medizincontrolling, MD-Prüfverfahren und Recht
- Leistungsgruppen und
Krankenhausplanung
- All Seminars can be organized as in-house events upon agreement.

www.kaysers-consilium.de

Qualitätssicherung Sepsis 2026

Inhalte

Das QS-Verfahren in allen Details

- Sepsis: Warum man sich jetzt mit diesem Thema beschäftigen muss!
- Das Zusammenspiel zwischen Medizin, Dokumentation, Kodierung und Qualitätssicherung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede!
- QS-Sepsis 2026: *Was kommt da auf die Krankenhäuser zu?*
- Der QS-Filter zur Sepsis: *Wann muss ich was dokumentieren?*
- **Die Qualitätsindikatoren in allen Einzelheiten**
- **eQS-ready zum 01.01.2026:**
Indikatoren, Datenquellen und Prozesse verstehen, um diese in den Routinebetrieb überführen zu können.
- **Lückenlose Dokumentation:**
 - Sepsis-Screening,
 - SOFA-Score,
 - Organdysfunktionen,
 - Infektionsfokus und
 - Zeitmarken (*Blutkultur, Antibiotikastart, Laktat*) verfahrenskonform abbilden.
- **Zusammenfassung:** Was ist zu tun?

Schlagzeilen zur Sepsis 2025

Handlungsdruck von allen Seiten

WELT-SEPSIS-TAG 2025 – 13.
SEPTEMBER

11.07.2025



≡ Q ZEITUNG MEHR F.A.Z.

Frankfurter Allgemeine

SEPSIS-STERBLICHKEIT

Der tödliche blinde Fleck im deutschen Gesundheitswesen

GASTBEITRAG von Konrad Reinhart, Stefan H. E. Kaufmann, Andreas Weyland

21.08.2025, 07:04 Lesezeit: 14 Min.



STARTSEITE NEWS POLITIK REGIO UNTERHALTUNG KAUFBERATER SPORT FUSSBALL RATGEBER GESUNDHEIT SEX & LIEBE AUTO SPIELE

(?) SIE HABEN BEREITS EIN KONTO?

Gefährlicher als Herzinfarkt

Sepsis, die tödliche Gefahr

Jeder fünfte Todesfall weltweit geht auf eine Blutvergiftung zurück. Häufig wird selbst von Ärzten eine Sepsis nicht erkannt

Deutsches
Ärzteblatt

Medizin

Sepsis: Fast jeder zehnte Patient ist vor dem Tod kerngesund

Deutsches
Ärzteblatt

Dienstag, 26. August 2025

Ärzteschaft

Mediziner schlagen wegen hoher Sepsissterberate Alarm

Mittwoch, 20. August 2025



News Kurse Termine

Neue S3-Leitlinie Sepsis veröffentlicht

CIRS-NRW

Katheterassoziierte Sepsis vermeiden

Infektionen und Septikämien, die mit zentralen Venenkathetern assoziiert sind, stellen eine häufige und potenziell

Neue S3-Leitlinie Sepsis veröffentlicht

Neue S3-Leitlinie Sepsis veröffentlicht

Schlagzeilen zur Sepsis 2025

Verschiedene Hochrechnungen

Sepsis nimmt bei den Todesursachen in Deutschland einen Spitzenplatz ein.

2 SEPSIS KANN JEDE:N TREFFEN!

Weltweit stirbt alle 3 Sekunden ein Mensch an einer Sepsis¹.

In Deutschland²

- ▶ ist Sepsis mit mindestens 85.000 Todesfällen jährlich eine der häufigsten Todesursachen
- ▶ treten jährlich mindestens 230.000 Sepsis-Fälle auf
- ▶ entstehen 80 % der Sepsis-Fälle außerhalb des Krankenhauses
- ▶ erleiden rund 75 % der Betroffenen, die eine Sepsis überlebt haben, Spätfolgen
- ▶ ist ein großer Teil der Sepsis-Erkrankungen und Todesfälle vermeidbar durch frühzeitige Erkennung und Behandlung, Impfungen und Prophylaxe

Jede:r kann an Sepsis erkranken – bestimmte Gruppen haben ein erhöhtes Risiko.

500.000
Menschen erkranken in Nicht-Pandemizeiten jährlich in Deutschland an Sepsis.
Unbehandelt Sepsis führt stets zum Tod und stellt immer einen akuten

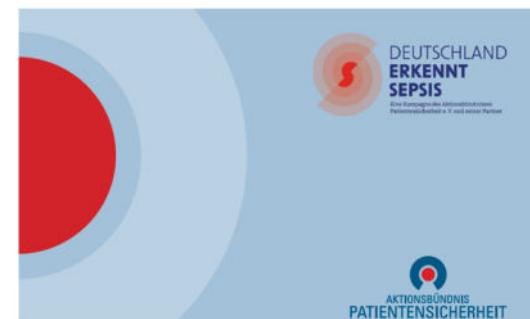
140.000
Betroffene versterben – die Mehrzahl dieser Todesfälle ist vermeidbar.
Sepsis nimmt bei den Todesursachen in Deutschland

360.000
Betroffene überleben, von denen 75% unter Langzeitfolgen leiden
Drei Viertel der Sepsis-Überlebenden leiden unter Folgen wie einkrottenden Nerven und

<https://sepsis-stiftung.de/>: Homepage vom 06.10.2025



**Sepsis geht alle an!
Was Sie darüber wissen sollten**



<https://www.deutschland-erkennt-sepsis.de/>
Homepage vom 06.10.2025

QS-Sepsis 2026: Warum man sich jetzt mit diesem Thema beschäftigen muss! I

Klinischer Druck rund um das Thema Sepsis:

- Eine hohe Sterblichkeitsrate sowie dauerhafte Folgeschäden und die kostenintensive Versorgung der Sepsispatienten erfordern ein standardisiertes Vorgehen in der Diagnostik und Behandlung des Krankheitsbildes
- Dieses Krankheitsbild unterliegt aufgrund der gezeigten, teils dramatischen „Schlagzeilen“ einer besonderen öffentlichen Beobachtung.
- Die publizierten Zahlen haben die Politik handeln lassen und führen zu der heute hier vorgestellten Vorgehensweise in der Qualitätssicherung.
- Durch die verpflichtende Dokumentation und die spätere Veröffentlichung der krankenhauseigenen Ergebnisse und Zahlen soll der Handlungsdruck auf die klinisch Tätigen erhöht werden, um eine Sepsis frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.
- **Ob das mit diesem Instrument gelingt, bleibt abzuwarten?**
- Dazu sind in jedem Krankenhaus **intensive Vorarbeiten in zahlreichen Berufsgruppen notwendig!**

QS-Sepsis 2026: Warum man sich jetzt mit diesem Thema beschäftigen muss! II

- **Abstimmung der richtigen Dokumentation und Kodierung:**
Sepsis, SIRS und Bakterämie haben in den letzten Jahren sowohl Anpassungen in der klinischen Bewertung (s. Definitionen/Sepsis 3/ Sepsis-Leitlinie) als auch in den deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erfahren.
- **Klärung der Begriffe und Vokabeln:**
Das Verständnis und die Interpretation der Sepsis, SIRS und Bakterämie divergieren mitunter zwischen Ärztlichem Dienst, Kodierfachkräften und Medizincontrolling.
- Deshalb ist hausintern eine abgestimmte Vorgehensweise in Bezug auf medizinische Grundlagen, Primärdokumentation und Kodierung zu entwickeln.
- **Entwicklung, Schulung und Einhaltung der internen Standards und Verfahrensvorgaben (SOP)**
- **Reputation und Durchsetzung:**
Ergebnisse fließen perspektivisch in Vergleichsberichte; bei Qualitätsdefiziten greifen G-BA-Mechanismen (QFD-RL: gestuft von der Beratung bis zur Durchsetzung).

QS-Sepsis 2026: Auf den Punkt gebracht!

Prof. Dr. M. Raetzell/ ku Gesundheitsmanagement 9/2025

„Das neue QS-Verfahren Sepsis kann ein Meilenstein für die Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung werden.“

„Die umfassende, interdisziplinäre und strukturierte Herangehensweise von der Notaufnahme bis zur Nachsorge hat das Potential, das Outcome zu verbessern.“

„**Unterschiedliche Anwendungen der Kodierregeln** (sowohl intern als auch im externen Vergleich) können zu Verzerrungen in der Bewertung führen!“

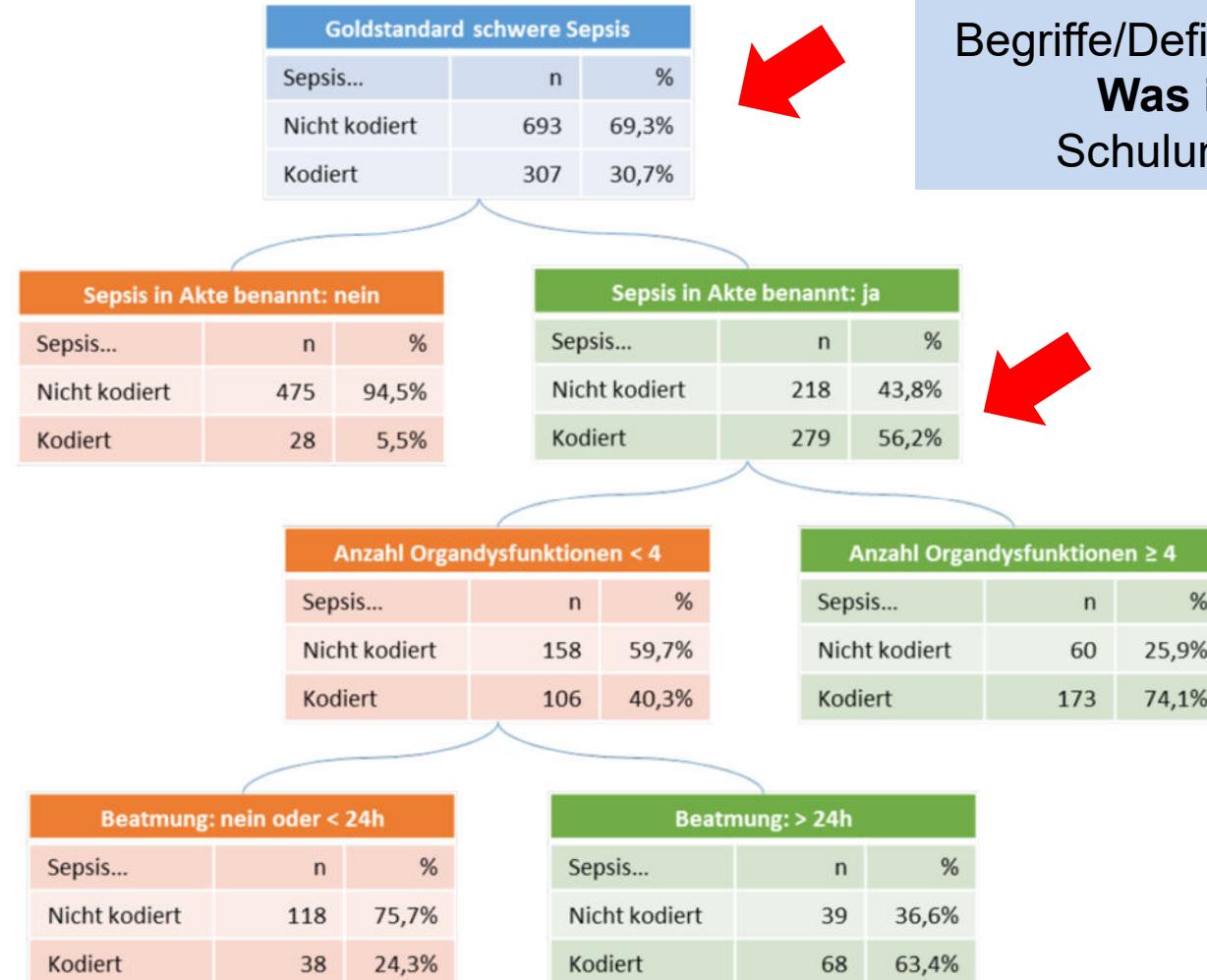
„**Einheitliche Standards sind unerlässlich, um zu verlässlichen Aussagen zu kommen.**“

„Die Erfassung der geforderten Daten ist umfangreich und erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege, IT, Medizincontrolling und QM.“

Aus: Neues QS-Verfahren „*Diagnostik und Therapie der Sepsis*“
M. Raetzell; ku Gesundheitsmanagement; September 2025

Sepsis und Kodierung

Interessante Auswertung der Universität Jena



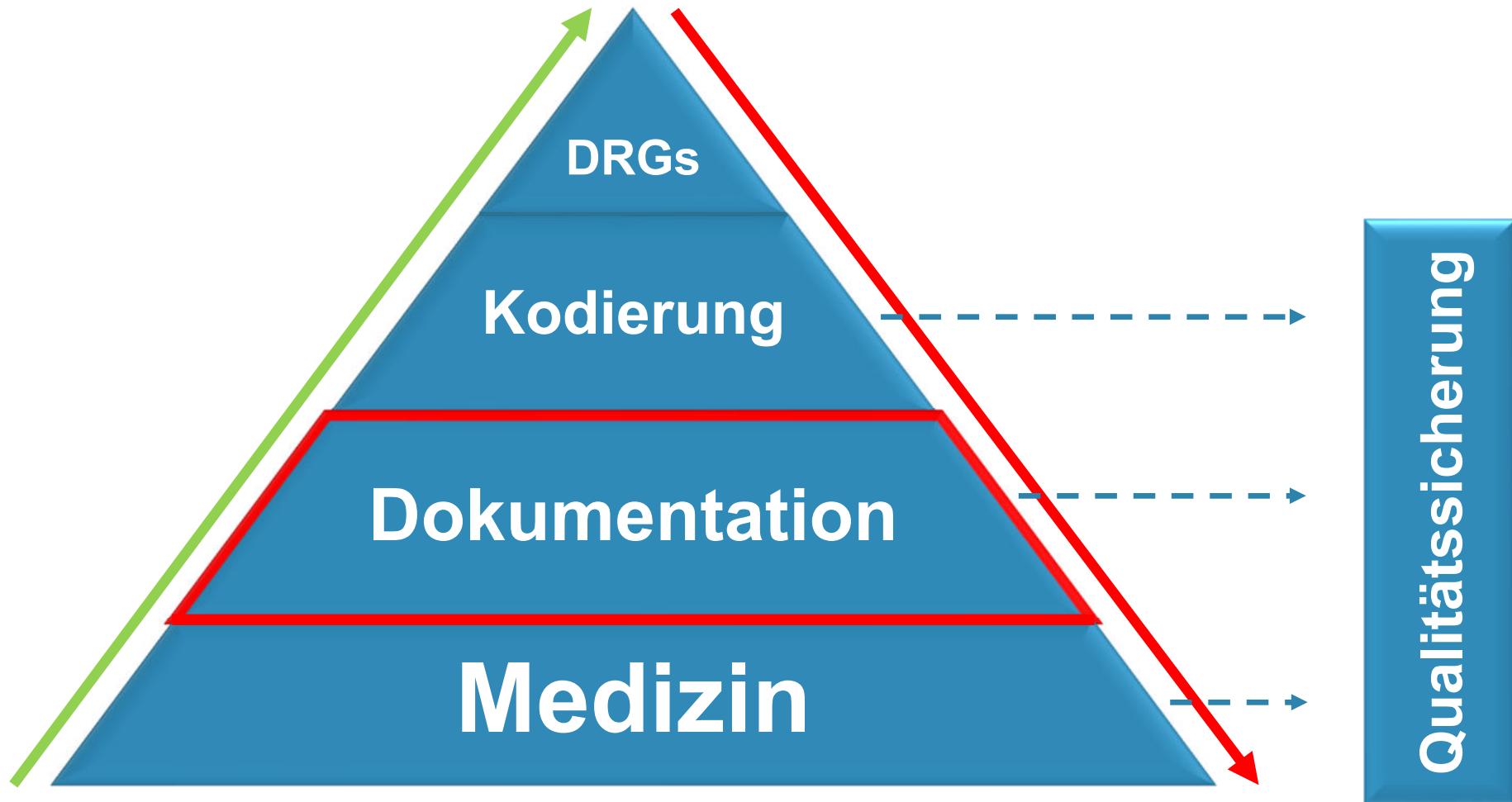
**Stellenwert der Akte:
Wer stellt fest, dass
es eine Sepsis ist?**

**Organmanifestation/
Beatmung:
Schweregrad
der Fälle**

Klassifikationsbaum-Modell für die Kodierung einer schweren Sepsis bei Vorliegen einer Goldstandarddiagnose einer schweren Sepsis gemäß Sepsis-1-Definition. Ergebnisbericht Universitätsklinikum Jena; Validierung und Optimierung der Nutzbarkeit von Routinedaten zur Qualitätsverbesserung des Sepsis-Managements im Krankenhaus. **D. Schwarzkopf, N. Rose, C. Fleischmann-Struzek, K. Reinhart**

QS-Sepsis 2026

Der gesamte Komplex auf den Punkt gebracht



QS-Sepsis 2026

Die formulierten Ziele des G-BA

- Reduzierung der Mortalität bei Sepsis
- Verringerung der (Ko-)Morbiditäten, der Langzeitfolgen sowie der Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten
- Verbesserung des Sepsis-Erkennens:
Frühzeitige Anwendung der Screening-Instrumente
Standardisierung der Diagnostik
- Einführung und Vermittlung von standardisierten Prozessen
- Vorgabe von verbindlich anzuwendenden Schulungen und SOP
- Optimierung der antiinfektiösen Sepsis-Therapie
- Verbesserung der Prävention von zentral-venösen Gefäßkatheter-assozierten Infektionen
- Bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse sowie der Qualität

QS-Verfahren 2026

Gesetzliche Grundlagen
Relevante Beschlüsse

Relevante Beschlüsse
Gesetzliche Grundlagen

QS-Sepsis 2026: Was lange währt ...

Gesetzliche Grundlage und relevante Beschlüsse I

Bisherige Meilensteine (chronologisch)

- **17.01.2019** – G-BA beauftragt IQTIG mit **Konzeptstudie** zum neuen QS-Verfahren „*Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis*“.
- **13.12.2019** – **Konzeptstudie** vorgelegt
- **16.07.2020** – Folgeauftrag an IQTIG:
Entwicklung des Verfahrens mit Machbarkeitsprüfung
- **30.06.2023** – Machbarkeitsprüfung:
Abschlussbericht mit Indikatorenset V1.1
- **06.03.2024** – G-BA beauftragt IQTIG mit der **Spezifikation**
(*Dokumente, Erläuterungen, Technik*)
- **11.03.2024** – **Indikatorenset V2.1** im Rahmen der Machbarkeitsprüfung
(*präzisierte Doku- und Auswertungslogik*)
- **19.12.2024** – **Aufnahme „QS Sepsis“ in die DeQS-Richtlinie**
(*thematische Bestimmungen, Übergangsregeln*).

QS-Sepsis 2026: Was lange währt ...

Gesetzliche Grundlage und relevante Beschlüsse II

Gesetzliche Grundlagen

- **SGB V:** Teilnahme- und QS-Pflichten der Leistungserbringer (§ 135a); Aufgaben & Rechtsstellung des **G-BA** (§ 91); **IQTIG** als wissenschaftliches Institut des Bundes zur QS-Entwicklung (§ 137a).
- **DeQS-Richtlinie**
(Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS):
Teil 1 (Rahmen)
Teil 2 (thematische Bestimmungen je Verfahren).
Die QS-Sepsis ist als 20. Verfahren in der DeQS-RL verankert.

Relevante Beschlüsse und Festlegungen (chronologisch):

- **19.12.2024 – Aufnahme von „*Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)*“ in die DeQS-RL inkl. Übergangsregeln**
- **17.07.2025 – Prospektive Rechenregeln und Spezifikationen (EJ 2026) für das Verfahren QS Sepsis**
- **08.09.2025 – Nicht-Beanstandung durch das BMG**

QS-Sepsis 2026

Gesetzliche Grundlage und relevante Beschlüsse



Beschluss

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

Vom 17. Juli 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Juli 2025 beschlossen, seinen Beschluss vom 19. Dezember 2024 über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis wie folgt zu ändern:

I. Der Beschluss wird unter I. wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Buchstabe g wird nach den Wörtern „Neu aufgetretenen Erkrankungen“ die Angabe „Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.
- b) In Satz 3 Buchstabe a werden nach den Wörtern „neu auftretenden Morbidität“ die Wörter „und Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dieser Beschluss betrifft Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die ihre Leistungen nach Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung) in der zuletzt am 12. Dezember 2024 geänderten Fassung mit einem der folgenden Fachabteilungsschlüssel dokumentieren:

1. 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
2. 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
3. 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
4. 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
5. 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
6. 0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie

Vorbehaltlich der offiziellen Veröffentlichung im Deutschen Reichsanzeiger gem. § 94 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Glinkastraße 35
10117 Berlin
Postanschrift:
11055 Berlin
Tel. +49 30 18 441-4514
bearbeitet von:
Dr. Josephine Tautz
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungs-
programme (DMP), Allgemeine
medizinische Fragen in der GKV"
213@bmg.bund.de
www.bundesgesundheitsministerium.de

Ausschließlich über Behördenpostfach

Betreff: **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V**
vom 17. Juli 2025

Bezug: Änderung des Beschlusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis
Geschäftszeichen 60704/00031
Berlin, 08.09.2025

08.09.2025

Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 17. Juli 2025 über eine Änderung des Beschlusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

QS-Verfahren 2026 in der Übersicht:

Der QS-Filter
Sanktionsmechanismen

Sanktionsmechanismen

DOLGOE-HITZ

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – **Formale Auslösung**

Wann wird ein QS-Fall ausgelöst? Und wann nicht?

- Ein QS-Sepsis-Fall „entsteht“ formal dann, wenn ein stationärer Fall die QS-Filter-Kodierlogik erfüllt.
- **Technisch** triggert die QS-Auslösung **meist nach Fallabschluss**, wenn die Kodierung final ist.
- **Eine behandlungsbegleitende Erfassung ist möglich** (*abhängig von Ihrer QS-Software*)
– **und** (aus unserer Sicht) für die Datenqualität **dringend zu empfehlen!**
- Eine fallbegleitende Erfassung sollte für **Investitionsentscheidungen** zu einer **QS-Software** eine wichtige Rolle spielen.
- Insbesondere für die **Erfassung der Zeitstempel** (*Blutkulturen, Antibiose*) ist ein fallbegleitender Ansatz essentiell.
- In das **KIS/PDMS integrierte Systeme** werden das wahrscheinlich besser leisten können als **Stand-Alone-QS-Suiten (Schnittstelle?)**.

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien I

Administrative Kriterien (**Einschluss-Kriterien: Müssen alle erfüllt sein**):

1. Nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
2. Alter >= 18
3. GKV-Versicherte mit gültiger eGK-Versichertennummer
Kassen-IK beginnend mit '10', kein besonderer Personenkreis
4. Aufnahmedatum: 01.01.2026 bis 31.12.2026
Entlassungsdatum: vor 01.01.2028 oder (noch) nicht bekannt
5. Aufnahmegrund – alle,
mit Ausnahme von:
 - 03 *Krankenhausbehandlung, teilstationär*
 - 04 *vorstationäre Behandlung,*
ohne anschließende vollstationäre Behandlung
 - 10 *Stationsäquivalente Behandlung*
 - 11 *Übergangspflege*

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien II

Klinische Kriterien – Kodierlogik (mindestens 1 Pfad muss erfüllt sein):

Pfad A – Septischer Schock:

ICD-Kode: R57.2

Details zur Kodierung:

Im 2. Teil des Skriptes!

Pfad B – Sepsis + SIRS mit Organkomplikation:

≥ 1 Sepsis-ICD (A02.1, A32.7, A39.1/.2, A40.-, A41.-, B37.7)

UND ICD-Kode: R65.1 (*als Surrogat-Parameter für Organdysfunktion*)

Pfad C – Sepsis + Organdysfunktion (*ohne R65.1/R57.2*):

Sepsis-ICD

UND

(a) ≥ 1 ICD für Organdysfunktion (z.B. DIC [D65.-], ARDS [J80.-])

oder

(b) OPS-Nachweise der Organdysfunktion (*s. Anhang des QS-Bogens*)
(z.B. Dialyse, Lebersatzverfahren, Reanimation, Gabe von Blutprodukten)

oder

(c) Beatmung/Tracheotomie-OPS mit ≥ 1 Beatmungsstunde nach § 301

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien III

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Fallbezogene QS-Dokumentation

Für welche Behandlungsfälle muss diese QS-Dokumentation durchgeführt werden?



Die fallbezogene QS-Dokumentation muss für alle QS-pflichtigen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die stationär aufgrund einer Sepsisdiagnose behandelt werden und deren Aufnahme ab dem 1. Januar 2026 stattfindet, vorgenommen werden.

Ein Behandlungsfall wird aufgrund seiner Entlassungsdiagnosen und / oder der zum Entlassungszeitpunkt kodierten Operationen- und Prozedurenschlüssel QS-pflichtig.

Sofern die Kodierung mindestens eine der folgenden Kriterien erfüllt und keine relevanten Ausschlussgründe (s. u.) vorliegen, wird der entsprechende Behandlungsfall berücksichtigt:

- Vorliegen der Diagnose eines septischen Schocks
- Vorliegen der Diagnose einer Sepsis und der Diagnose eines systemischen inflammatorischen Response-Syndroms (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen
- Vorliegen der Diagnose einer Sepsis und einer Organdysfunktion

Vom QS-Verfahren ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die von ausgewählten Fachabteilungen (gemäß den Fachrichtungen und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 der Ergänzung der **Themenspezifischen Bestimmungen** dieses Verfahrens) entlassen wurden. Ebenso werden Patientinnen und Patienten mit Sepsis und palliativer Behandlung oder Entlassung in ein Hospiz ausgeschlossen.

In der Anwenderinformation zum QS-Filter werden alle Auslösebedingungen dargestellt, die zum Einschluss eines Behandlungsfalles führen, u. a. auch die relevanten Kodelisten.

Die Anwenderinformation ist über die Verfahrensseite des QS-Verfahrens abrufbar.

Kodierung der Sepsis 2025/2026

Organkomplikationen nach **QS-Filter: Atmung**

Organkomplikationen nach QS-Filter (Datensatz Sepsis – SEP)

Kategorie	ICD-Kode	ICD-Titel
Atmung	J80.01	Mildes akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
Atmung	J80.02	Moderates akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
Atmung	J80.03	Schweres akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
Atmung	J80.09	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Schweregrad nicht näher bezeichnet
Atmung	J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
Atmung	J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
Atmung	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxämisch]
Atmung	J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
Atmung	J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
Atmung	J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxämisch]
Atmung	J96.91	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]
Atmung	J96.99	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet
Atmung	R09.2	Atemstillstand

Kodierung der Sepsis 2025/2026

Organkomplikationen **QS-Filter: Gerinnung/Kreislauf**

Organkomplikationen nach QS-Filter (Datensatz Sepsis – SEP)

Kategorie	ICD-Kode	ICD-Titel
Gerinnung	D65.0	Erworbene Afibrinogenämie
Gerinnung	D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
Gerinnung	D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
Gerinnung	D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
Gerinnung	D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
Gerinnung	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
Gerinnung	D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
Gerinnung	D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
Gerinnung	D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
Herz-Kreislauf-System	E86	Volumenmangel
Herz-Kreislauf-System	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
Herz-Kreislauf-System	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
Herz-Kreislauf-System	I95.9	Hypotonie, nicht näher bezeichnet
Herz-Kreislauf-System	R57.8	Sonstige Formen des Schocks

Anmerkung KC GmbH:

Der Kode **R57.2 – Septischer Schock** wird hier nicht berücksichtigt, da er im QS-Filter eine eigene Kategorie definiert!

Kodierung der Sepsis 2025/2026

Organkomplikationen **QS-Filter: Leber/ZNS**

Organkomplikationen nach QS-Filter (Datensatz Sepsis – SEP)

Kategorie	ICD-Kode	ICD-Titel
Leber	K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert
Leber	K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
Leber	K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
Leber	K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
Leber	K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
Leber	R17.0	Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
Leber	R17.9	Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
Nervensystem	F05.0	Delir ohne Demenz
Nervensystem	F05.1	Delir bei Demenz
Nervensystem	F05.8	Sonstige Formen des Delirs
Nervensystem	F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
Nervensystem	G94.32	Septische Enzephalopathie
Nervensystem	R40.0	Somnolenz
Nervensystem	R40.1	Sopor
Nervensystem	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet

Anmerkung KC GmbH:

Der Kode **G93.4 – Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet**
wird hier nicht berücksichtigt!

Kodierung der Sepsis 2025/2026

Organkomplikationen **QS-Filter: Niere**

Organkomplikationen nach QS-Filter (Datensatz Sepsis – SEP)

Kategorie	ICD-Kode	ICD-Titel
Niere	N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2
Niere	N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3
Niere	N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2
Niere	N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3
Niere	N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2
Niere	N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3
Niere	N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2
Niere	N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3
Niere	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
Niere	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3

Anmerkung KC GmbH:

Das ANV-Stadium 1 wird hier nicht berücksichtigt!

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien

Klinische Kriterien – Kodierlogik (mindestens 1 Pfad muss erfüllt sein):

Die **vollständigen Listen** der Sepsis-ICD, Organdysfunktions-ICD
sowie einschlussrelevanter OPS sind in der
„Anwenderinformation QS-Filter (SEP)“ aufgeführt.

Anwenderinformation SEP

Details zur Kodierung:

Im 2. Teil des Skriptes!

https://iqtig.org/downloads/erfassung/fdok/sj2026/v01/sep/Anwenderinformation_SEP.html



Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Sepsis (SEP)

Stand: 30. Juli 2025 (Spezifikation 2026 V01)
 Copyright © 2025 IQTIG

Textdefinition

Diagnostik und Therapie der Sepsis bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Algorithmus

Algorithmus als Formel

```
ALTER >= 18 UND ((DIAG EINSIN SEPSIS_ICD_SEPTSCHOCK ODER (DIAG EINSIN SEPSIS_ICD UND DIAG EINSIN SEPSIS_ICD_SIRS)) ODER (DIAG EINSIN SEPSIS_ICD UND ((DIAG EINSIN SEPSIS_ICD_OD ODER PROZ EINSIN SEP_OPS_OD ODER (PROZ EINSIN SEP_OPS_OD_BEATMUNG UND DAUBEAT >= 1)) UND DIAG KEINSIN SEPSIS_ICD_R))) UND FACHABT KEINSIN FAB_SEP_EX UND PROZ KEINSIN SEPSIS_OPS_EX UND ENTLGRUND <> '11' UND VERSICHERENIDNEU <> LEER UND format(VERSICHERENIDNEU;[A-Z][0-9]{9}) = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10' UND (PERSONENKREIS = LEER ODER PERSONENKREIS = '00')
```

QS SEPSIS 2026

Qualitätsindikatoren: Der QS-Bogen

BASIS		7-12.2	Patientin/Patient
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		7	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten _____._____
1-2	Art der Versicherung	8	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____._____._____
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de [0-9][0-9]	9	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt <input type="checkbox"/>
2	besonderer Personenkreis § 301 Vereinbarung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Patientenidentifizierende Daten	11	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	eGK-Versichertenummer _____._____	12.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgv.de <input type="checkbox"/> Schlüssel 1
4-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten	12.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund 1 = ja <input type="checkbox"/>
4	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de [0-9][0-9]	Diese Datenfelder sollten automatisiert im KIS erfasst und ausgefüllt werden können!	
5	entlassender Standort 77\d[4]\d[2]		
6	entlassende Fachabteilung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgv.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Datensatz Sepsis

SEP (Spezifikation 2026 V02)

IQTIG

QS SEPSIS 2026

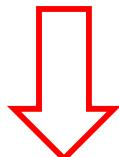
Qualitätsindikator: Valide Sepsisdiagnose?

13.1-16	Diagnostik
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13.2	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus unbekannt <input type="checkbox"/> 1 = ja



Dann geht der Abfrage-Algorithmus weiter mit:

- *Entlassungsdiagnosen*
- *OPS-Schlüssel*
- *Beatmungsstunden*
- *Krankenhaus-Letalität/Verlegung*
- ***Screening ...***
- ***Blutkulturen ...***



Dann geht der Abfrage-Algorithmus nur noch weiter mit:

- *Entlassungsdiagnosen*
- *OPS-Schlüssel*
- *Beatmungsstunden*
- *Krankenhaus-Letalität/Verlegung*

Das Datum der Sepsisdiagnose hat eine entscheidende Bedeutung im QS-Verfahren
= **Ankerzeitpunkt (t0)**

Datensatz Sepsis

SEP (Spezifikation 2026 V02)



QS SEPSIS ab 2026

Einschlusskriterien: Wer wählt ICD/OPS aus?

14 Entlassungsdiagnose(n)
<http://www.bfarm.de>

Aus dem KIS?
 Es dürfen nur die ICD-Kodes übernommen werden, die in **Anmerkung 1** enthalten sind (s. Anhang QS-Bogen)

Maximal 15 Diagnosen!?

Siehe Anmerkung 1

1. .
 2. .
 3. .
 4. .
 5. .
 6. .
 7. .
 8. .
 9. .
 10. .
 15. .



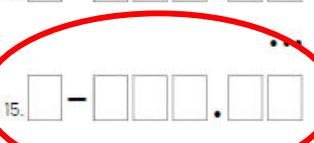
15 Operationen- und Prozedurenschlüssel
<http://www.bfarm.de>

Aus dem KIS?
 Es dürfen nur die OPS-Kodes übernommen werden, die in **Anmerkung 2** enthalten sind (s. Anhang QS-Bogen)

Maximal 15 OPS-Kodes!

Siehe Anmerkung 2

1. - .
 2. - .
 3. - .
 4. - .
 5. - .
 6. - .
 7. - .
 8. - .
 9. - .
 10. - .
 15. - .



16 Anzahl der Beatmungsstunden
 Gemäß § 301 SGB V

Stunden

- **Aus dem KIS?**
- **Hierarchie?**
- **Wer bestimmt, welche Kodes ausgesucht werden?**

QS SEPSIS ab 2026: Beispiel

Einschlusskriterien: ICD-Listen (Auszug)

Anmerkung 1 - im Feld Entlassungsdiagnose(n) (ENTLDIAG)

dokumentationspflichtige Kodes

A02.1 = Salmonellensepsis	I45.9 = Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	J80.01 = Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Mildes akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
A32.7 = Listeriensepsis	I46.0 = Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	J80.02 = Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Moderates akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
A39.1 = Waterhouse-Friderichsen	I46.9 = Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	J80.03 = Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Schweres akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
A39.2 = Akute Meningokokkensepsis	I47.0 = Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	J80.09 = Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet
A40.0 = Sepsis durch Streptokokken	I47.1 = Supraventrikuläre Tachykardie	J95.1 = Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
A40.1 = Sepsis durch Streptokokken	I47.2 = Ventrikuläre Tachykardie	J95.2 = Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
A40.2 = Sepsis durch Streptokokken Enterokokken	I47.9 = Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	J96.00 = Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert [Überprüfungsfällen]
A40.3 = Sepsis durch Streptococcus	I48.0 = Vorhofflimmern, paroxysmal	
A40.8 = Sonstige Sepsis durch Streptokokken	I48.1 = Vorhofflimmern, persistierend	
A40.9 = Sepsis durch Streptokokken	I48.2 = Vorhofflimmern, permanent	
A41.0 = Sepsis durch Staphylococcus	I48.3 = Vorhofflimmern, typisch	
A41.1 = Sepsis durch sonstige nährfertige Staphylokokken	I48.4 = Vorhofflimmern, atypisch	
A41.2 = Sepsis durch nicht näher bestimmte Staphylokokken	I48.9 = Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet	
A41.3 = Sepsis durch Haemophilus	I49.0 = Kammerflattern und Kammerflimmern	
A41.4 = Sepsis durch Anaerobier	I49.1 = Vorho	
A41.51 = Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	I49.2 = AV-junctional flutter	
	I49.3 = Ventricular fibrillation	
	I49.4 = Sonstige	

In Anmerkung 1 befinden sich hauptsächlich **ICD-Kodes**, die auf die Sepsis bzw. Organdysfunktionen hinweisen! Aber auch ICD-Kodes, bei denen die aktuelle Relevanz unklar bleibt, die aber ggf. zukünftig für eine Risikoadjustierung benötigt werden (z.B. C-Kodes – Malignome)!

QS SEPSIS ab 2026: Beispiel

Einschlusskriterien: OPS-Listen (Auszug)

Anmerkung 2: im Feld Operationen- und Prozedurenchlüssel (OPSCHLUESSEL) dokumentationspflichtige Kodes

1-207.0 = Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
 1-207.1 = Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10-20-System)
 1-207.2 = Elektroenzephalographie [EEG]: Video-EEG (10-20-System)
 1-207.3 = Elektroenzephalographie [EEG]: Mobiles Kassetten-EEG (10-20-System)
 1-207.x = Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige
1-207.y = Elektroenzephalographie [EEG]: N.n.bez.
 5-311.0 = Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie
 5-311.0 = Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie
 5-311.1 = Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie
 5-311.1 = Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie
 5-311.2 = Temporäre Tracheostomie: Minitracheotomie
 5-311.2 = Temporäre Tracheostomie: Minitracheotomie
 5-311.3 = Temporäre Tracheostomie: Koniotomie [Interkrikothyreotomie]
 5-311.3 = Temporäre Tracheostomie: Koniotomie [Interkrikothyreotomie]
 5-311.x = Temporäre Tracheostomie: Sonstige
 5-311.x = Temporäre Tracheostomie: Sonstige
 5-311.y = Temporäre Tracheostomie: N.n.bez.

8-853.8c = Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden
 8-853.x = Hämofiltration: Sonstige
 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
 8-854.60 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden
 8-854.61 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden
 8-854.62 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös,
 8-854.73 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden
 8-854.74 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden
 8-854.76 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden
 8-854.77 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden
 8-854.78 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
 8-854.79 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden

In Anmerkung 2 befinden sich hauptsächlich **OPS-Kodes**, die auf den Einsatz bei Organdysfunktionen hinweisen!

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien I

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Allgemein

Welche Krankenhäuser sind zur Teilnahme am verpflichtet?



Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind nach § 135a Abs. 2 Sat 1 SGB V zur Teilnahme an der gesetzlichen Qualitäts sicherung verpflichtet. Bestimmte Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen sind jedoch von der Teilnahme am QS-Verfahren ausgenommen. Dies betrifft ausschließlich die Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen inkl. ihrer Schwerpunkte, die in der Liste unter § 2 Abs. 2 der Ergänzung der **Themenspezifischen Bestimmungen** dargestellt sind.

Die Begründung für den Ausschluss der dort gelisteten Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen besteht darin, dass diese in der Regel keine Sepsispatientinnen und -patienten (gemäß dem Patientenfilter des QS-Verfahrens) behandeln.

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien II

Ausschlüsse (führen IMMER zum **Nicht-Einschluss!**)

Fachabteilungen gemäß § 2 Abs. 2 DeQS-RL (präzisiert 17.07.2025),
z. B:

- *Neonatologie/Pädiatrie (inkl. pädiatrische Intensivmedizin),*
- *Kinderchirurgie, (Kinder-)Kardiologie,*
- *Psychiatrie und Psychosomatik (inkl. Tages-/Nachtkliniken),*
- *Palliativmedizin (auch „Palliativmedizin Kinder“),*
- *Strahlenheilkunde, Nuklearmedizin, Radiologie u. a.*

(vollständiger Katalog mit **60 FAB-Schlüsseln** in der Richtlinie > nächste Folie)

Palliativmedizinische Komplexbehandlung:

OPS-Kodes: 8-982.-, 8-98e.-, 8-98h.*

Entlassgrund – Ausschluss

11 *Entlassung in ein Hospiz*

QS SEPSIS ab 2026

Der QS-Filter – Ein- und Ausschlusskriterien III

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/ SP Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/ SP Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/SP Strahlenheilkunde
0610	Endokrinologie/ SP Pädiatrie
0710	Gastroenterologie/ SP Pädiatrie
0910	Rheumatologie/ SP Pädiatrie
1000	Pädiatrie (inkl. Aller Schwerpunkte: 1004/5/6/7/9/11/12/14/28/50/51)
1100	Kinderkardiologie
1136	Kinderkardiologie/ Schwerpunkt Intensivmedizin

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/ SP Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/ SP Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/ SP Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie (Alle SP)
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin (<i>inkl. aller SP</i>)
3300	Strahlenheilkunde (<i>inkl. aller SP</i>)

3610	Intensivmedizin/ SP Pädiatrie
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie

3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin
3759	Schmerztherapie/Tagesklinik
3760	Palliativmedizin Kinder

Rot = Abteilung für Kinder/Jugendliche

QS SEPSIS ab 2026

Sanktionsmechanismen

Sanktionsmechanismen (DeQS-RL, Teil 1 §17)

Gestuftes Verfahren – *nicht sepsis-spezifisch*;
gilt auch für andere QS-Verfahren

- **Stufe 1 (fördernd):**
 - Zielvereinbarungen, Fortbildungen, Audits/Peer-Reviews,
 - SOP-/Pfad-Implementierung u.a.
- **Stufe 2 (durchsetzend):**
 - Empfehlung von Vergütungsabschlägen bzw.
Entzug der Abrechnungsmöglichkeit für betroffene Leistungen;
 - Information der Landesplanung/Gesundheitsämter;
 - ggf. einrichtungsbezogene Veröffentlichung bei besonders gravierenden Verstößen.
 - Fehlende (obwohl dokumentationspflichtige) QS-Datensätze lösen grundsätzlich Maßnahmen der Stufe 2 aus.

QS SEPSIS ab 2026

Sanktionsmechanismen in Übergangsphase I

Übergangsphase (§19 G-BA-Beschluss v. 19.12.2024):

- Für die QS-Sepsis gilt eine dreijährige Übergangsregelung 2026 – 2028
- In dieser Zeit finden regulär keine Maßnahmen der Stufe 2 statt (*sofern kein dringender Handlungsbedarf besteht!?*)
- Maßnahmen der Stufe 1 sind aber explizit ab dem 1. Erfassungsjahr vorgesehen
- **Für das erste Erfassungsjahr 2026 erfolgt keine krankenhausindividuelle Ergebnisveröffentlichung!**

Was kommt (erst) später?

- Monetäre Sanktionen bei fehlender Dokumentation (Abschläge):
für 2026–2028 ausdrücklich ausgesetzt;
der G-BA legt die Detailregeln zur „fehlenden Dokumentation“ gesondert fest.
- **Follow-Up-Indikatoren (60/365 Tage)**
werden mit systembedingtem Zeitversatz berichtet:
(z. B. 365-Tage-Outcomes zu Indexfällen des Vorjahres/Vor-Vorjahres).

QS SEPSIS

Sanktionsmechanismen in Übergangsphase II

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Allgemein

Ist eine Erprobungsphase bzw. Übergangsregelung für das QS-Verfahren vorgesehen?



Gemäß § 19 der **Themenspezifischen Bestimmungen** dieses Verfahrens ist eine dreijährige Übergangsregelung festgelegt. Im Zeitraum der Übergangsregelung gelten Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der DeQS-RL nicht.

Das bedeutet, dass in diesem Zeitraum Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 (z. B. Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen) regulär keine Anwendung finden sollen, sofern kein dringender Handlungsbedarf besteht.

Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL kann während des Übergangszeitraums jedoch durchgeführt werden, ebenso wie die Einleitung von Maßnahmenstufe 1 (z. B. Zielvereinbarungen, Teilnahme an Fortbildungen oder Qualitätszirkeln) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 DeQS-RL.

Für das erste Erfassungsjahr 2026 ist außerdem eine Aussetzung der einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Ergebnisse vorgesehen.

Anmerkung:

Dringender Handlungsbedarf

bestünde beispielsweise bei **Verweigerung des Verfahrens** oder **offensichtlicher Manipulation**.

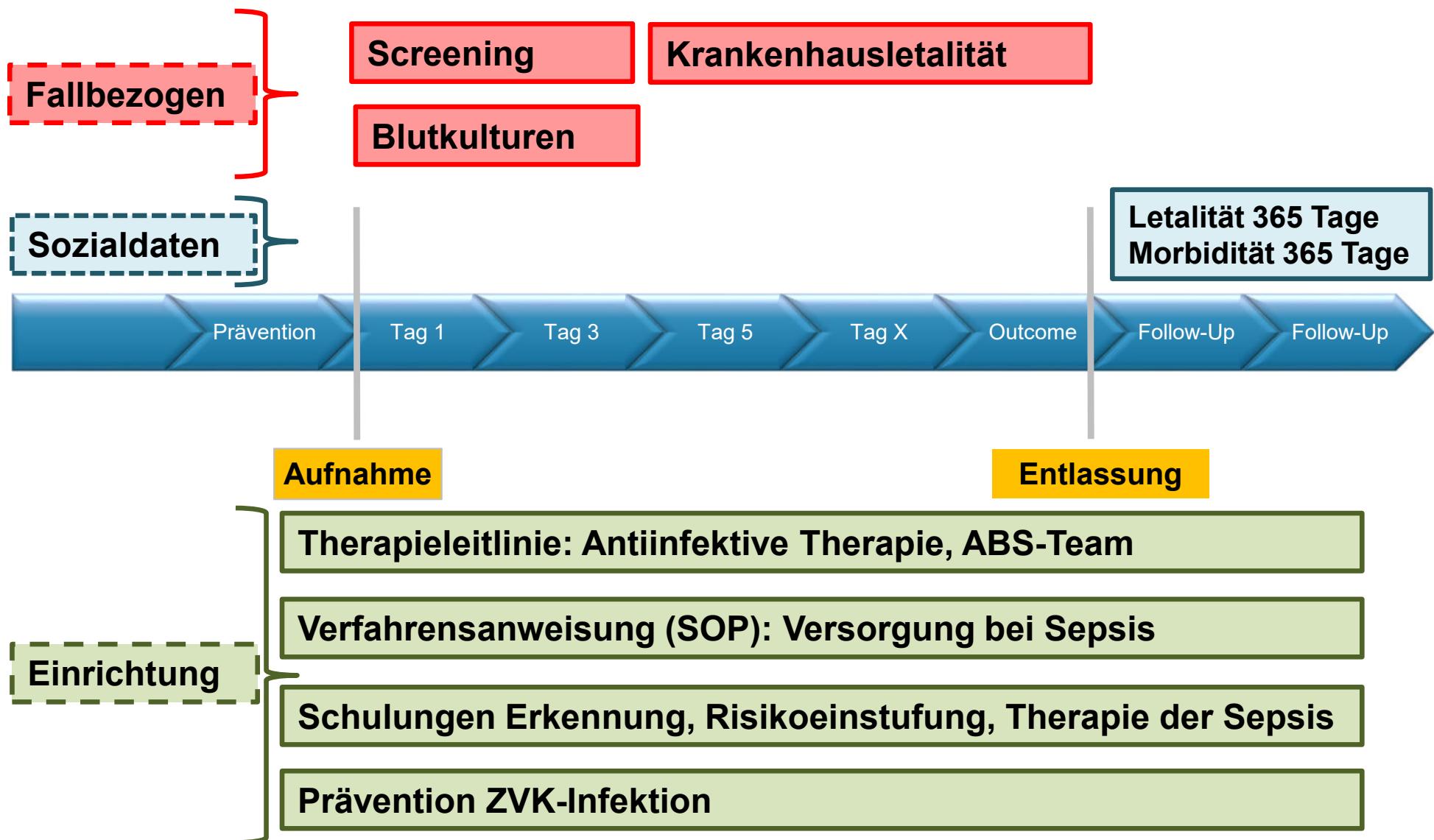
Qualitätsindikatoren in der Übersicht

- Fallbezogene Qualitätsindikatoren (3x)
- Einrichtungsbezogene Q-Indikatoren (4x)
- Sozialdatenbasierte Q-Kennzahlen (7x)

- Sozialdatenbasierte Q-Kennzahlen (7x)
- Einrichtungsbezogene Q-Indikatoren (4x)
- Fallbezogene Qualitätsindikatoren (3x)

QS SEPSIS 2026

Qualitätsindikatoren/-kennzahlen in der Übersicht



QS SEPSIS 2026

Qualitätsindikatoren in der Übersicht

Auswertung und Rechenregeln

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen (SEPSIS-E)

Prospektive Rechenregeln Erfassungsjahr 2026
PDF V02 / 20.03.2025 / 236 KB

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert

Prospektive Rechenregeln Erfassungsjahr 2026
PDF V02 / 20.03.2025 / 352 KB

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren (Prospektive Rechenregeln)
Erfassungsjahr 2026

Stand: 15.01.2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeOS-RL (Prospektive Rechenregeln)
Erfassungsjahr 2026

Stand: 15.01.2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Link (IQTIG):

[Diagnostik und Therapie der Sepsis \(QS SEPSIS\) - IQTIG](#)

QS SEPSIS 2026

Qualitätsindikatoren in der Übersicht I

Das Indikatorensset V2.1 im Jahr 2024 in der Machbarkeitsprüfung:

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Referenzbereich
3 x Fallbezogen	Fallbezogene Qualitätsindikatoren	Referenzbereich
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	≥ 90%
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 95%
Outcomes	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	-
4 x Einrichtungsbezogen	Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren	
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeldung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus	
Antinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoerstufung und Therapie von Sepsis	
Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren		
Outcomes	Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung	

Der Ergebnisindikator „Erhöhung des Pflegegrads nach Sepsis innerhalb von 60 Tagen nach Entlassung“ wurde nicht umgesetzt, weil die dafür nötige Informationen in den Sozialdaten der Krankenkassen derzeit nicht regelhaft abrufbar sind.

QS SEPSIS

Qualitätsindikatoren in der Übersicht II

3 x Fallbezogene Qualitätsindikatoren:

- Indikator 602600 (Prozessqualität):
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
- Indikator 602601 (Prozessqualität):
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
- Indikator 602602 (Ergebnisqualität):
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

4 x Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren

- Indikator 602604 (Strukturqualität):
Multimodales Präventionsprogramm
von **zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen**
zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
- Indikator 602605 (Strukturqualität):
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt
durch ein **multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team (ABS-Team)**
- Indikator 602606 (Strukturqualität):
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
- Indikator 602607 (Strukturqualität):
Regelmäßige Schulungen
zur **Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie** von Sepsis

QS SEPSIS

Qualitätsindikatoren in der Übersicht IV

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Allgemein

Wo können Krankenhäuser die genauen Vorgaben zum QS-Verfahren finden?

Das QS-Verfahren Sepsis umfasst drei Erfassungsmodule. Die Spezifikation für die QS-Dokumentation (inkl. Auslösebedingungen, Datenfeldbeschreibungen und Ausfüllhinweisen) ist bzw. wird auf der Verfahrensseite des QS-Verfahrens veröffentlicht. Die vollständige Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen ist [hier](#) zu finden.

Die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ist den prospektiven Rechenregeln (pRR) bzw. nach Abschluss eines Erfassungsjahres den endgültigen Rechenregeln zu entnehmen, welche auf der Verfahrensseite abzurufen sind. Diese gliedern sich nach den Auswertungsmodulen des QS-Verfahrens, die sich aus der fallbezogenen, sozialdatenbasierten sowie einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zusammensetzen:

- Auswertungsmodul „SEPSIS-FS“: zusammengesetzt aus fallbezogener sowie sozialdatenbasiertem QS-Dokumentation
- Auswertungsmodul „SEPSIS-E“: bestehend aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Bitte beachten Sie, dass die Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das erste Erfassungsjahr 2026 erst im Dezember 2025 beschlossen werden soll. Bis dahin können sich Leistungserbringer an dem QI-Set V2.1 orientieren, wobei vorbehaltlich des Beschlusses durch den G-BA inhaltliche Abweichungen vom QI-Set V2.1 in den Spezifikationsempfehlungen der EDOQ möglich sind. Das QI-Set V2.1 ist auf der Verfahrensseite des QS-Verfahrens abrufbar.

Bei den **einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren** sind **ggf. noch Änderungen bis zum Jahreswechsel** möglich!

Qualitätskennzahlen in der Übersicht

Einrichtungsbezogene Indikatoren

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Welche Krankenhäuser müssen diese QS-Dokumentation durchführen?



Krankenhausstandorte, die mindestens einen Fall gemäß QS-Filter im Erfassungsjahr behandelt haben, sind zur Dokumentation der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren verpflichtet. Ausgenommen sind Standorte von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen (gemäß den Fachrichtungen und deren Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 der Ergänzung der **Themenspezifischen Bestimmungen** dieses Verfahrens), die keine oder nur in Ausnahmefällen erwachsene Sepsispatientinnen und -patienten behandeln oder diese regelhaft verlegen.

Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation muss einmal jährlich pro Krankenhausstandort erfolgen. In der Anwenderinformation zum QS-Filter werden alle Auslösebedingungen und relevanten Kodelisten dargestellt, die zum Einschluss eines Behandlungsfalles und somit zur Dokumentationspflicht eines Krankenhausstandortes führen.
Die Anwenderinformation ist über die Verfahrensseite des QS-Verfahrens abrufbar.

Qualitätskennzahlen in der Übersicht

Sozialdatenbasierte Kennzahlen I

Das Verfahren beinhaltet zusätzlich

7 x Sozialdatenbasierte Qualitätskennzahlen:

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Allgemein

Was muss ein Krankenhaus zur Erhebung der sozialdatenbasierten Kennzahlen tun?

Im Verfahren QS Sepsis sind sieben Kennzahlen zur Letalität und zu Folgemorbiditäten einer Sepsis definiert, die auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden.

Die Erhebung findet automatisiert statt, sodass keine Dokumentation durch die Krankenhäuser ausgefüllt werden muss.

Nutzung von GKV-Daten – keine Umsetzungsrelevanz für Kliniken

Qualitätskennzahlen in der Übersicht

Sozialdatenbasierte Kennzahlen II

- Kennzahl 602608:
Letalität nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602609:
Neu aufgetretene **Morbiditäten des Atmungssystems**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602610:
Neu aufgetretene **Morbiditäten der Niere**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602611:
Neu aufgetretene **Morbiditäten des kardiovaskulären Systems**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602612:
Neu aufgetretene **Morbiditäten des zentralen Nervensystems**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602613:
Neu aufgetretene **Posttraumatische Belastungsstörung**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*
- Kennzahl 602614:
Neu aufgetretene **Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit**
nach Sepsis *innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung*

Nutzung von GKV-Daten:

Keine Umsetzungsrelevanz
für Kliniken;
aber interessant zu erfahren!

Frage:

Rückmeldung an Kliniken?
Wann? Wer? Konsequenzen?

Fallbezogene Qualitätsindikatoren im Detail

- Screening mittels Messinstrumenten
- Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie
- Krankenhausletalität nach Sepsis

- Krankenhausletalität nach Sepsis
- Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie
- Sepsis mit multipler Organinsuffizienz

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 90 %
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	<p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 90 % der Fälle der Grundgesamtheit gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators gescreent haben.</p>

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Rechenregeln qSOFA? oder NEWS2?	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p>

Klärung: Wie und wann wird von wem (in unserer Klinik) für den **Zähler** der **Zeitpunkt** der „*Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus*“ (**Zeitpunkt t0**) erfasst? Wer dokumentiert? ...



Datensatz Sepsis

SEP (Spezifikation 2026 V02)

13.1-16 Diagnostik	
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Rechenregeln Beispiel: 80 Patienten <u>mit Screening und Sepsis</u> 100 Patienten mit Sepsis	Zähler Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde Nenner Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

Frage: Wie ist der **Nenner**
„Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit“
 der fallbezogenen Indikatoren **definiert?**

Grundgesamtheit =
 Alle erwachsenen, GKV-versicherten Sepsis-Indexfälle
 eines Krankenhauses im Erfassungsjahr, **die den QS-Filter erfüllen.**

Die Definition gilt für alle drei fallbezogenen Indikatoren.

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten I

13.1-16	Diagnostik
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

17-26.2	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
---------	--

<i>wenn Feld 13.1 <> LEER</i>	
17 >	Wurde am Krankenhaus ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt? STOP 0 = nein 1 = ja

<i>wenn Feld 17 = 1</i>	
18 >>	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, bekannt? STOP 0 = nein 1 = ja

<i>wenn Feld 18 = 1</i>	
19.1 >>>	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent? 1 = ja
19.2 >>>	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent? 1 = ja
19.3 >>>	Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent? 1 = ja

qSOFA:
Felder
20.1/2
21.1/2

NEWS2:
Felder
22.1/2
23.1/2

Dann erst Feld 24: SOFA!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: qSOFA

<i>wenn Feld 19.1 = 1</i>		<i>wenn Feld 20.1 ≠ LEER</i>	
20.1 >>>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	21.1 >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen <input type="text"/>
20.2 >>>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt <input type="text"/> 1 = ja	21.2 >>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt <input type="text"/> 1 = ja

Die Qualitätsindikatoren im Detail

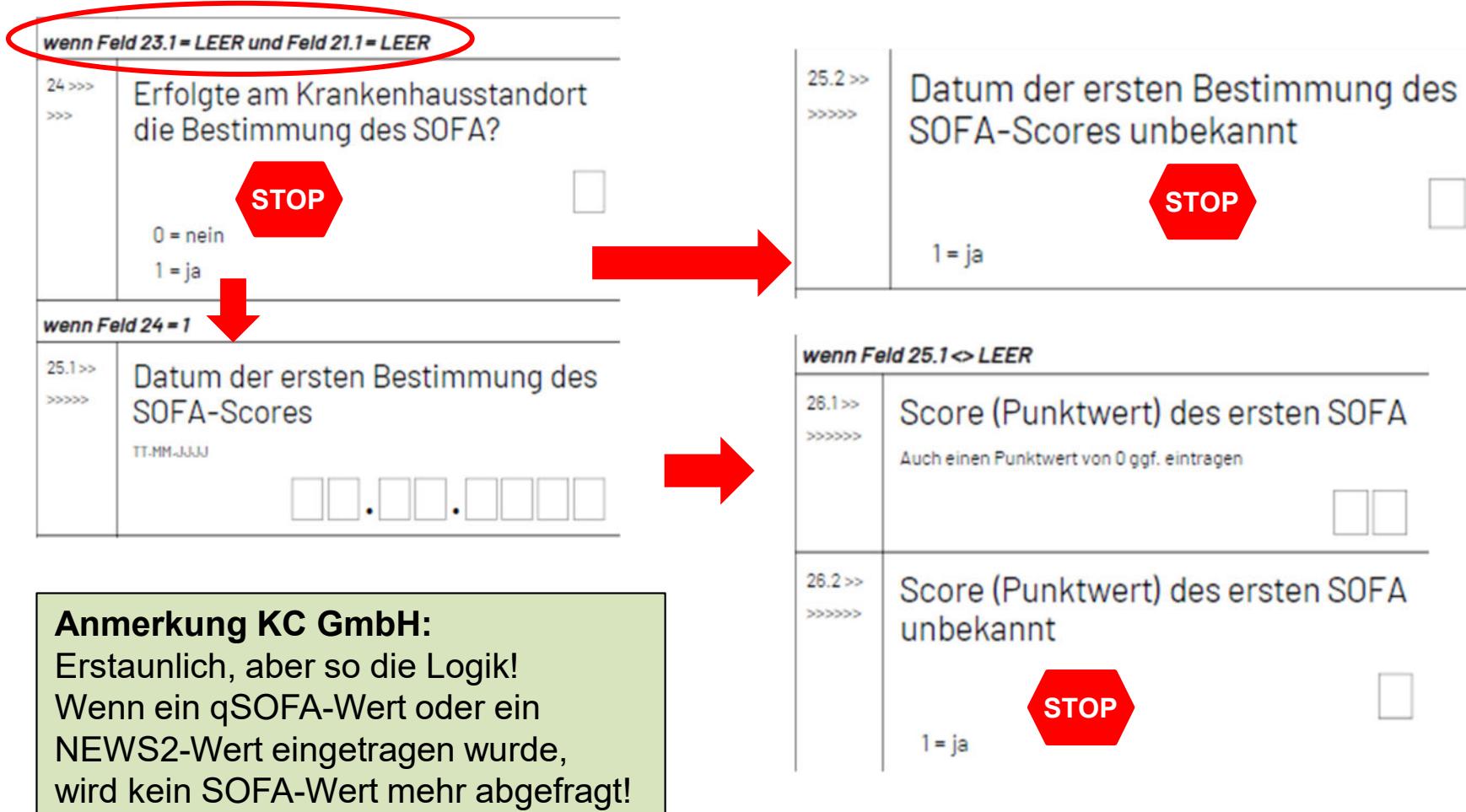
Screening: NEWS2

<i>wenn Feld 19.2 = 1</i>	
22.1 >>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22.2 >>>	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt <input type="checkbox"/> 1 = ja

<i>wenn Feld 22.1 <> LEER</i>	
23.1 >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen <input type="text"/> <input type="text"/>
23.2 >>>>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt <input type="checkbox"/> 1 = ja

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: Bestimmung des SOFA



Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten I

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen <u>vor Diagnosestellung</u> oder <u>vor Diagnosebestätigung</u> im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p>

Frage: Bei den Zeitmarken werden keine Uhrzeiten erfasst.
 Wie ist es dann zu bewerten,
 wenn **Screening und Diagnosestellung auf denselben Tag** fallen?

Anmerkungen	<u>Ausfüllhinweise</u>
	Tag der Sepsisdiagnose und Tag des ersten Screenings dürfen identisch sein.

Quelle:
 QS-Verfahren „*Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis*“
 Machbarkeitsprüfung Indikatorenset V2.1 Seite 9

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten II

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Welche Screening-Instrumente sind zulässig?

Primär:

- qSOFA oder
- NEWS2 (*ausdrücklich als Alternative zu qSOFA vorgesehen*).

Sekundär (wenn qSOFA oder NEWS2 nicht erfasst):

- SOFA (*Leitlinienempfehlung:
Aber eigentlich kein „Screening“-Instrument*)

Kernaussage:

Das Instrument ist aus den 3 genannten Optionen frei wählbar.

Hauptsache: Es wird vor der Diagnosestellung dokumentiert!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten III

Wird der SOFA-Score als Screening gewertet?

- In der G-BA-Beschlussanlage „*Prospektive Rechenregeln EJ 2026*“, ID 602600 (*Screening*) steht im Abschnitt Leitlinien ausdrücklich:
„Die deutsche S3-Leitlinie ... empfiehlt auf Intensivstationen den SOFA-Score, außerhalb den qSOFA; anstelle von qSOFA kann NEWS2 verwendet werden.“
- Damit ist im offiziellen Begründungsteil des Indikators festgehalten, dass SOFA auf der ITS als (*Screening*-)Instrument eingesetzt werden kann. Der Indikator unterscheidet aber nicht nach Stationsbezug.
- Die Datenspezifikation des IQTIG führt eigene QS-Datenfelder für das „*Screening-Score des ersten SOFA*“ (- neben qSOFA und NEWS2 s. o.).
- Das zeigt, dass SOFA in der QS-Erhebung als zulässiges Screening-Instrument verarbeitet wird (Felddefinition scre.inst.sofa; Einführung separater Felder für „*Datum/Score des ersten SOFA*“).

QS SEPSIS

Exkurs – qSOFA-Score

qSOFA (2016)

- Der qSOFA (quick Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment) ist ein **Schnell-Check zur Risikostratifizierung** von Patienten mit (vermuteter) Infektion außerhalb der ICU.
- Ziel ist es, Patienten mit **erhöhtem Risiko für ungünstige Verläufe** (v. a. Krankenhausletalität, ICU-Aufnahme) rasch zu erkennen und eine sofortige klinische Re-Evaluation/Eskalation anzustoßen.
- Diagnostisch **definiert** dieser Wert alleine eine **Sepsis nicht!!!!**
- qSOFA ist **spezifisch, aber relativ wenig sensitiv** (als Screening *allein suboptimal*).
- Der **NEWS/NEWS2-Score** schneidet in vielen Studien **als Frühwarn-Score besser** ab.
- **Konsequenz:**
qSOFA als Trigger für ärztliche Re-Evaluation/SOFA, nicht als alleiniger Filter!

qSOFA (2016)

Kriterien

(je 1 Punkt/ 0–3 Punkte gesamt):

- Atemfrequenz $\geq 22/min$
- Systolischer Blutdruck $\leq 100 \text{ mmHg}$
- Bewusstseinsveränderung
(z. B. GCS < 15)

Bei ≥ 2 Punkten:

- Erhöhtes Risiko
- umgehende Abklärung
- Sofortige Überwachung
- Erhebung des vollständigen SOFA-Score!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Exkurs NEWS-Score

NEWS-Score (2012)

- Der **National Early Warning Score (NEWS)** ist ein standardisiertes Punktesystem zur Erkennung und zum **Monitoring akuter Verschlechterungen** bei erwachsenen Patienten (≥ 16 J.).
- Er basiert auf **6 Vitalparametern**, die jeweils mit **0–3 Punkten** gewichtet werden; **zusätzlich** werden **2 Punkte** vergeben, wenn (*nicht-invasive*) **Sauerstoffgabe** erforderlich ist.
- Die **sechs Parameter**:
Atemfrequenz, O₂-Sättigung (SpO₂), Temperatur, systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, Vigilanz (AVPU/ACVPU)
- Die **Gesamtsumme** und der **Punktwert der Einzelparameter (= 3)** steuern **Monitoring-Frequenz** und **Eskalation**.

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS-Score

Dieser Score ist
zum Screening
nicht ausreichend!

Physiologischer Parameter	Punkte						
	Abweichung			Normal	Abweichung		
	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz (pro Minute)	≤ 8	—	9-11	12–20	—	21–24	≥ 25
SpO ₂ – Skala (%)	≤ 91	92–93	94–95	≥ 96	—	—	—
Sauerstoffgabe (aktuell)	—	JA	—	NEIN	—	—	—
Systolischer Blutdruck (mmHg)	≤ 90	91–100	101–110	111–219	—	—	≥ 220
Puls (pro Minute)	≤ 40	—	41-50	51–90	91–110	111–130	≥ 131
Akute Bewusstseinsveränderung (AVPU als Grundlage)	Bewusstlos	—	—	Wach	—	—	Reaktion Ansprache Schmerzreiz
Temperatur (°C)	≤ 35,0	—	35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥ 39,1	—

Eskalationsorientierung (Punktzahl)		
0–4	Niedriges Risiko	Routinekontrollen nach SOP
5–6	Mittleres Risiko	Unverzügliche ärztliche Beurteilung/ Engmaschigere Überwachung
≥7	Hohes Risiko	Unverzüglich Notfallteam/ Kontinuierliche Überwachung > IMC/ICU
3 Punkte im Einzelparameter	„Red flag“	Sofortige Information ÄD Zeitnahe ärztliche Beurteilung

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS2-Score I

NEWS-Score (2012) vs. NEWS2-Score (2017)

- Für die QS Sepsis wird **ausdrücklich der NEWS2 (2017)** und nicht der „klassische“ NEWS (2012) **referenziert**.
- Der zugehörige **Prozessindikator**
„*Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung*“ akzeptiert **qSOFA, NEWS2 oder SOFA**
– *der klassische NEWS ist nicht als zälfähiges Instrument hinterlegt!!!*
- Im Indikatorenset V2.1 (Machbarkeitsprüfung) heißt es:
„*Wurde mit dem Instrument ‚NEWS2‘ gescreent?*“
- Für den Zähler werden deshalb nur Fälle gezählt, in denen ein Score für **qSOFA oder NEWS2 oder SOFA** dokumentiert ist.
- Ein Feld „*anderes Instrument*“ existiert, geht aber nicht in den Zähler ein.
- **Damit wäre ein Screening mit dem alten NEWS (2012) nicht indikatorwirksam!!!**

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS2-Score II

NEWS-Score (2012) vs. NEWS2-Score (2017)

- Die prospektiven Rechenregeln des G-BA für das Erfassungsjahr 2026 führen den Indikator „*Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung*“ und verweisen auf die IQTIG-Spezifikation 2026, in der die oben genannten Instrumente hinterlegt sind.

Konsequenz für Kliniken:

- Wenn Sie einen **EWS** (Early Warning Score) aus der NEWS-Familie verwenden, **stellen Sie auf NEWS2 um** (*inkl. ACVPU und SpO₂-Skala 2 für hyperkapnische Insuffizienz*).
- **Nur so erfüllt das Screening den Prozessindikator!**
- Alternativ ist ein zälfähiges Screening auch mit qSOFA oder SOFA möglich.

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS2-Score III

NEWS-Score (2012) vs. NEWS2-Score (2017)

Dimension	NEWS (2012)	NEWS2 (2017)
Bewusstseins-Skala	AVPU	ACVPU mit C = new Confusion (zählt 3 Punkte)
SpO ₂ -Bewertung	Eine Skala	Zwei Skalen: Skala 1 (Standard), Skala 2 bei hyperkapnischer Insuffizienz (Ziel 88–92 %)

A(C)VPU – Kurz erklärt

A – Alert: wach, orientiert, reagiert spontan → im NEWS/NEWS2 = 0 Punkte.

C – (new) **Confusion**: *Neu aufgetretene Verwirrtheit/Delir* oder
Akute Vigilanz-/Orientierungsstörung

→ in NEWS2 eigenständige Kategorie; gilt als Red Flag = 3 Punkte

V – Voice: *reagiert nur auf Ansprache* → im NEWS/NEWS2 = 3 Punkte.

P – Pain: *reagiert nur auf Schmerzreiz* → im NEWS/NEWS2 = 3 Punkte.

U – Unresponsive: *keine Reaktion* → im NEWS/NEWS2 = 3 Punkte.

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS2-Score IV

NEWS-Score (2012) vs. NEWS2-Score (2017)

Dimension	NEWS (2012)	NEWS2 (2017)
Bewusstseins-Skala	AVPU	ACVPU mit C = new Confusion (zählt 3 Punkte)
SpO ₂ -Bewertung	Eine Skala	Zwei Skalen: Skala 1: (Standard), Skala 2: bei hyperkapnischer Insuffizienz (Ziel 88–92 %)

SpO₂-Bewertung: Kurz erklärt

- **Skala 1** für die meisten Patienten (i.d.R. Ziel 96–100 %).
- **Skala 2 nur bei hyperkapnischer respiratorischer Insuffizienz:**
 - Ziel 88–92 %: *Um Hyperkapnie durch zu hohe O₂-Gaben zu vermeiden*
 - Die Entscheidung, welche Skala gilt,
trifft ein „competent decision-maker“,
die andere Skala wird auf der Kurve durchgestrichen.
 - O₂-Gabe: Weiterhin + 2 Punkte.

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS2-Score V

Physiologischer Parameter	Punkte						
	Abweichung			Normal	Abweichung		
	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz (pro Minute)	≤ 8	—	9-11	12-20	—	21-24	≥ 25
SpO ₂ – Skala-1 (%) oder	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96	—	—	—
– Skala-2 (%) - unter Raumluft	≤ 83	84-85	86-87	88-92	—	—	—
– Skala-2 (%) - unter O ₂ -Gabe	—	—	—	88-92	93-94	95-96	≥ 97
Sauerstoffgabe (aktuell)	—	JA	—	NEIN	—	—	—
Systolischer Blutdruck (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219	—	—	≥ 220
Puls (pro Minute)	≤ 40	—	41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Akute Bewusstseinsveränderung ACVPU als Grundlage	JA	—	—	NEIN	—	—	—
Temperatur (°C)	≤ 35,0	—	35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	—

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Muss jeder Patient täglich gescreent werden?

- Für den QS-Indikator **zählt genau ein dokumentiertes „Erst-Screening“** vor Diagnosestellung/-bestätigung der Sepsis je Indexfall.
- Eine **tägliche Wiederholung oder Seriennachweis** ist im Indikator nicht gefordert.
- Unabhängig von der QS wäre ein fortlaufendes klinisches Monitoring sicherlich sinnvoll und wird auch in einer Reihe von Kliniken praktiziert.
- International etablierte Empfehlungen zum **NEWS2**:
 - NEWS2 = 0: *Mindestens 12-stündiglich*
 - NEWS2 1–4: *Mindestens alle 4–6 h*
 - NEWS2 5–6: *Mindestens stündlich und ärztliche Review/Eskalation*
 - NEWS2 ≥ 7: *Sofortige klinische Beurteilung*
Monitoring alle 30 Minuten

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

„Spot-Checks“ und mögliche Hilfsmittel?

- **Mobile Vitalzeichen-Monitore** mit Spot-Check-/Intervall-Modus,
z. B. *Welch Allyn Connex Spot Monitor, GE CARESCAPE VC150, Mindray VS-9 RR, Puls, SpO₂, Temp., EMR-Upload.*

Nutzen: Schnelle Komplettsätze ohne Abschreiben/Transkriptionsfehler etc.



QS SEPSIS

Zuverlegte Patienten

Abbildung von Verlegungsfällen

FAQ: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Fallbezogene QS-Dokumentation

Wie ist mit Fällen umzugehen, die aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden?



Auch für zuverlegte Patientinnen und Patienten mit Sepsis muss dokumentiert werden, da nur die Prozesse bezogen auf den eigenen Krankenhausstandort erfasst werden können. Die Dokumentationen des Krankenhausstandortes, der die Patientin oder den Patienten verlegt, können nicht validiert werden.

Auch aufgrund des kritischen Krankheitsbildes einer Sepsis ist es sinnvoll, dass das behandelnde Krankenhaus einen aktuellen Überblick über die Vitalparameter (Screening) und den Erreger der Sepsis (Blutkulturen) erhält.

Fazit: Umgang identisch wie mit „normalen“ Aufnahmen!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten: To-Dos I

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

1. Verfahrensanweisung/SOP „Sepsis-Screening“ erstellen/aktualisieren:

- **Triage-Trigger bei Infektionsverdacht definieren:**
z.B. *Fieber/ Hypotonie, „red flags“*
- **Workflow vor Diagnoseeintrag:**
Screening muss vor Dokumentation der Sepsis-Diagnose erfolgen

2. Instrumentenwahl festlegen

- **Standard für ZNA/Normalstationen:**
NEWS2 (*bessere Sensitivität als qSOFA für Screening-Zwecke*)
qSOFA optional
- **Standard ITS: SOFA**
Leitlinienempfehlung, keine Vorgabe zur Indikatorberechnung

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten: To-Dos II

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

3. Elektronische Dokumentation im KIS

- Strukturfelder für Instrument, Zeitstempel und Score-Wert (Erste Bestimmung)
- Export-Mapping auf die IQTIG-Datenfelder (qSOFA/NEWS2/SOFA, „Unbekannt“-Option).
- Automatische Score-Berechnung (NEWS2/qSOFA/SOFA)

4. Schnittstelle zur QS-Doku

- Sicherstellen, dass ein vorhandener NEWS2/qSOFA/SOFA in die fallbezogene QS-Doku übernommen wird (*Vermeidung von Dokumentationsbrüchen*).

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten: To-Dos III

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

5. Personalqualifizierung

- Schulungen für Pflegekräfte und den ÄD:
zu Triggern, Instrumenten, Dokumentationspflichten
- Bekannte Wissenslücken zu den Instrumenten adressieren

6. Prozess für Verlegungen, Nacht- und Wochenendaufnahmen

- Ankunfts-Screening bei innerklinischer/externer Verlegung
- 24/7-Verfügbarkeit von Screening und Dokumentation sicherstellen

8. Monitoring und Feedback

- Monatliches Compliance-Reporting (Ziel $\geq 90\%$)
- Drill-down bis Bereich/Schicht
- Rückmeldungen in Team-Besprechungen

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: Typische Fallstricke I

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Typische Fallstricke (*und wie man sie vermeidet*):

- **Zeitliche Fehlreihenfolge:**
Screening erst nach dokumentierter Sepsisdiagnose
Lösung: „*Screen-first*“ fest in SOP/KIS-Pfad verankern
- **Nur „*klinischer Eindruck*“ ohne Messinstrument:**
Erfüllt den Indikator nicht!
Lösung: Immer qSOFA/NEWS2 (ITS: SOFA) dokumentieren!
- **„*Anderes Instrument*“ ohne Evidenz:**
Kann fachlich beanstandet werden!
Lösung: Verwenden Sie bevorzugt qSOFA/NEWS2/SOFA
- **Lücken bei Verlegungen/Nacht/WE:**
Lösung: Ankunfts-Check und 24/7-Prozess

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: Typische Fallstricke II

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung

Typische Fallstricke (*und wie man sie vermeidet*):

- **Dokumentations-/QS-Ausnahmen falsch interpretiert:**
z.B. Palliativfälle/Fachabteilungs-Exklusion sind verfahrensweit exkludiert, nicht indikatorindividuell.
Lösung: Prüfen Sie, ob der Fall überhaupt in der Grundgesamtheit ist.
- **Übergangsphase missverstanden:**
2026 keine Abschläge heißt nicht, dass niedrige Screeningraten folgenlos sind (Auffälligkeiten werden berichtet, Maßnahmen sind möglich!) Auswertungen in den Folgejahren?

Die Qualitätsindikatoren im Detail

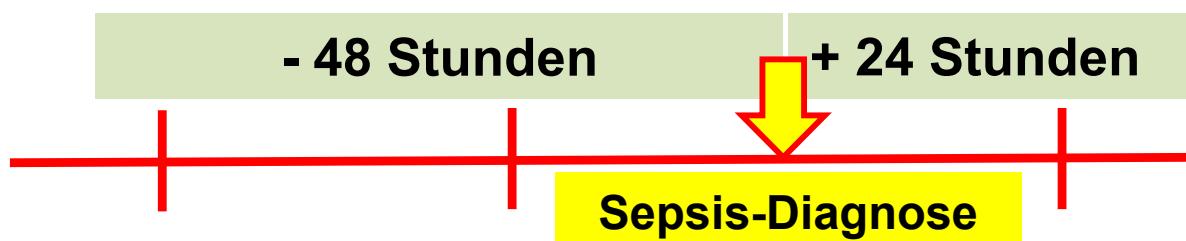
Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie I

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 95 %
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	<p>Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bei weniger als 95 % der Fälle der Grundgesamtheit Blutkulturen gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators abgenommen haben.</p>

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie II

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Rechenregeln Tage bzw. Uhrzeiten!? Genaue Dokumentation! Bestätigung BK vor Therapie!	<p>Zähler Patientinnen und Patienten, bei denen <u>vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis</u> mindestens zwei Blutkulturen-Sets maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem <u>Tag der Sepsisdiagnose</u> entnommen worden sind, für die ein <u>Zeitpunkt des Laborergebnisses</u> vorliegt</p> <p>Nenner Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p>
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterium des Indikators: Patientinnen und Patienten, die keine antibiotische und keine antimykotische Therapie der Sepsis erhalten haben.



Abnahme von **2 BK-Sets vor Beginn** der antiinfektiven Therapie!

- 4 Kriterien:**
1. Diagnose einer Sepsis
 2. AB-/Antimyk. Therapie
 3. **2 Blutkulturen vor Beginn Therapie;** aber (- 48h/+ 24h)
 4. Zeitpunkt Laborergebnis

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie III

Sepsis-Diagnose?		Antibiose/ Antimykotische Therapie?	
13.1-16 Diagnostik			
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort <small>TT-MM-JJJJ</small>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
13.2	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	<input type="checkbox"/>	 <small>1 = ja</small>
			
27- 33.3 Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis			
wenn Feld 13.1 <> LEER			
27 >	Wurde die Patientin/der Patient <u>aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort</u> antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt? <input type="checkbox"/>		
<small>0 = nein</small> <small>1 = ja</small> 			

Der Passus „aufgrund der Sepsisdiagnose“ ist wichtig.
 Hierzu zählt die **Einleitung einer neuen oder Veränderung, Umstellung oder Beibehaltung der bestehenden antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie aufgrund der Sepsisdiagnose!**

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie IV

wenn Feld 27 = 1	
28.1>>	<p>Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion <u>aufgrund</u> der Sepsisdiagnose</p> <p>Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist das Datum der früheren Therapieform anzugeben TT.MM.JJJJ</p> <p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
28.2>>	<p>Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion <u>aufgrund</u> der Sepsisdiagnose</p> <p>Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben hh:mm</p> <p><input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/></p>
28.3>>	<p><u>Datum und/oder Uhrzeit</u> der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion <u>aufgrund</u> der Sepsisdiagnose <u>unbekannt</u></p> <p>Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben</p> <p><input type="checkbox"/> STOP</p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>

Blutkulturen-Abnahme?



wenn Feld 28.1 < LEER und Feld 28.2 < LEER	
29>>	<p>Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhaus abgenommen und mikrobiologisch analysiert?</p> <p><input type="checkbox"/> STOP</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

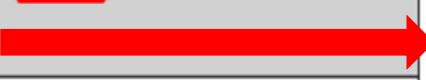


Wichtig:

Sind das Datum und/ oder die Uhrzeit unbekannt – dann werden die weiteren Felder nicht abgefragt!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie V

27- 33.3	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
wenn Feld 28.1 & 28.2 = LEER	
29>>>	<p>Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?</p> <p>STOP</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> 

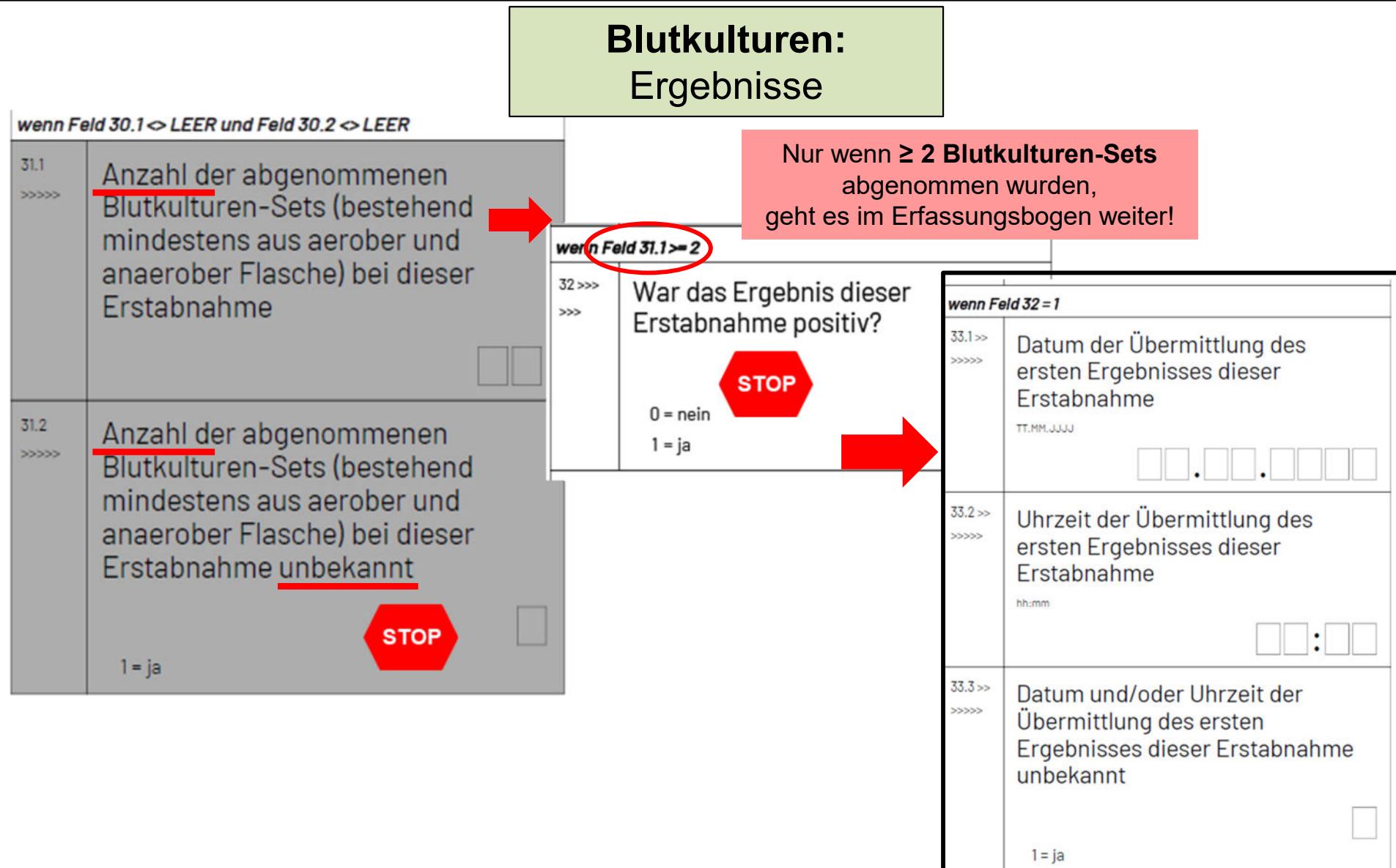
Blutkulturen: Abnahme	
wenn Feld 29 = 1	
30.1 >>>	<p>Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p>□□.□□.□□□□</p>
30.2 >>>	<p>Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis</p> <p>hh:mm</p> <p>□□:□□</p>
30.3 >>>	<p>Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis <u>unbekannt</u></p> <p>1 = ja</p> <p>STOP</p>



Wichtig:
Sind das Datum und/ oder die Uhrzeit unbekannt – dann Abbruch!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie VI



Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie VII

Typische Zeitfenster Blutkulturen

Erste verwertbare Information (Grampräparat):

- **Regelfall:** nach ca. 12–24 h
- **Idealfall:** nach 6–12 h

Erste Erregeridentifikation („rapid diagnostic“ mit MALDI/PCR):

- **Regelfall:** nach 24–36 h
- **Idealfall:** nach 8–12 h

Vollständiger Befund inkl. Antibiogramm:

- **Regelfall:** 48–72 h
- **Idealfall:** 24–36 h

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen: To-Dos I

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

1. SOP und Schulungen

- **SOP „Sepsis-Mikrobiologie vor Therapie“ mit klarer Reihenfolge:**
 - (1) Sepsis-Screening/Diagnose,
 - (2) mind. 2 Blutkultur-Sets (aerob/anaerob)
 - (3) ggf. weitere Proben (Urin, Atemwege, Wunde, Liquor etc.),
 - (4) erst dann Start antibiotische oder antimykotische Therapie,
aber „ohne wesentliche Verzögerung“
ggf. Override-Regelung: „Pat. vital bedroht“
- **Schulungen ÄD und PD**

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen: To-Dos II

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

2. Prozesse und Material

- **Sepsis-Kits auf den Schwerpunktstationen**
- **Erfassung der Zeit-Stempel (z.B. Barcode-Scan):**
Sepsisdiagnose, Entnahme BK, Übermittlung Ergebnisse BK, Beginn antibiotische/antimykotische Therapie
- **Regelung der Abläufe im Labor/in der Mikrobiologie**
[Probenannahme, Transport, Bebrütungsbeginn, Grampräparat/Schnellinformation, Resistenztest, Schnellverfahren (PCR-/MALDI-basiert)]
- **Regelung der Abläufe außerhalb der Regelarbeitszeiten**
(v.a. Labor, Mikrobiologie)

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen: To-Dos III

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

3. Elektronische Dokumentation im KIS/ LIS

- Sepsisdiagnose-Tag (**Index-Tag – t0**) als eigenes Datenfeld in der QS-Maske
- Strukturfelder für Zeitstempel mit Pflichtfeldern:
z.B. „*2 Blutkultur-Sets entnommen? (Ja/Nein/Grund)*“
- Export-Mapping auf die IQTIG-Datenfelder

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen: Typische Fallstricke I

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Typische Fallstricke (und wie man sie vermeidet):

- **Nur 1 Blutkultur-Set:**
Zählt nicht für den Indikator; Mindestanforderung sind ≥ 2 Sets.
>> Kit-Standard + KIS-Pflichtabfrage
- **Blutkulturen nach AB-Start:**
Klinisch manchmal unvermeidlich,
aber nicht indikatorwirksam (**Was passiert dann? s. Abfolge QS-Bogen!**)
*>> „Kulturen zuerst“-Standard,
im Notfall aber keine relevante Verzögerung riskieren!*
- **Fehlende/uneinheitliche Zeitstempel (z.B. Entnahme, AB-Start):**
Führt zur Nicht-Zählbarkeit
>> Barcode-Pfad, automatische Zeitübernahme, keine Freitextzeiten

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen: Typische Fallstricke II

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Typische Fallstricke (und wie man sie vermeidet):

- **Dokumentations-Defizite:**
 - Der „*Tag der Sepsisdiagnose*“ im QS-Datensatz muss klinisch belastbar sein.
 - Eine Fehldatierung verschiebt das –2/+1-Fenster
 >> *Stichprobenprüfung durch MedCo*
- **Was dann?**

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis I

ID	602602	
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Auswertungsjahr	2027	
Erfassungsjahr	2026	
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2026	-	Zukünftig O/E ≤ 2
Referenzbereich 2025	-	
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Zum ersten Erfassungsjahr keine Risikoadjustierung möglich. Der Indikator wird ratenbasiert berechnet ohne Referenzbereich.	

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis II

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	Zum ersten Erfassungsjahr keine Risikoadjustierung möglich.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind</p> <p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p>
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterium des Indikators: Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“

Einfluss auf Zähler/Nenner:

Externe Verlegungen werden **in der Indikatorberechnung** des Hauses nicht berücksichtigt
– weder im Nenner noch im Zähler.

Erst das **aufnehmende Krankenhaus** hat diesen Fall **in seiner Grundgesamtheit (Nenner)!**
Verstirbt der Patient dort während desselben stationären Aufenthalts, **fällt er in dessen Zähler.**

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis III

7-12	Patientin/Patient
7	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1

34	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
34	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Der Verlegungsparameter wird sicherlich eine Rolle bei der Risikoadjustierung spielen.

Deshalb besondere Beachtung:

- Aufnahme- und Entlassungsgrund im §301-Datensatz!

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis IV

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Was misst der Indikator – und wie wird er berechnet?

- **Definition:**
Anteil der Patienten mit Sepsis (= Grundgesamtheit des QS-Verfahrens), die **während desselben stationären Aufenthalts** versterben.
Ergebnisindikator, ratenbasiert.
- **Referenzbereich 2026:**
Es wird **kein Referenzbereich** vorgegeben.
Für das **Erfassungsjahr 2026 ist keine Risikoadjustierung** vorgesehen.
Erste Auswertung im Jahr 2027.
- **Verlegungen in andere Kliniken werden ausgeschlossen.**
- **Kontext im weiteren QS-Verfahren:**
Ergänzend wird als **sozialdatenbasierte Transparenzkennzahl** die **Letalität innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung** berichtet.

Was versteht man unter einer Risikoadjustierung?

- Vergleiche zwischen Kliniken sollen **fair** sein.
- Weil ältere und vorerkrankte Patienten ein höheres Sterberisiko haben, wird das Ergebnis so „**adjustiert**“, als hätten alle Kliniken **ähnliche Alters- und Krankheitsprofile**.
- Technisch erfolgt bei der QS-Sepsis eine sog. **indirekte Standardisierung**: Aus einem bundesweiten Modell wird für **Ihre Fälle** ein **erwarteter Wert** berechnet (z.B. erwartete 1-Jahres-Sterblichkeit). Dann vergleicht man **beobachtet/erwartet (O/E – Observed/Expected)** und skaliert das auf die Bundesrate.
- So wird aus unterschiedlichen Fallpopulationen („**schwere Fälle**“ vs. „**leichte Fälle**“) ein **Äpfel-mit-Äpfeln-Vergleich**.

Formel:

O/E-Ratio = (**beobachtete** Ereignisse) ÷ (vom Modell **erwartete** Ereignisse).

Beispiel:

Beobachtet 36 Todesfälle, erwartet 40 Todesfälle, > O/E = 0,90

Standardisierte Sterblichkeit = 90 % des Bundesdurchschnitts (= besser als erwartet).

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: To-Do I

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

Klinische Versorgung (Outcome-wirksam)

- **Sepsis-Früherkennung und Standardtherapie** konsequent umsetzen:
z.B. strukturiertes Screening (NEWS2/qSOFA nach Hausstandard),
frühzeitige Antiinfektiva, Blutkulturen vor AB-Start, Laktat,
tägliche Re-Evaluation („Bundles“ gemäß S3-Leitlinie/SSC).
- **Hoch-Risiko-Konstellationen** (z. B. Schockraum, onkologische Fieberpatienten, Pflegeheim-Bewohner, postoperative Infekte) mit **Eskalationspfaden** hinterlegen (*Rapid Response/Sepsis-Team, SOPs, 24/7 Diagnostik & OP-/Interventions-Bereitschaft*).
- **Sepsis-MuM-Konferenzen:**
Standardisierte Mortalitätskonferenzen zu allen Sepsis-Todesfällen;
Ursachenanalyse

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: To-Do II

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

Dokumentation und QS-Auslösung:

- **QS-Auslösung im KIS verlässlich implementieren:**
(Technische Spezifikation SEPSIS-FS/SEPSIS-E):
Sichere Identifikation der Grundgesamtheit gemäß Sepsis-3-basiertem Algorithmus (ICD-/Leistungsdaten-getrieben) und vollständige QS-Datenübermittlung.
- **Entlassungs-/Verlegungsgrund sauber führen (*Tod vs. Verlegung*)**
- **Externe Verlegungen** müssen korrekt als solche dokumentiert sein
(*sonst verfälschter Indikator!*)

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: To-Do III

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

Kodierung/Medizincontrolling

- **Sepsis-Kodierung** strikt entlang DKR/ICD-10-GM und der Sepsis-3-Logik (Infektion und neu aufgetretene Organdysfunktionen)
- Eine **Unter- wie Überkodierung/Dokumentation** verzerrt den Indikator:
 - Fehl- oder Nicht-Auslösung des QS-Bogens etc.
 - Ggf. im Rahmen der Implementierung ein Vier-Augen-Prinzip nutzen
- **Interne Analysen und Monitoring der Kennzahl im Jahr 2026:**
(Kein Referenzbereich, keine Risikoadjustierung)
Stratifizierung beispielsweise nach:
Alter, Pflegebedürftigkeit, Schock, Beatmung, Zu-/Abverlegungen

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: To-Do IV

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Konkrete To-Dos für Kliniken (Umsetzung im Alltag):

Verantwortlichkeiten und Qualifizierung

- **Verbindliche SOP** (*Screening, Diagnostik, Antiinfektiva etc.*) inkl. regelmäßiger Schulungen (s.a. Strukturindikatoren)
- **Berichtswesen (Dashboards):**
Regelmäßige Sepsis-Falllisten mit Outcome, Time-to-Antibiotics, Blutkulturen-Quote, ITS-Quote
- **Übergangsphase aktiv nutzen** (keine Abschläge in den ersten Jahren):
Technik stabilisieren, Datenqualität hochziehen, Teams trainieren, Interne Benchmarks etablieren

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: Fallstricke I

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Typische Fallstricke (und wie man sie vermeidet):

- **Kein/zu spätes Screening und Therapieverzögerung** > erhöht Letalität:
Gegenmaßnahmen:
Verpflichtendes Triage-Screening, Time-to-Antibiotics ≤1 h bei septischem Schock/hochgradigem Verdacht; OP/Intervention frühzeitig
- **Fehlerhafte QS-Auslösung:**
Fälle fehlen im Zähler und/oder Nenner
Gegenmaßnahme:
Plausibilitäts-Audits (KIS-Trigger vs. Kodierung vs. klinische Dokumentation)
- **Falscher Entlassungsgrund (Tod vs. Verlegung):**
Verzerrung des Indikators
Gegenmaßnahme: Cross-Check durch Medizincontrolling.

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Krankenhausletalität nach Sepsis: Fallstricke II

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Typische Fallstricke (und wie man sie vermeidet):

- „**Gaming**“ durch **Ausverlegung schwerer Fälle**:
Da Transfers aus dem Indikator ausgeschlossen sind,
kann eine hohe Transferquote die Letalität „schönrechnen“.
Gegenmaßnahmen:
Internes Monitoring „Verlegungs-Quote vs. Schweregrad“
Blick auf 365-Tage-Letalität (Sozialdaten) als Korrektiv.
- **Keine interne Analyse der Kennzahlen im Jahr 2026:**
Häuser mit hoher Notfall-/ITS-/Zuverlegungs-Last wirken „schlechter“.
Gegenmaßnahme:
Interne Risikostratifizierung und transparente Kommunikation ins Haus.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Mehr Informationen ...

www.kaysers-consilium.de

info@kaysers-consilium.de

The screenshot shows the homepage of the KAYSERS CONSILIUIM website. At the top left is the logo 'KAYSERS CONSILIUIM'. To its right is a navigation bar with links: Aktuelles, Seminare, Beratung, Mediathek, Über uns, Bewertungen, and a blue button labeled 'Livestream'. On the far right are social media icons for phone, email, LinkedIn, YouTube, Facebook, Instagram, and Twitter. The main banner features a doctor's hands and the text 'Schulung und Beratung im Gesundheitswesen' and 'Unser Online-Angebot'. Below the banner are three smaller images: a hand using a tablet, a person using a computer, and a comparison between 'B-BEP-Abschlags-vereinbarung' and 'Livestream vs. Online-Seminar'. The overall theme is professional healthcare training and consulting.