



KAYSERS CONSILIUM GmbH

Qualitätssicherung-Sepsis 2026

Das QS-Verfahren in allen Details – Teil 1

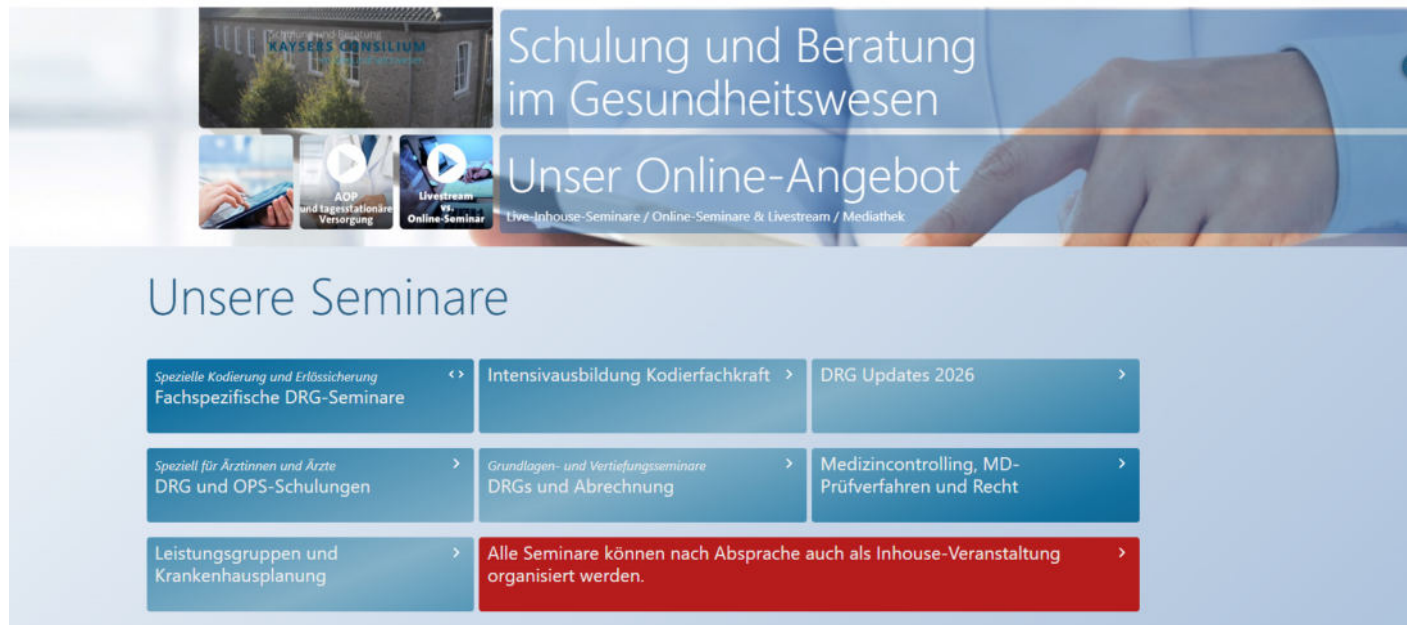
KEVELAER | DEZEMBER 2025

Dr. med. A. Stockmanns



Dozent

- **Dr. med. Andreas Stockmanns**
 Facharzt für Innere Medizin
 Gesundheitsökonom
 Geschäftsführer der Kayzers Consilium GmbH



The screenshot displays the Kayzers Consilium website. At the top, there is a header with the company logo and the text 'Schulung und Beratung im Gesundheitswesen'. Below this, a section titled 'Unser Online-Angebot' features icons for 'ADP und tagesstationäre Versorgung' and 'Livestream / Online-Seminar'. The main content area is titled 'Unsere Seminare' and contains a grid of seminar topics with navigation arrows. The topics include: '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', and 'Leistungsgruppen und Krankenhausplanung'. A red banner at the bottom of the grid states: 'Alle Seminare können nach Absprache auch als Inhouse-Veranstaltung organisiert werden.'

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

SEPSIS KANN JEDE:N TREFFEN.

Kenne die Symptome und rette das Leben deiner Liebsten.



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

Dienstag, 26. August 2025



Ärzteschaft

Mediziner schlagen wegen hoher Sepsissterberate Alarm

Mittwoch, 20. August 2025



News Kurse Termine

GIRS-NRW

Katheterassoziierte Sepsis vermeiden

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

Neue S3-Leitlinie Sepsis veröffentlicht

18. August 2025

zurück

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-Pandemiezeiten jährlich in Deutschland an Sepsis.

Unbehandelt Sepsis führt stets zum Tod und stellt immer einen akuten

140.000

Betroffene sterben – die Mehrzahl dieser Todesfälle ist vermeidbar.

Sepsis nimmt bei den Todesursachen in Deutschland

360.000

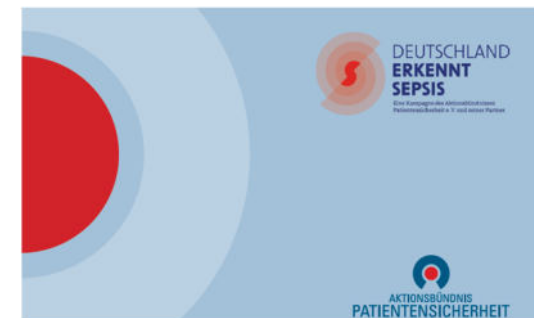
Betroffene überleben, von denen 75% unter Langzeitfolgen leiden

Drei Viertel der Sepsis-Überlebenden leiden unter Folgen wie anhaltenden 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 krankenhouseigenen 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 Bakteriämie 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 Bakteriämie 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!“**

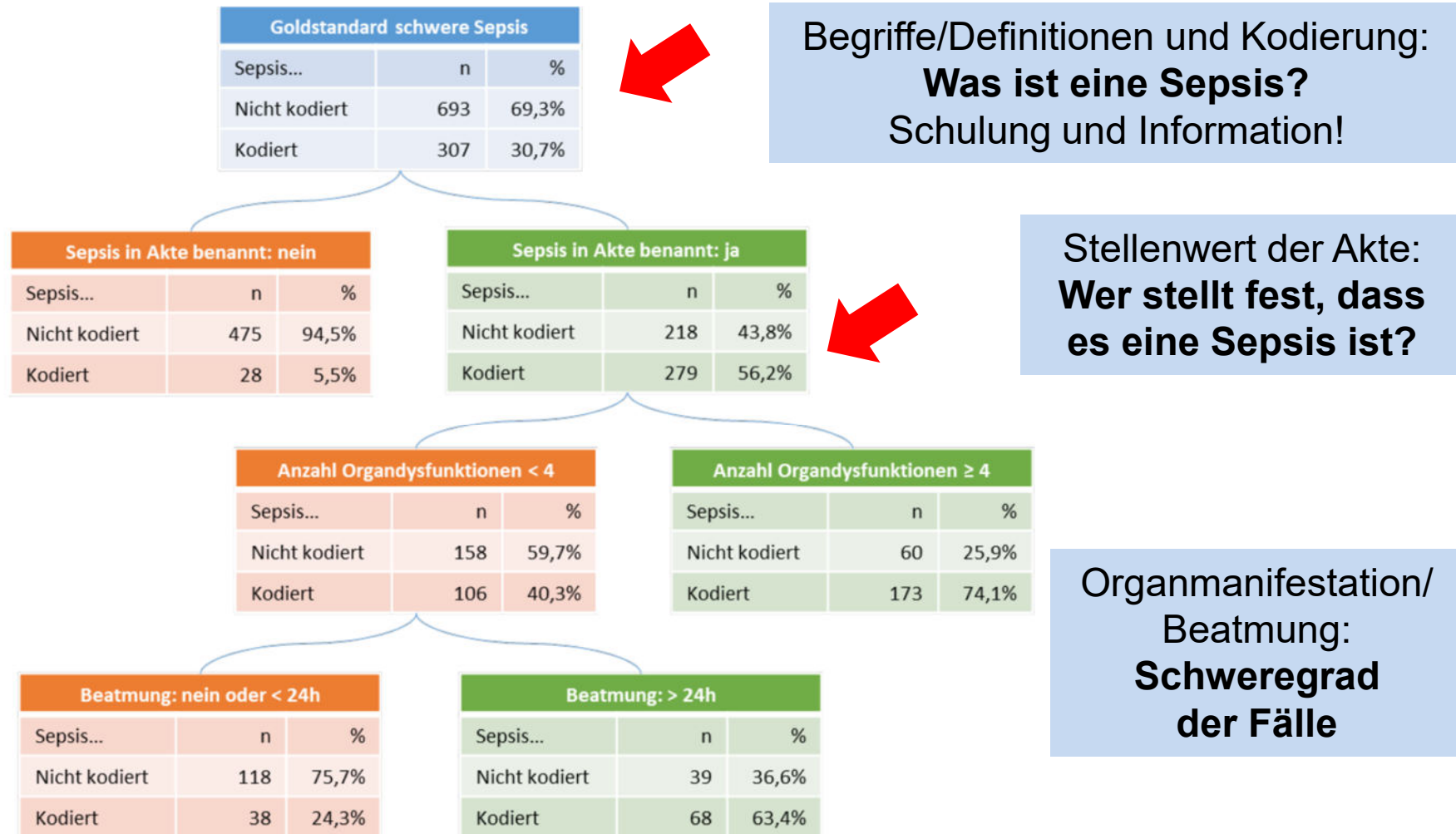
**„Einheitliche Standards sind unerlässlich,
um zu verlässlichen Aussagen zu kommen.“**

*„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

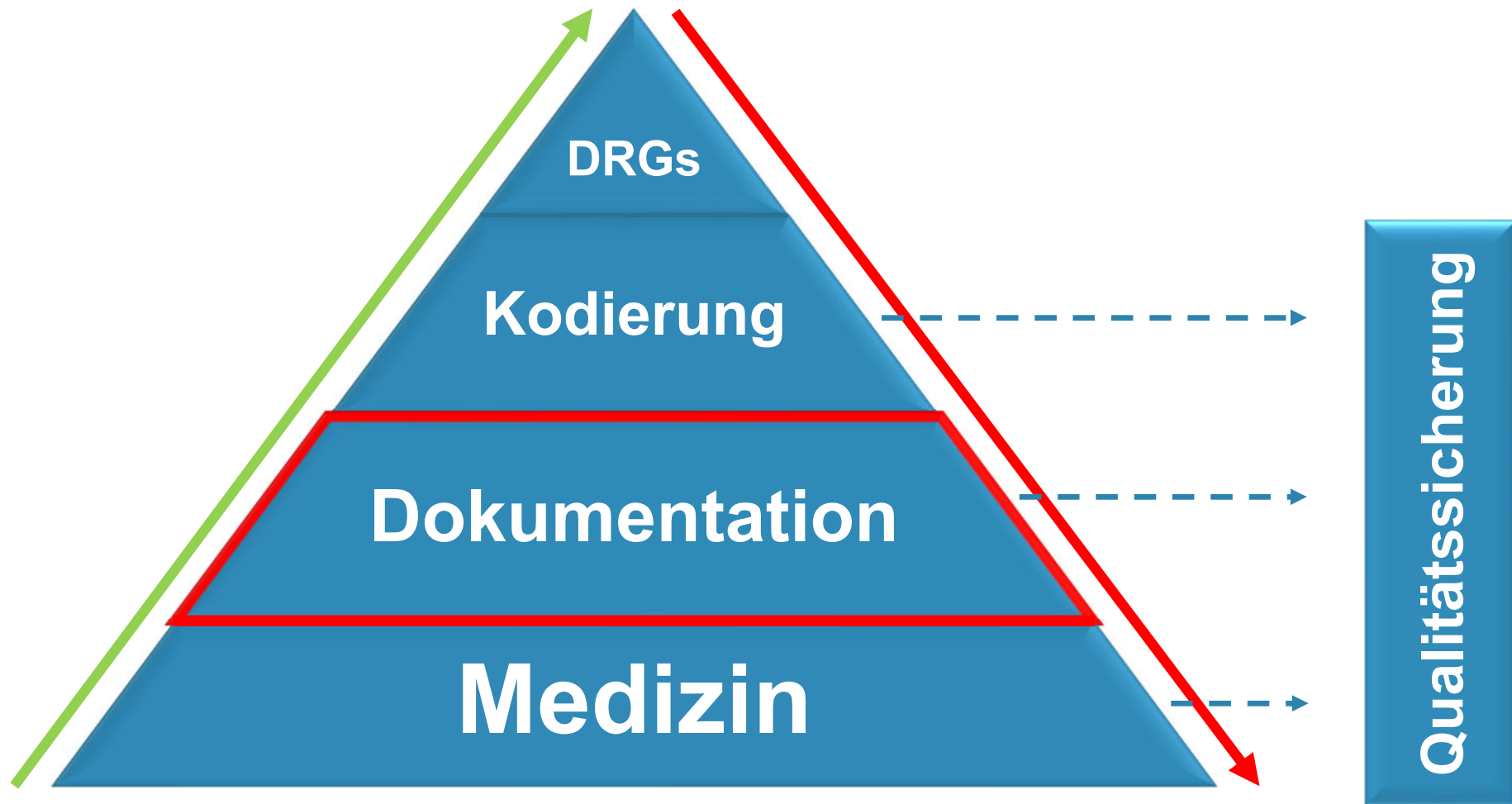
Interessante Auswertung der Universität Jena



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-)Morbidity, 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-assoziierten 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:

- In Satz 1 Buchstabe g wird nach den Wörtern „Neu aufgetretenen Erkrankungen“ die Angabe „Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.
- 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 Ausschluss betrifft Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die ihre Leistungen nach Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung) in der zuletzt am 12. Dezember 2024 geänderten Fassung mit einem der folgenden Fachabteilungsschlüssel dokumentieren:

- 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
- 0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Ausschließlich über Behördenpostfach

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

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

Seite 1 von 1

08.09.2025

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

Der QS-Filter

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. Aufnahme datum: 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-Code	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 Code *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 Code **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/AnwenderinformationSEP.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 VERSICHERTENIDNEU <=> LEER UND format(VERSICHERTENIDNEU;[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		9 Geschlecht	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden					
1-2	Art der Versicherung	7	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	9	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de [0-9][9]</small>	8	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small>	10	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
2	besonderer Personenkreis <small>§ 301 Vereinbarung</small>			11	Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small>
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
3	Patientenidentifizierende Daten	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Diese Datenfelder sollten automatisiert im KIS erfasst und ausgefüllt werden können! </div>		12.1	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.digev.de</small>
3	eGK-Versichertennummer				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
4-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten				Schlüssel 1
4	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de [0-9][9]</small>			12.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund
	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/>
5	entlassender Standort <small>77[d4]0[d2]</small>				1 = ja
	<input type="text"/>				
6	entlassende Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.digev.de</small>				
	<input type="text"/>				



Datensatz Sepsis

SEP (Spezifikation 2026 V02)

QS SEPSIS 2026

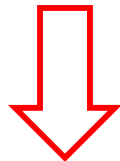
Qualitätsindikator: Valide Sepsisdiagnose?

13.1-16 Diagnostik	
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
13.2	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus unbekannt <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <small>1 = ja</small>



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!?

1. .

2. .

3. .

4. .

5. .

6. .

7. .

8. .

9. .

10. .

11. .

12. .

13. .

14. .

15. .

Siehe Anmerkung 1

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

15

Operationen- und
Prozedurenschlüssel

<http://www.bfarm.de>

1. - .

2. - .

3. - .

4. - .

5. - .

6. - .

7. - .

8. - .

9. - .

10. - .

11. - .

12. - .

13. - .

14. - .

15. - .

Siehe Anmerkung 2

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!

16

Anzahl der Beatmungsstunden

Gemäß § 301 SGB V

Stunden

QS SEPSIS ab 2026: Beispiel

Einschlusskriterien: ICD-Listen (Auszug)

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

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-Syndrom	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 Streptokokke	I47.1 = Supraventrikuläre Tachykardie	J95.1 = Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
A40.1 = Sepsis durch Streptokokke	I47.2 = Ventrikuläre Tachykardie	J95.2 = Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
A40.2 = Sepsis durch Streptokokke Enterokokken	I47.9 = Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	J96.00 = Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ 1 [hyperoxämisch]
A40.3 = Sepsis durch Streptococcus	I48.0 = Vorhofflimmern, paroxysmal	
A40.8 = Sonstige Sepsis durch Streptokokke	I48.1 = Vorhofflimmern, persistierend	
A40.9 = Sepsis durch Streptokokke	I48.2 = Vorhofflimmern, permanent	
A41.0 = Sepsis durch Staphylococcus	I48.3 = Vorhofflattern, typisch	
A41.1 = Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	I48.4 = Vorhofflattern, atypisch	
A41.2 = Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	I48.9 = Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	
A41.3 = Sepsis durch Haemophilus	I49.0 = Kammerflattern und Kammerflimmern	
A41.4 = Sepsis durch Anaerobier	I49.1 = Vorhofflimmern	
A41.51 = Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	I49.2 = AV-Junctional Tachykardie	
	I49.3 = Ventrikuläre Tachykardie	
	I49.4 = Sonstige Tachykardie	

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
Prozedurenschlüssel (OPSCHLUESSEL)
dokumentationspflichtige Codes

1-207.0 = Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)	8-853.8c = Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	8-854.73 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden
1-207.1 = Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10-20-System)	8-853.x = Hämofiltration: Sonstige	8-854.74 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden
1-207.2 = Elektroenzephalographie [EEG]: Video-EEG (10-20-System)	8-853.y = Hämofiltration: N.n.bez.	8-854.76 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden
1-207.3 = Elektroenzephalographie [EEG]: Mobiles Kassetten-EEG (10-20-System)	8-854.2 = Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	8-854.77 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden
1-207.x = Elektroenzephalographie [EEG]: Sonstige	8-854.3 = Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	8-854.78 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<u>1-207.y = Elektroenzephalographie [EEG]: N.n.bez.</u>	8-854.4 = Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	8-854.79 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
5-311.0 = Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	8-854.5 = Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
5-311.0 = Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	8-854.60 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	
5-311.1 = Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	8-854.61 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
5-311.1 = Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	8-854.62 = Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös,	
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.		

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 verpflichtet?

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind nach § 135a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Teilnahme an der gesetzlichen Qualitätssicherung 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 **Ausschluss**kriterien 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 **Ausschluss**kriterien 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

3610	Intensivmedizin/ SP Pädiatrie
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie

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>)

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 krankenhausesindividuelle 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 Vergütungsabschlüsse 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**.

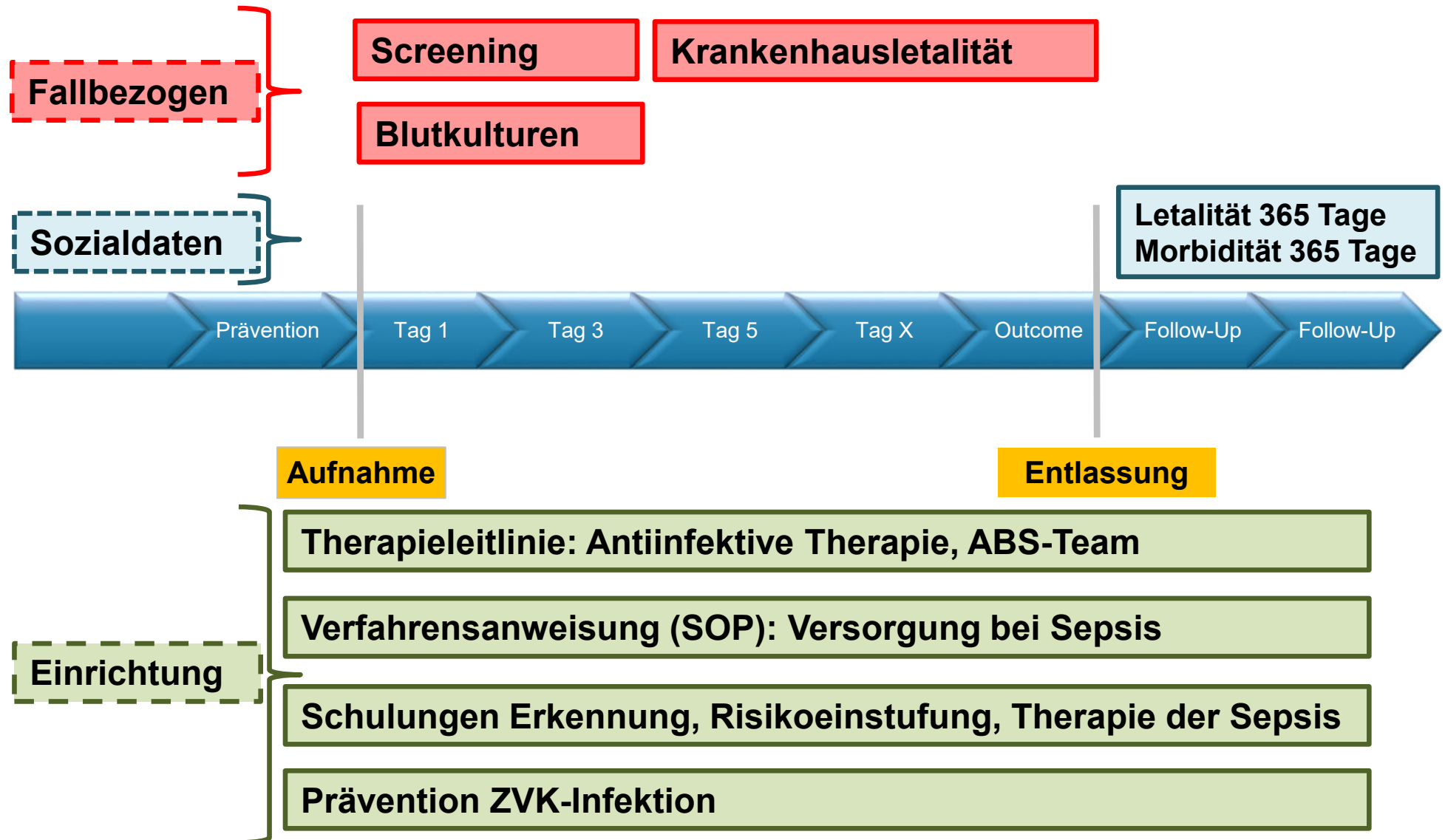
Qualitätsindikatoren in der Übersicht

- 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

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Aktuelles QS-Verfahren Veröffentlichungen

QS-Verfahren **Verfahrensübersicht** Verfahren in Entwicklung **Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)**

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

Beschreibung der Qualitätsindikatoren (Prospektive Rechenregeln) Erfassungsjahr 2026

Stand: 15.01.2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-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 Indikatorenset V2.1 im Jahr 2024 in der Machbarkeitsprüfung:

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	
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 Vermeidung 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, Risikoeinstufung 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

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 sozialdatenbasierter 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 EDOK 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

Einrichtungsbbezogene 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
- Screening mittels Messinstrumenten

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	Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 90 % der Fälle der Grundgesamtheit gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators gescreent haben.

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Rechenregeln	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen <u>vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde</u></p> </div> <p>Nenner</p> <p>Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit</p>

*qSOFA?
oder
NEWS2?*



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 <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening mittels Messinstrumenten

ID	602600
Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Rechenregeln	<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>

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 □□.□□.□□□□

17-26.2	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
wenn Feld 13.1 ⇐ LEER	
17>	Wurde am Krankenhaus ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt? 0 = nein 1 = ja STOP
wenn Feld 17 = 1	
18>>	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, bekannt? 0 = nein 1 = ja STOP

wenn Feld 18 = 1	
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

wenn Feld 19.1 = 1

20.1 >>>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores <small>TT.MM.JJJJ</small> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
20.2 >>>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 1 = ja

wenn Feld 20.1 ⇔ LEER

21.1 >>>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA <small>Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen</small> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
21.2 >>>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 1 = ja

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: NEWS2

wenn Feld 19.2 = 1

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

wenn Feld 22.1 <> LEER

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

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Screening: Bestimmung des SOFA

wenn Feld 23.1 = LEER und Feld 21.1 = LEER	
24 >>> >>>	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA? 0 = nein 1 = ja
	STOP <input type="checkbox"/>
wenn Feld 24 = 1	
25.1 >> >>>>>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-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"/>
	STOP <input type="checkbox"/>
wenn Feld 25.1 <> LEER	
26.1 >> >>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen
	<input type="text"/> <input type="text"/> STOP <input type="checkbox"/>
26.2 >> >>>>>	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt 1 = ja
	STOP <input type="checkbox"/>

Anmerkung KC GmbH:

Erstaunlich, aber so die Logik!
 Wenn ein qSOFA-Wert oder ein NEWS2-Wert eingetragen wurde, wird kein SOFA-Wert mehr abgefragt!

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

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 $\geq 22/\text{min}$
- 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

60

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	Unverzögliche 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 zählfähiges 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 zählfähiges Screening auch mit qSOFA oder SOFA möglich.

QS SEPSIS

Exkurs – NEWS²-Score III

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

Dimension	NEWS (2012)	NEWS ² (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 (%) <u>oder</u>	≤ 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-stündlich*
 - 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 verfahrenswertweit exkludiert, nicht indikatorindividuell.
Lösung: Prüfen Sie, ob der Fall überhaupt in der Grundgesamtheit ist.
- **Übergangsphase missverstanden:**
2026 keine Abschlüsse heißt nicht, dass niedrige Screeningraten folgenlos sind (Auffälligkeiten werden berichtet, Maßnahmen sind möglich!)
Auswertungen in den Folgejahren?

Die Qualitätsindikatoren im Detail

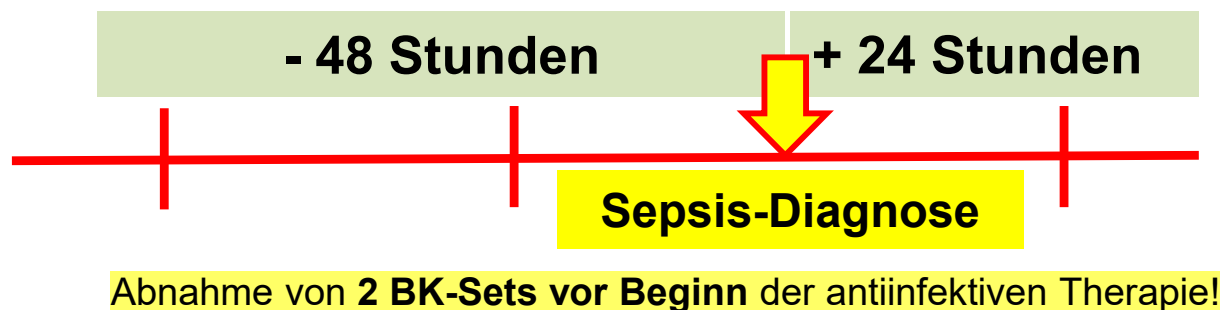
Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie I

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	Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bei weniger als 95 % der Fälle der Grundgesamtheit Blutkulturen gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators abgenommen haben.

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie II

ID	602601
Bezeichnung	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen <u>vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt</u></p> <p>Nenner</p> <p>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.




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?

13.1-18	Diagnostik
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort 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"/>
13.2	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt 1 = ja  <input type="checkbox"/>

Antibiose/ Antimykotische Therapie?

27-33.3	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
wenn Feld 13.1 \neq LEER	
27 >	Wurde die Patientin/der Patient <u>aufgrund der Sepsisdiagnose</u> am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt? 0 = nein  <input type="checkbox"/> 1 = ja

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 >> Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose

Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist das Datum der früheren Therapieform anzugeben
TT.MM.JJJJ

□□.□□.□□□□


28.2 >> Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose

Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben
hh:mm

□□:□□

28.3 >> 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 

Blutkulturen-Abnahme?

wenn Feld 28.1 <> LEER und Feld 28.2 <> LEER

29 >>> Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhaus abgenommen und mikrobiologisch analysiert?

0 = nein 1 = ja 



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 \diamond LEER und Feld 28.2 \diamond 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><u>Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis</u> <u>unbekannt</u></p> <p>STOP</p> <p>1 = ja</p>



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

Die Qualitätsindikatoren im Detail

Blutkulturen vor Beginn der AB-Therapie VI

**Blutkulturen:
Ergebnisse**

wenn Feld 30.1 \diamond LEER und Feld 30.2 \diamond LEER

31.1 >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31.2 >>>>>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme <u>unbekannt</u>	<input type="checkbox"/>

1 = ja

STOP

wenn Feld 31.1 \geq 2

32 >>>
>>>

War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?

0 = nein
1 = ja

STOP

Nur wenn \geq 2 Blutkulturen-Sets abgenommen wurden, geht es im Erfassungsbogen weiter!

wenn Feld 32 = 1

33.1 >>>>>	Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ
33.2 >>>>>	Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	hh:mm
33.3 >>>>>	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt	<input type="checkbox"/>

1 = ja

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. Antibiotogramm:

- **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	Zähler Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind
	Nenner Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	<u>Ausschlusskriterium des Indikators: Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“</u>

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11	Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT-MM-JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <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



[Aktuelles](#) [Seminare](#) [Beratung](#) [Mediathek](#) [Über uns](#) [Bewertungen](#)

[Livestream](#)

in
KEVELAER
am Niederrhein

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Unser Online-Angebot

Live-Inhouse-Seminare / Online-Seminare & Livestream / Mediathek

