

# Neues Qualitätssicherungsverfahren QS Sepsis -

Qualitätsindikatoren und die notwendigen Strukturen  
und Instrumente in der Praxis

Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen  
Bundesausschusses am 27.11.2025

Dr. med. Susanne Eberl  
Bereichsleitung  
Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG  
Ismaning



# Sana Kliniken AG

## Ein Kurzüberblick der wesentlichen Fakten zur Sana



Größter unabhängiger  
Klinik-/Gesundheits-  
dienstleister in  
Deutschland mit  
einem Umsatz von  
**EUR 3,6 Mrd.**



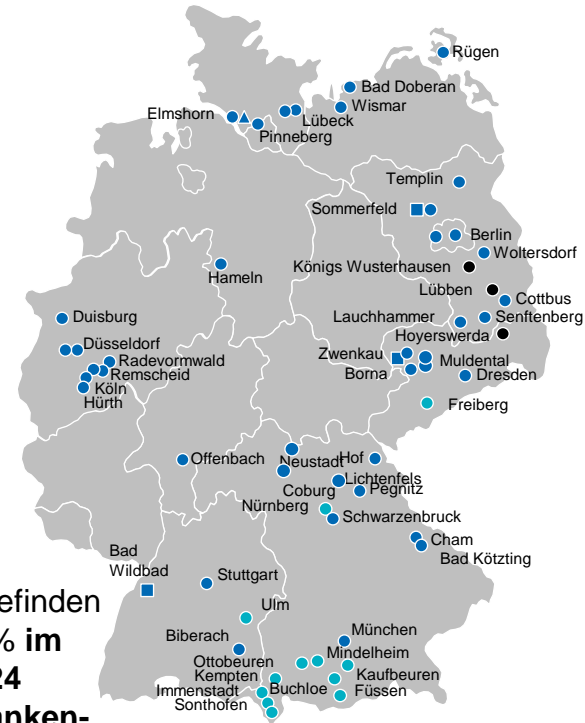
Über 120 medizinische  
Einrichtungen:  
**48** Krankenhäuser  
**58** MVZ–  
Gesellschaften  
**über 60** Sanitätshäuser  
und Präventionspraxen



**41.500** Mitarbeiter  
versorgen jährlich  
**4 Millionen**  
Patienten



Die Anteile befinden  
sich zu **100 % im**  
**Besitz von 24**  
**privaten Kranken-**  
**versicherungen**



# QS-Verfahren Sepsis des G-BA

## Definition der Sepsis

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung mit einer lebensbedrohlichen Organdysfunktion, die durch eine inadäquate Wirtsantwort auf die Infektionen ausgelöst wird (Sepsis - 3 - Definition, 2016). Aufgrund des raschen Fortschreitens der Sepsis und damit einhergehenden schwerwiegenden und langanhaltenden Folgen, ist eine schnelle Diagnose und zeitnahe Behandlung überlebenswichtig.

(aus: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-sepsis/>; Aufruf am 5.7.25)

## Hintergrund

Die hohe Sterblichkeit sowie die in der Regel kostenintensive Versorgung der Betroffenen erfordert die Implementierung eines standardisierten Vorgehens in der **Erkennung, Diagnostik und Therapie** der Sepsis inkl. schriftlicher Dokumentation sowie Einhaltung interner Anweisungen und Verfahrensvorgaben (**SOP**).

Darüber hinaus ist die **umfassende Schulung** des Personals erforderlich.

Ebenso wichtig ist die **korrekte Kodierung** sowie Dokumentation im Einzelfall zur Erlössicherung.

(aus: bvitg-GQMImpuls)

# Ziele des QS-Verfahrens

- Reduzierung der Mortalität, der neu auftretenden Morbidität und der Pflegebedürftigkeit von Patienten mit Sepsis
- Nachweis eines Screenings zur Verbesserung des Erkennens der Sepsis
- Nachweis der Abnahme von Blutkulturen bei Sepsis zur Verbesserung des Diagnostikprozesses
- Schulungen und Verfahrensanweisungen (SOPs) zur Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis
- Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis (z. B. Antibiose nach Abnahme von Blutkulturen, ABS-Teams, ABS-Visiten)
- Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen

Das QS-Verfahren adressiert alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen aufgrund einer Sepsisdiagnose behandelt worden sind.

**1. Januar 2026** Beginn der ersten Datenerhebung in den Krankenhäusern

# Instrumente

## QS-Filter

- zum Auslösen der Fälle
- bildet die geltende Sepsis-3 Definition ab



- Patienten mit Sepsis erkennen und für dieses Verfahren auswerten

## Erfassungsinstrumente

- Fall-bezogen
- Einrichtungs-bezogen
- Sozialdaten bei den KK



- Abbilden von Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- einrichtungs-vergleichende Darstellung

## 8 Qualitätsindikatoren

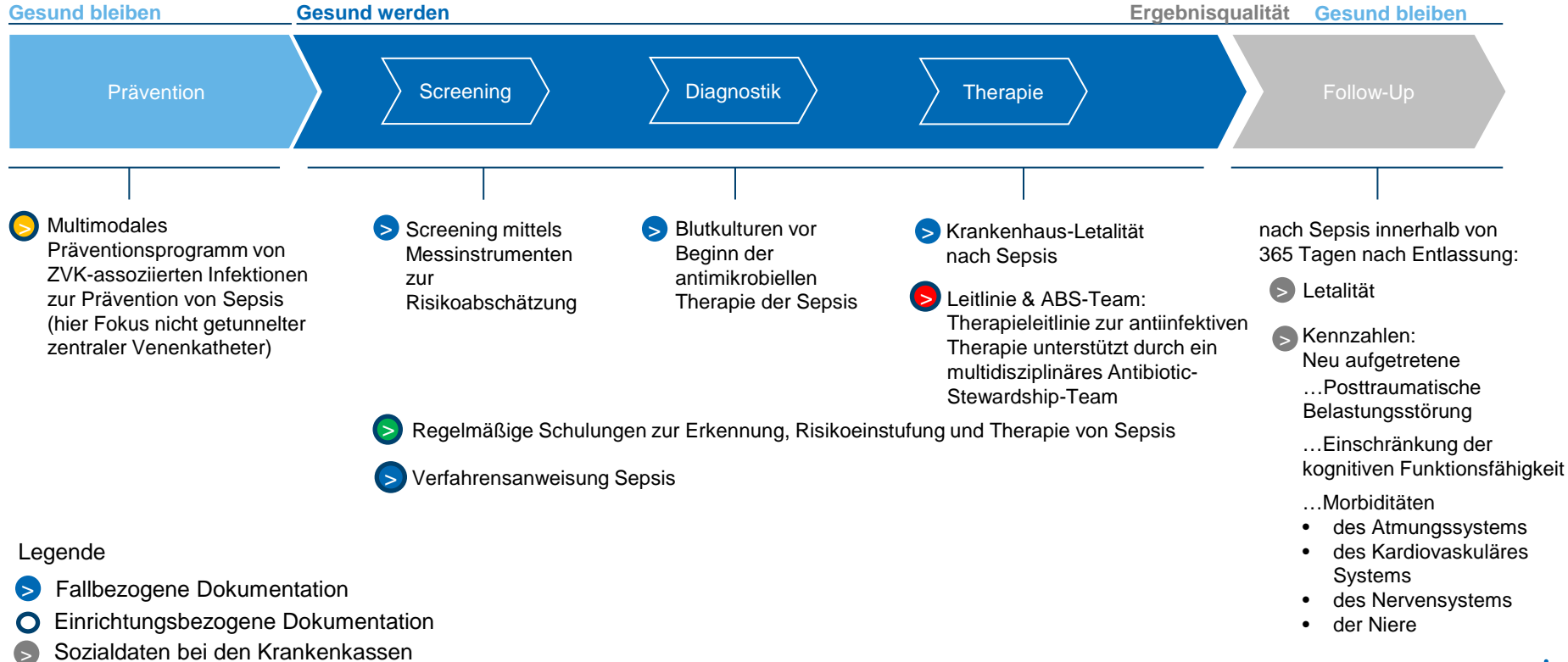
→ 3 QI

→ 4 QI

→ 1 QI + 6 Kennzahlen

# Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

## Struktur - Prozess - Ergebnis



# Fallbezogene Erfassung

Bei der Auslösung ist auf Ein- und Ausschlüsse zu achten

Alter  $\geq$  18 Jahre + vollstationäre Behandlung + GKV-Patient

UND

Eine der folgenden Bedingungen:

1. Septischer Schock (ICD-10-GM R57.2)

ODER

2. ICD-Kode aus Sepsis Diagnose-Block („Sepsis-Kodes“)

UND SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom infektiöser Genese mit Organkomplikationen (ICD-10-GM R65.1!)

UND NICHT Septischer Schock (ICD-10-GM R57.2)

ODER

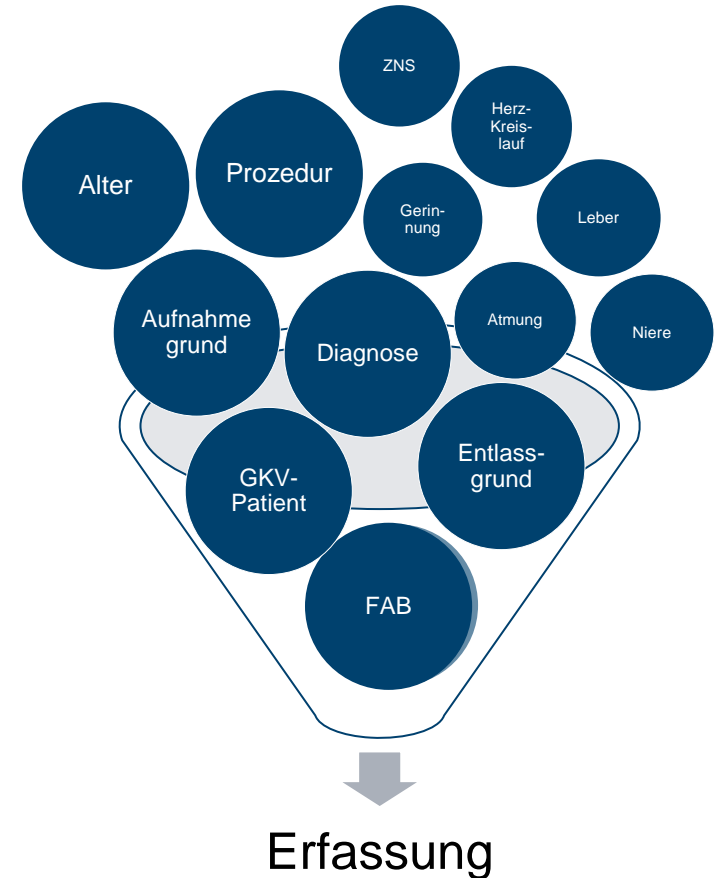
3. ICD-Kode aus Sepsis Diagnose-Block („Sepsis-Kodes“)

UND ICD-Kode **oder** OPS aus „Organdysfunktions-Block“ (Atmungssystem, Gerinnungssystem, kardiovaskuläres System, Niere, ZNS) UND NICHT ICD-10-GM Kode aus R-Block

UND Ausschlüsse

**Fachabteilungen, Palliativ-OPS, Aufnahmegründe, Entlassgründe, PKV-Patienten**

Siehe: QS-Verfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Anhang A



# Fallbezogene Erfassung

## Ausschlüsse aus dem QS-Verfahren

Entscheidend für den Ausschluss ist die Entlasskodierung  
Es ist auf korrekte und vollständige Dokumentation zu achten!

- Standorte von Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen entsprechend der Fachrichtungen der rechts abgebildeten Liste
- Übergreifender Ausschluss von Fällen, die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf Fachabteilungen der Liste rechts behandelt wurden
- Fälle, bei denen eine Kodierung einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Palliativmedizin) erfolgt  
**Achtung: Diagnose Code: Z51.5: Palliativbehandlung ist aktuell nicht berücksichtigt**
- Entlassung in ein Hospiz (Entlassgrund 11)
- PKV-Krankenversicherung
- Aufnahmegrund
  - 03 = Krankenhausbehandlung, teilstationär
  - 04 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
  - 10 = stationsäquivalente Behandlung
  - 11 = Übergangspflege

Fachabteilungen	Schlüssel (§301 Abs. 6 SGB V)
Innere Medizin/ Tumorforschung	0150
Pädiatrische Abteilungen	0410, 0510, 0610, 0710, 0910, 1000, 1004, 1005, 1006, 1007, 1009, 1011, 1012, 1014, 1028, 1050, 1100, 1136, 1051, 1300, 1410, 1513, 2810, 3610, 3760
Neonatologie	1200
Augenheilkunde	2700
Allgemeine Psychiatrie	2900, 2928, 2930, 2931, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2960, 2961
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3000, 3060, 3061
Psychosomatik/Psychotherapie	3100, 3110, 3160, 3161
Nuklearmedizin	3200, 3233
Strahlenheilkunde	3300, 3305, 3350,
Radiologie	3751
Palliativmedizin	3752
Schmerztherapie	3753, 3759
Heiltherapeutische Abteilung	3754
Suchtmedizin	3756



# Qualitätsindikator 1

## „Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung“

Bezeichnung	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Qualitätsziel	Screening zur Risikoabschätzung mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
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

### Bei qSOFA sind

- die genauen Datumswerte der ersten Durchführung des Screenings
- der zugehörige Score-Wert zu dokumentieren

### Referenzbereich $\geq 90\%$

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

Quelle: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_Machbarkeitspruefung-Sepsis\\_Indikatorenset-V2-1\\_2024-03-11\\_01.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Indikatorenset-V2-1_2024-03-11_01.pdf)

Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
<b>Zähler</b> (scre.quicksc.sc.bek = NICHT LEER) ODER (scre.news.sc.bek = NICHT LEER) ODER (scre.sofa.sc.bek = NICHT LEER)  <b>Nenner</b> Grundgesamtheit des QS-Verfahrens		
DIAG.DT.BE K	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJJ
DIAG.DT.U NB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1 = ja
scre.dgf	DIAG.DT.BEK = Datum vorhanden Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
scre.inst.quicksc	scre.dgf = 1 Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?	1 = ja
scre.inst.news	scre.dgf = 1 Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?	1 = ja
scre.inst.and	scre.dgf = 1 Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?	1 = ja
scre.inst.unb	scre.dgf = 1 Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, unbekannt?	1 = ja
scre.quicksc.dt.bek	scre.inst.quicksc = 1 Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores	TT.MM.JJJJ
scre.quicksc.dt.unb	scre.inst.quicksc = 1 Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt	1 = ja
scre.quicksc.sc.bek	scre.quicksc.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	----- Punktwert eintragen (einstellig)

scre.quicksc.sc.unb	scre.quicksc.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt	1 = ja
scre.news.dt.bek	scre.inst.news = 1 Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores	TT.MM.JJJJ
scre.news.dt.unb	scre.inst.news = 1 Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt	1 = ja
scre.news.sc.bek	scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten NEWS2 Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	----- Punktwert eintragen (zweistellig)
scre.news.sc.unb	scre.news.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt	1 = ja
scre.inst.sofa	scre.quicksc.sc.bek = LEER UND scre.news.sc.bek = LEER Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?	0 = nein 1 = ja
scre.sofa.dt.bek	scre.inst.sofa = 1 Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores	TT.MM.JJJJ
scre.sofa.dt.unb	scre.inst.sofa = 1 Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt	1 = ja
scre.sofa.sc.bek	scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten SOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen	----- Punktwert eintragen (zweistellig)
scre.sofa.sc.unb	scre.sofa.dt.bek ≤ diag.dt.bek Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt	1 = ja

# Screeninginstrumente

## Beispiele

### q-Sofa



GCS < 15 Pkt



RR sys ≤ 100 mmHg



AF ≥ 22/min

### Sofa

Table 1. Sequential Organ Failure Assessment Score

Variables	SOFA Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> > 400 SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> > 302	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 400 SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 302	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 300 SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 221	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 200 SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 142	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 100 SpO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 67
Cardiovascular (doses in mcg/kg/min)	MAP ≥ 70 mm Hg	MAP ≥ 70 mm Hg	Dopamine ≤ 5 or ANY dobutamine	Dopamine > 5 Norepinephrine ≤ 0.1 Phenylephrine ≤ 0.8	Dopamine > 15 or Norepinephrine > 0.1 Phenylephrine > 0.8
Liver (bilirubin, mg/dL)	< 1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	> 12
Renal (creatinine, mg/dL)	< 1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	> 5.0
Coagulation (platelets x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Neurologic (GCS score)	15	13-14	10-12	6-9	< 6

According to Sepsis-3, a new (or presumed new) increase in SOFA score above baseline in the presence of infection makes the diagnosis of sepsis. Increasing SOFA scores are associated with incremental increases in mortality.

Abbreviations: GCS, Glasgow coma scale; FIO<sub>2</sub>, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; PaO<sub>2</sub>, arterial oxygen pressure; SOFA, sequential organ failure assessment (score); SpO<sub>2</sub>, oxygen saturation.

### News 2 (National Early Warning Score)

Physiologische Parameter	Punkte						
	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz (pro Minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO <sub>2</sub> in (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
O <sub>2</sub> -Gabe notwendig?		Ja		Nein			
RR <sub>sys</sub> (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Herzfrequenz (Schläge/min)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Vigilanz				W			ASB
Temperatur (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Gesamtpunktzahl	Klinisches Risiko
0 - 4	Niedrig
„Roter Score“ 3 Punkte in einem individuellen Parameter	Niedrig - Mittel
5 - 7	Mittel
7 oder mehr	Hoch

Quelle: <https://rd-factsheets.de/sepsis-erkennen-qsofa-vs-news2/> Zugriff: 23.11.2025

# Qualitätsindikator 2

## „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets <u>maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose</u> entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt
<b>Nenner</b>	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

### Blutkulturen und Labor

- Anzahl, Datum & Uhrzeit der Erstabnahme
- Datum & Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses zur Erstabnahme

### AB-Therapie

- Angaben zur ersten Antibiotikagabe
- Datum & Uhrzeit sind zu erheben

### Referenzbereich $\geq 95\%$

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

Quelle: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_Machbarkeitspruefung-Sepsis\\_Indikatorenset-V2-1\\_2024-03-11\\_01.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Indikatorenset-V2-1_2024-03-11_01.pdf)

Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
<b>Zähler</b> (((bk.abnahme.dt.bek < DIAG.DT.BEK) UND (bk.abnahme.dt.bek > 2 >= DIAG.DT.BEK)) ODER ((bk.abnahme.dt.bek >= DIAG.DT.BEK) UND (DIAG.DT.BEK + 1 >= bk.abnahme.dt.bek))) UND (bk.abnahme.dt.bek < bk.anti.bio.myk.dt.bek) UND WENN (bk.ergb.pos = 1): (bk.ergb.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden) <b>Nenner</b> Grundgesamtheit des OS-Verfahrens, außer (anti.bio.myk.dgf = 0)			
DIAG.DT.BEK	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort	TT.MM.JJJJ	
DIAG.DT.UNB	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt	1 = ja	
anti.bio.myk.dgf	diag.dt.bek = Datum vorhanden Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?	0 = nein 1 = ja	
bk.anti.bio.myk.d.t.bek	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	TT.MM.JJJJ hh:mm	
bk.anti.bio.myk.d.t.unb	anti.bio.myk.dgf = 1 Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Datum und Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben	1 = ja	
bk.abnahme.dgf	bk.anti.bio.myk.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden	0 = nein 1 = ja	

	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?	
bk.abnahme.d.t.bek	bk.abnahme.dgf = 1 Datum und Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis	TT.MM.JJJJ hh:mm
bk.abnahme.d.t.unb	bk.abnahme.dgf = 1 Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt	1 = ja
bk.abnahme.a.nz.bek	bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme	... Blutkultursets (zweistellig)
bk.abnahme.a.nz.unb	bk.abnahme.dt.bek = Datum und Uhrzeit vorhanden Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja
bk.ergb.pos	bk.abnahme.a.nz.bek > 2 War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?	0 = nein 1 = ja
bk.ergb.dt.bek	bk.ergb.pos = 1 Datum und Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme	TT.MM.JJJJ hh:mm
bk.ergb.dt.unb	bk.ergb.pos = 1 Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt	1 = ja



# Qualitätsindikator 3

## „Krankenhaus-Letalität nach Sepsis“

Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität' nach Sepsis
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 174.544 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 61.819 Patientinnen und Patienten (35,4 %) innerhalb der Krankenhausaufenthaltes verstarben

Referenzbereich  $\leq 2,0$

Verhältnis aus der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von stationären verstorbenen Patientinnen und Patienten mit Sepsis (risikoadjustierter Ergebnisindikator)

Quelle: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_Machbarkeitspruefung-Sepsis\\_Indikatorenset-V2-1\\_2024-03-11\\_01.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Indikatorenset-V2-1_2024-03-11_01.pdf)

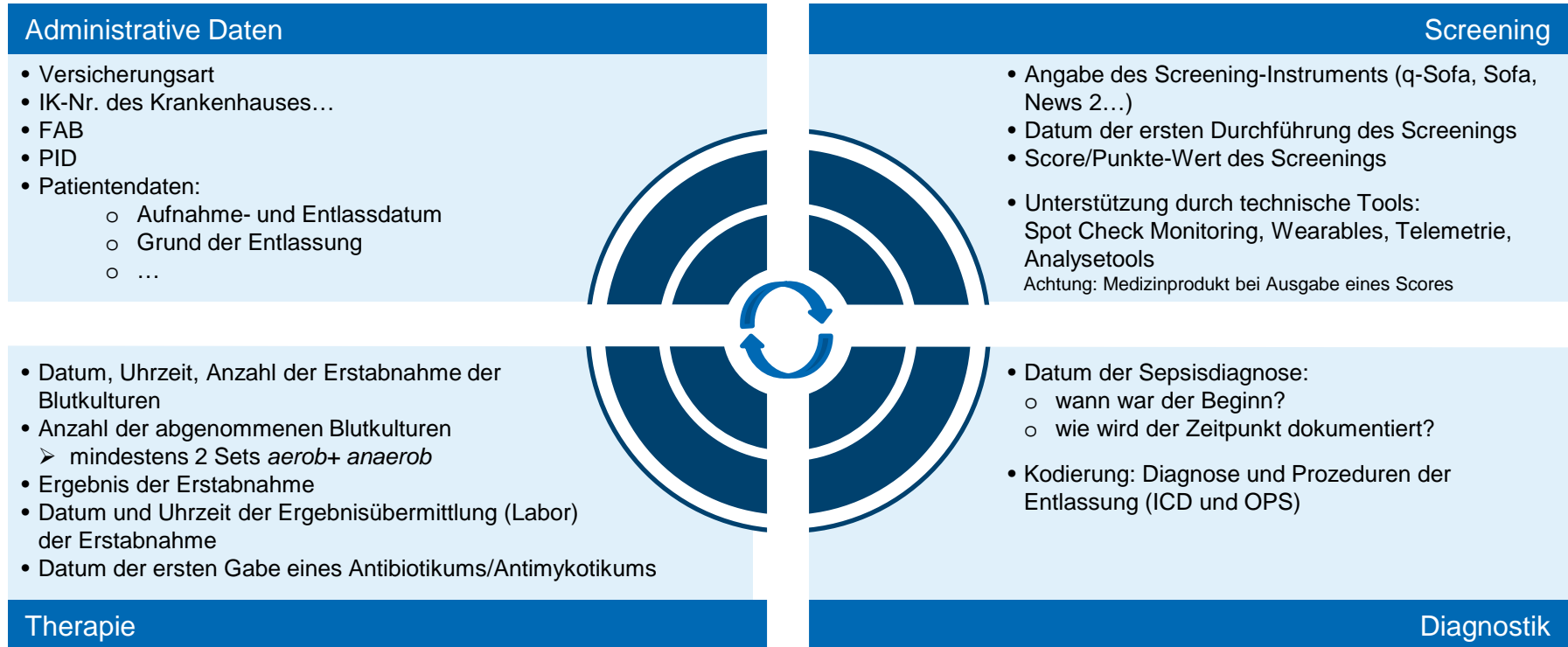
Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
<b>Zähler</b> (ENTLGRUND = 07)  <b>Nenner</b> Grundgesamtheit des OS-Verfahren, außer (ENTLGRUND = 06)		
ENT-LGRUND	Entlassungsgrund	§ 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkg-ev.de">http://www.dkg-ev.de</a> 1. u. 2. Stelle
GEBDAT	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
kh.let.zuv	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?	0 = nein 1 = ja

Risikoadjustierung erfolgt per ICD & OPS aus den Routedaten!

KH.LET.ICD	Risikofaktoren Letalität ICD-10-GM	ICD-10-GM (gemäß aktueller Version) <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a> 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KH.LET.OPS	Risikofaktoren Letalität OPS	OPS (gemäß aktueller Version) <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a> 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

# Was ist zusammenfassend in der **fallbezogenen Dokumentation** zu erfassen?

- Definition des Dokumentations**ortes** in der Patientenakte durch das Sepsis Team
- Sicherstellung der Dokumentation durch den behandelnden Arzt, die Pflege-Mitarbeiter, das ABS-Team



# Einrichtungsbezogene Dokumentation



# Sana Sepsis-Initiative seit 2018

**Kernteam in der Holding** mit Vertretern aus Medizin, Hygiene und Infektiologie, Pflege, QM und klinisches Risikomanagement

**Sana Projektteam** mit Vertretern aus dem Kernteam der Holding und Ärzten der Intensivmedizin und ZNA sowie Krankenhaushygienikern und Infektiologen

Cluster-Meetings des **Kernteams mit den Sepsis Beauftragten aus Medizin und Pflege** der Krankenhäuser

## Reaktion auf QS Sepsis-Verfahren

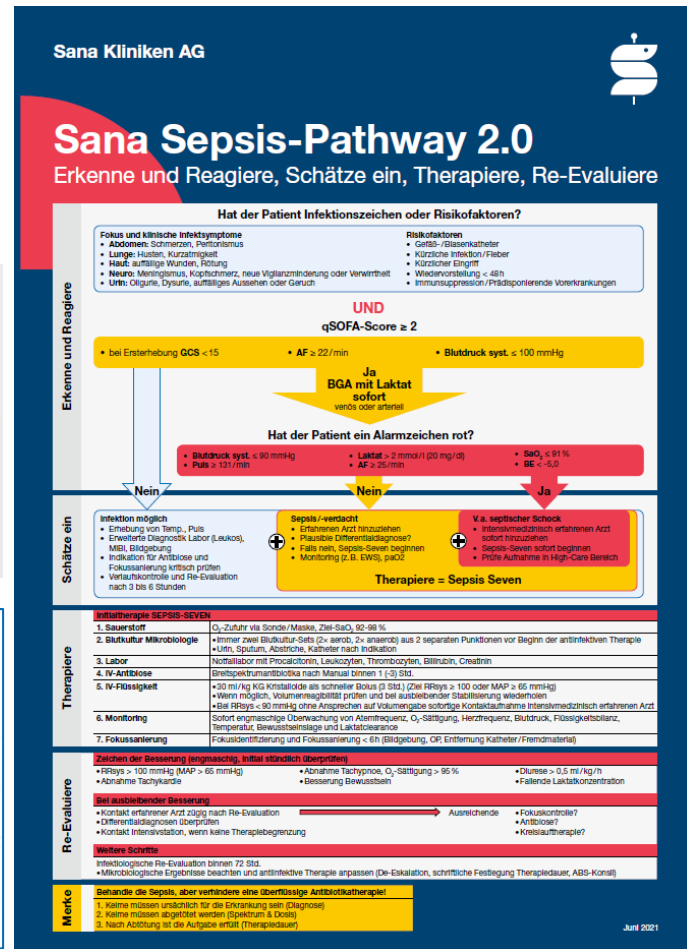
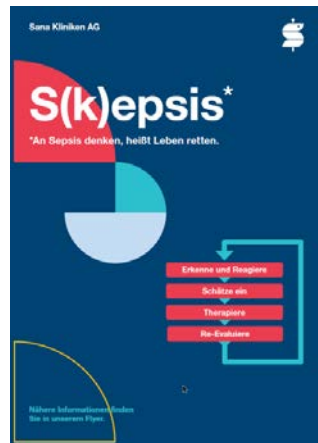


Erweitert um **lokale Sepsis-Teams** mit Vertretern aus folgenden Bereichen:

- QS-Beauftragte
- Sepsis-Beauftragte aus Medizin und Pflege
- Medizincontrolling
- Hygiene und Infektiologie
- ABS-Team

- Einbindung der Geschäftsführung
- Aufbau von dezentralen Projektgruppen
- Benennung von Sepsis-Beauftragte in Medizin und Pflege
- Kommunikationskonzept
- Entwicklung von Unterlagen: Sepsis-Pathway, Schulungsunterlagen
- Ausbildung von ABS-Experten
- Sepsis als Pflichtfortbildung
- Entwicklung eines Sepsis-Berichtswesens
- Aufbau eines Berichtswesens und Besprechung der Ergebnisse in quartalsweisen Cluster-Meetings
- Retrospektive Analysen von Auffälligkeiten: Aktenanalysen, M&M-Konferenzen, Peer Reviews

# Materialien der Sana Sepsis-Initiative liegen bereits vor und werden eingesetzt





# VA Sepsis

ist erstellt, im Sana Management Handbuch gelenkt und steht allen Sana Krankenhäusern zur Verfügung

## Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion ist geregelt.

## Anamnese

Die Anamneseerhebung bei V. a. Sepsis ist festgelegt.

## Vitalparameter

Die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei V. a. Sepsis ist festgelegt.

## Fokusidentifizierung

Die Fokusidentifizierung und -sanierung ist geregelt.

## Konsil

Das Konsil der Fachrichtung, der der Infektionsherd zugeordnet wird, wird einbezogen.

## Labor

Die zu bestimmenden Laborparameter bei V. a. Sepsis sind festgelegt.

## Mikrobiologie

Die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie ist geregelt.

## < 1h Antibiose

Ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie ist festgelegt.

## Volumentherapie

Die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung ist festgelegt.

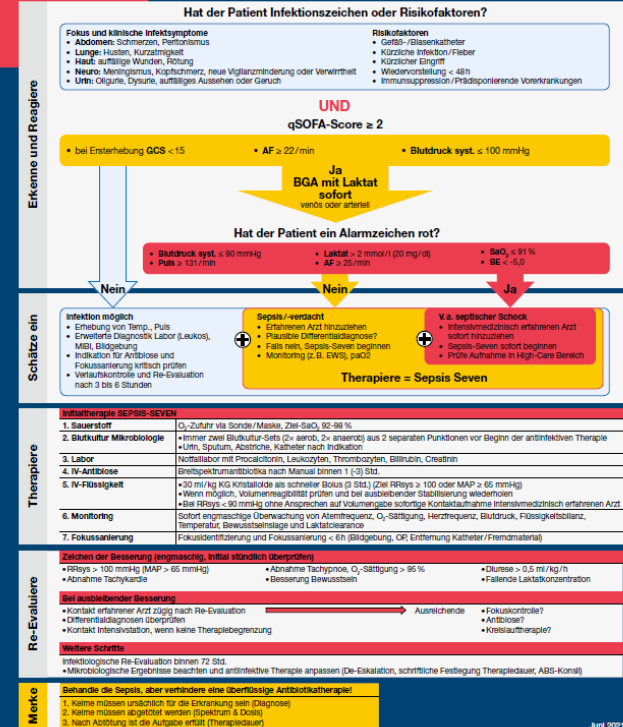
## Pat.Information

Ein Patientenmerkblatt ist erstellt und wird dem Pat. bei Entlassung ausgehändigt.

Quelle: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Machbarkeitspruefung-Sepsis\\_Abschlussbericht\\_2023-06-30-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf)

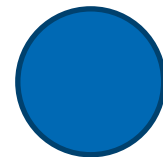
## Sana Sepsis-Pathway 2.0

Erkenne und Reagiere, Schätze ein, Therapiere, Re-Evaluiere




# Patienteninformation Sepsis bei Entlassung

ist erstellt, im Sana Management Handbuch gelenkt und steht allen Sana Krankenhäusern zur Verfügung



Sana Kliniken AG



## Patienteninformation Sepsis bei Entlassung

Liebe Patientin, lieber Patient,

nach einer überstandenen Sepsis werden Sie nun aus dem Krankenhaus entlassen. Das ist eine gute Nachricht, denn Sepsis ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, an der viele Menschen weltweit und auch in Deutschland versterben. Viele Menschen erleben aber auch nach Ende der akuten Sepsis körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen und sind besonders gefährdet, wieder eine Sepsis zu erleiden. Mit diesen Informationen möchten wir Sie dabei unterstützen, sich nach Ihrer Erkrankung bestmöglich zu erholen, mit eventuellen Folgeschäden zu leben und zukünftigen Erkrankungen vorzubeugen.

Für Sie als Sepsis-Überlebende sind jetzt drei Schritte wichtig:

### 1. Sepsis-Folgen erkennen und behandeln

Bei Ihrer Entlassung bespricht ein Arzt oder eine Ärztin mit Ihnen Ihren Befund und die nächsten Schritte. Unser Tipp: Nutzen Sie dieses Gespräch, um alle Ihre Fragen über mögliche Folgen der Sepsis und Ihren weiteren Behandlungsbedarf zu stellen. Alle Informationen sollten auch im Begletbrief an Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin stehen. Am besten sprechen Sie ihn oder sie gleich beim ersten Arztbesuch auf die Nachsorge der überstandenen Sepsis an.

Nicht selten treten direkt nach einer Sepsis oder auch noch später Beeinträchtigungen auf. Sie selbst können zu einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung beitragen, wenn Sie auf Anzeichen folgender Probleme achten:

- Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen, chronische Müdigkeit
- Muskelschwäche, Gehstörungen, chronische Schmerzen
- Psychische Erkrankungen, z.B. Angst, Depressionen, Schlafstörungen
- Herz-Kreislauf-Störungen, Atemstörungen, Beeinträchtigung der Nieren- oder Leberfunktion, Stoffwechselstörungen, Blutarmut
- Schluckstörungen, Ernährungsprobleme, Hautgeschwüre

Bitte scheuen Sie sich nicht, mit diesen Problemen in ärztliche Behandlung zu gehen!

Unser Tipp: Weisen Sie darauf hin, dass es sich um Folgen Ihrer Sepsis-Erkrankung handeln kann, damit Ihre Beschwerden ernst genommen und gezielt behandelt werden. Hilfe zur Selbsthilfe bekommen Sie auch bei der Sepsis-Hilfe, einer Gruppe von Überlebenden und Angehörigen.

### 2. Sepsis vorbeugen


Eine Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektion. Sie kann von ganz unterschiedlichen Bakterien, Viren oder auch Pilzen ausgelöst werden, weshalb eine überstandene Sepsis nicht vor zukünftigen Erkrankungen schützt. Der beste Schutz vor Sepsis ist die Vorbeugung von Infektionen:

- Lassen Sie sich impfen, vor allem gegen Grippe, Pneumokokken und Covid-19.
- Sorgen Sie für gute Desinfektion und Pflege aller offenen Wunden.
- Pflegen Sie einen gesunden Lebenswandel.
- Wenn Sie chronische Grunderkrankungen haben, achten Sie darauf, dass diese fortlaufend gut behandelt werden.

Patienteninformation Sepsis bei Entlassung

Oktober 2024

Sana Kliniken AG



## Patienteninformation Sepsis bei Entlassung

### 3. Sepsis frühzeitig erkennen

Eine Sepsis kann jeden Menschen treffen. Bestimmte Gruppen sind aber besonders gefährdet, z.B. Personen mit schwachem Immunsystem oder ohne Milz, und eben auch Menschen nach einer überstandenen Sepsis. Machen Sie auch Ihre Mitmenschen auf die Bedeutung des frühen Erkennens und Handelns aufmerksam, denn wie gesagt, kann eine Sepsis jeden unverhofft treffen.

Liegt eines der folgenden Anzeichen vor, ist eine sofortige ärztliche Abklärung nötig:

- Nie gekanntes Krankheitsgefühl, extreme Schmerzen
- Feucht-kalte, marmorierte Haut und Schüttelfrost
- Puls unter 50 oder über 120 pro Minute

Liegt eines der folgenden Anzeichen vor, ist eine Sepsis hochwahrscheinlich. Alarmieren Sie den Notruf 112 und sagen Sie: „Es könnte eine Sepsis sein!“

- Akute Verwirrtheit, Apathie, Wesensveränderung
- Kurzatmigkeit bzw. Atemnot (> 20 Atemzüge pro Minute)
- Erniedrigter Blutdruck (oberer Blutdruckwert kleiner 100)

Weitere Informationen zur Sepsis und zu den verwendeten Quellen sowie das Impressum finden Sie auf den Seiten der Sepsis-Stiftung. Bei medizinischen Fragen rund um die Sepsis bietet die Sepsis-Stiftung die Möglichkeit für eine telefonische Beratung: <https://sepsis-stiftung.de/fuer-betroffene>

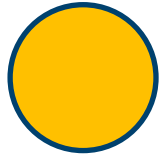
Patienteninformation Sepsis bei Entlassung

Oktober 2024

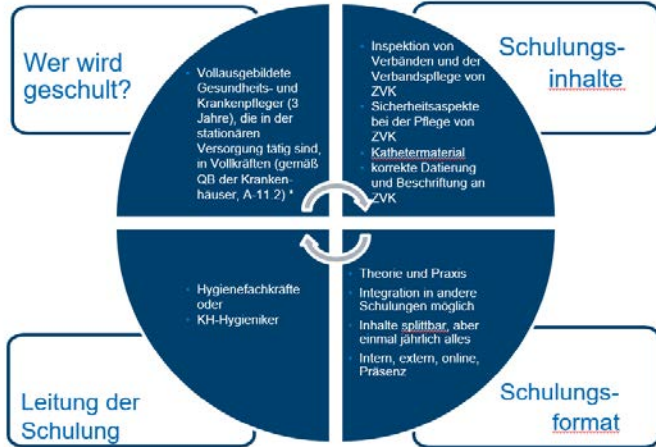


# Multimodales Präventionsprogramm

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



## Schulungen



### Referenzwert:

- Mindestens 80 % Pflegekräfte müssen 1\*/Jahr gemäß den Anforderungen des QI geschult werden.
- Die Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis der **Personenzahl** der geschulten Pflegekräfte zur Anzahl deren **Vollkräfte**.

Quelle: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Machbarkeitspruefung-Sepsis\\_Abschlussbericht\\_2023-06-30-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf)

## Audits

Entwicklung von Layered Process Audits (LPA) bei Sana

Behandlungsbegleitende	Prozess	Teilprozess	Prozess	Datum:
Checkliste	Patientenbehandlung	Sepsis	Prävention Sepsis / ZVK-assoziierte Infektion	

Ziel: Prävention von ZVK-assoziierten Infektionen / Sepsisfällen

Nr.	Fragen	erfüllt		Abweichungen	korrigiert		Maßnahme
		Ja	Nein		Ja	Nein	
1	Verband erfüllt bei Inspektion die infektionspräventiven Anforderungen (sicher haltend, nicht durchfeuchtet, nicht verschmutzt, keine feuchte Kammer unter dem Verband)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Verbandsanlage bzw. Tag des letzten Verbandswechsels ist eindeutig datiert, dokumentiert und erfüllt die Anforderungen an das Material des Verbands (Nicht-Transparent-Verband: Wechsel mind. alle 72h, Transparentverband nach Herstellerangaben (i.d.R. 7 Tage)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Bedingt die Technik der Verbandsanlage eine Sicherung des Katheters gegen Bewegung und Zug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Infusionen sind korrekt beschriftet und Start-Zeitpunkt (i.d.R. innerhalb 1 Stunde nach Vorbereitung) sowie zulässige maximale Nutzungsdauer der Infusion (Blutprodukte 6 Stunden, reine Lipiddösungen 12 Stunden, lipidlösliche Mischinfusionen 24h) sind eingehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Infektionspräventiv korrektes Handling der Konnektionsstellen (Handdesinfektion vor allen Manipulationen, Einmalverwendung von sterilen Verschlussstopfen, Desinfektion des Katheterhubs vor jeder Manipulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

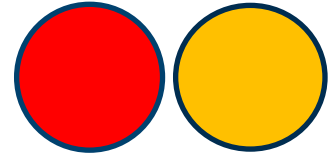
Abweichungen und Maßnahmen besprochen mit: \_\_\_\_\_

- Je Hygienefachkraft: **mindestens 1 Audit pro Halbjahr**
- Ein Audit besteht aus der Prüfung von **mind. 4 Patienten** mit ZVK

# Zentrale Schulungsunterlagen von Sana

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung,  
Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis  
Hinweise zur Vorbereitung

Dokumentation der Schulung je Mitarbeiter



Schulungsmaßnahmen im Rahmen des „Multimodalen Präventionsprogramms“



## E-Learning Sepsis

### Sana Schulung zu den Grundlagen der Sepsis



## Schulungsmaterial Präsenz ZVK

### Handout

- Hintergrund und korrekte Durchführung der ZVK  
Pflege: richtige Anlage, richtiger Verband, richtiger Umgang



### Power Point Präsentation

- Grundlagen, ZVK und Sepsis
- Umgang mit ZVK, Verband- und Verbandswechsel Beschriftung, Überwachung auf Infektionszeichen

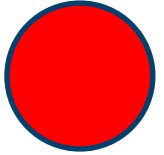


## Schulungsvideo ZVK

### Sana Schulung zur Pflege von Katheter und Kanülen



# ABS-Team und ABS-Visiten bei Sana



## Geschäftsführer

- stellt das ABS-Deputat sicher
- legt Verantwortlichkeit für die Organisation der ABS-Visiten fest

## ABS-Team

- Prüft die ABS-Teamzusammenstellung mit Klassifikation der Qualifikation
- erstellt eine Geschäftsordnung
- passt das zentrale ABS-Handbuch (Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie) an lokale Bedarfe an
- Berücksichtigt die Vorgaben der Gesamtbettenanzahl

## ABS-Visiten

- Dokumentation der ABS-Visiten bei Sepsis-Patienten (JA/Nein & Anzahl)
- Visitenprotokoll ALLER Visiten bei Sepsis-Patienten (Ja/nein), incl. Evaluation verordneter Antibiotika hinsichtlich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer, dokumentiert im Visitenprotokoll



# Was ist zu tun? (1)

## Kernteam Sepsis-Initiative (Holding)

- Bereitstellen des Sepsis-Pathways
- Erstellen des ABS – Handbuchs „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie“
- Entwicklung und Bereitstellen eines e-learning Programms „Sepsis“ und Schulungsvideos „ZVK“
- Erstellen von Folien zur Prävention ZVK-assoziierten Infektionen als Vorlage für die Krankenhäuser

## Geschäftsführung KH

- Benennt verantwortlichen Arzt für das QS-Verfahren
- Legt die Verantwortlichkeit für die Organisation der ABS-Visiten fest
- Stellt das ABS-Deputat sicher

## Verantwortlicher Arzt für QS-Sepsis

- Bilden eines lokalen Sepsis-Teams
- Motivation der Ärzte zur Teilnahme am e-learning Programm „Sepsis“ und Schulungsvideo „ZVK“

## Sepsis-Team

- Besteht aus je einem Teilnehmer folgender Bereiche:  
Sepsis Beauftragte Medizin, Sepsis Beauftragte Pflege, QS-Beauftragte, Medizincontroller, Hygiene-MA, ABS-Team
- Ziel: Sicherstellen der operativen Anforderungen im Rahmen des QS Sepsis Verfahrens
- Kommunikation des e-learning Programms „Sepsis“ und des Schulungsvideos „ZVK“
- Umsetzung der kontinuierlichen Tätigkeiten des Verfahrens und Sicherstellung der lokalen Abstimmung für:
  - Fallbezogene Dokumentation
  - Einrichtungsbezogene Dokumentation
  - Schulungen
  - LPA (Audits): Durchführung und Nachweis der Anzahl (Erfassung durch Hygiene)
  - ABS-Visiten: Durchführung und Nachweis der Anzahl (Erfassung durch Hygiene)
  - Nachweis Schulungsquote (Erfassung durch Pflegedirektion)

# Was ist zu tun? (2)

## Hygiene

- Zusammenstellen des ABS-Teams mit Klassifikation der Qualifikation
- Erstellen der Geschäftsordnung des ABS-Teams
- Anpassen des zentralen ABS-Handbuchs an lokale Bedarfe
- Organisation der ABS-Visiten nach Festlegung der GF
- Leitung der Schulungen der Pflegemitarbeiter im Rahmen des multimodalen Präventionsprogramms
- Identifikation von Patienten mit ZVK
- Durchführung der Layered Process-Audits

## Pflege

- Teilnahme an Schulungen und LPAs (Audits)
- Nachweisführung zur Teilnahme an den Schulungen (Stationsleitung)
- Weiterleitung der Schulungsquote an die QSB (Pflegedirektion)
- Kommunikation des e-learning Programms „Sepsis“ und des Schulungsvideos „ZVK“

## QM

- Lenkung der Dokumentenvorlagen:
  - Checkliste Layered Process-Audits (LPA)
  - VA Sepsis-Pathway
  - Patienteninformation Sepsis bei Entlassung
  - ABS-Handbuch
  - Geschäftsordnung ABS-Team

## QS

- Sicherstellen des QS-Verfahrens
- Abgleich Dokumentation und Kodierung
- Gemeinsamer Fallabschluss
- Versand an die LAG (Datenlieferfristen!)

- Führungskräfte
- Vorträge und Webinare für die betroffenen Berufsgruppen in
  - Medizin
  - Pflege
  - Hygiene
  - Medizincontrolling
  - QM
  - QS
- Cluster-Meetings der Sana Sepsis-Initiative
- Informationsmaterialien und Unterlagen

### I. Administrative Kriterien → Alle müssen erfüllt sein

1. Alter  $\geq 18$  Jahre
2. GKV-versichert
3. Aufnahme datum: ab 01.01.2026
4. Kein Ausschluss-Aufnahmegrund:
  - ✗ 03 – Krankenhausbehandlung, teilstationär
  - ✗ 04 – Vorstationäre Behandlung, ohne anschließende vollstationäre
  - ✗ 10 – Stationsäquivalente Behandlung
  - ✗ 11 – Übergangspflege

### II. Klinische Kriterien (Kodierlogik) → Mindestens ein Pfad muss erfüllt sein

#### ✓ Pfad A – Septischer Schock

ICD: R57.2

#### ✓ Pfad B – Sepsis + SIRS mit Organkomplikation

Mindestens ein Sepsis-ICD-Kode:  
A02.1, A32.7, A39.1, A39.2, A40.-, A41.-, B37.7  
UND  
ICD: R65.1 (SIRS mit Organkomplikation)

#### ✓ Pfad C – Sepsis + Organdysfunktion (ohne R65.1/R57.2)

Mindestens ein Sepsis-ICD-Kode:  
A02.1, A32.7, A39.1, A39.2, A40.-, A41.-, B37.7  
UND  
zusätzlich mindestens eines von:

- ICD für Organdysfunktion, z. B.:  
D65.-, J80.-, F05.-, E86, I46.-, J96.-, K72.-, N17.-, R40.-, R57.8, J95. - etc.
- OPS für Organdysfunktion, z. B.:  
Dialyse, Lebersatzverfahren, Reanimation, Blutprodukte
- Beatmungs-/Tracheotomie-OPS mit  $\geq 1$  Beatmungstunde nach § 301

### ✗ Ausschlusskriterien – QS-Bogen wird NICHT ausgelöst, wenn zutreffend

#### 1. Fachabteilungen laut § 2 Abs. 2 DeQS-RL, z. B.:

- Neonatologie / Pädiatrie (inkl. Kinder-Intensiv)
- Kinderchirurgie, (Kinder-)Kardiologie
- Psychiatrie / Psychosomatik
- Palliativmedizin (inkl. Kinderpalliativ), Schmerztherapie
- Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde

#### 2. Palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

#### 3. Entlassungsgrund: 11 – Entlassung in ein Hospiz

Bitte beachten Sie, dass die Anwenderhinweise regelmäßig durch das IQTIG aktualisiert werden. Überprüfen Sie daher regelmäßig, ob eine neue Version der [QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2026 \(V03 – IQTIG\)](#) vorliegt.



# Offenlegung Interessenkonflikte

im Zusammenhang mit dem vorgetragenen Thema „Neues Qualitätssicherungsverfahren  
QS Sepsis - Qualitätsindikatoren und die notwendigen Strukturen und Instrumente in der Praxis“

***Dr. med. Susanne Eberl***

Es liegen keine Interessenkonflikte vor

1. Beschäftigungsverhältnisse  
*Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement,  
Sana Kliniken AG*
2. Beratungsverhältnisse  
*keine*
3. Honorare  
*keine*
4. Drittmittel und sonstige Unterstützung  
*keine*
5. Aktien, Patente, Geschäftsanteile  
*keine*
6. Autor-/Koautorschaft  
*keine*
7. Gutachtertätigkeit  
*keine*
8. Weitere Aktivitäten  
*keine*

# Vielen Dank!



susanne.eberl@sana.de



+49 0160-92029439



Adalperostrasse 31  
85737 Ismaning

Dr. Susanne Eberl  
Bereichsleiterin  
Qualitätsmanagement und  
klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG, Ismaning

