Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 zum Verfahren 20: QS Sepsis der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 17. Juli 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Juli 2025 auf Grundlage von Teil 1 § 14a Absatz 3 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 zum Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) (**Anlage**) beschlossen.

Die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 sind von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Berlin, den 17. Juli 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Prospektive Rechenregeln)

Erfassungsjahr 2026

Stand: 15.01.2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026

Datum der Abgabe	15.01.2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

602600: Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung 6

Hintergrund 6

Verwendete Datenfelder 7

Eigenschaften und Berechnung 8

602601: Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis 10

Hintergrund 10

Verwendete Datenfelder 12

Eigenschaften und Berechnung 13

602602: Krankenhaus-Letalität nach Sepsis 15

Hintergrund 15

Verwendete Datenfelder 16

Eigenschaften und Berechnung 17

602608: Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 19

Hintergrund 19

Verwendete Datenfelder 20

Eigenschaften und Berechnung 21

602609: Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 23

Hintergrund 23

Verwendete Datenfelder 24

Eigenschaften und Berechnung 25

602610: Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 27

Hintergrund 27

Verwendete Datenfelder 28

Eigenschaften und Berechnung 29

602611: Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 31

Hintergrund 31

Verwendete Datenfelder 32

Eigenschaften und Berechnung 33

602612: Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 35

Hintergrund 35

Verwendete Datenfelder 36

Eigenschaften und Berechnung 37

602613: Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 39

Hintergrund 39

Verwendete Datenfelder 40

Eigenschaften und Berechnung 41

602614: Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung 43

Hintergrund 43

Verwendete Datenfelder 44

Eigenschaften und Berechnung 45

Literatur 47

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 52

Anhang II: Listen 53

Anhang III: Vorberechnungen 54

Anhang IV: Funktionen 55

Impressum 56

Einleitung

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung mit einer lebensbedrohlichen Organdysfunktion (Sepsis-3-Definition), die durch eine inadäquate Wirtsantwort auf die Infektionen ausgelöst wird. Aufgrund des raschen Fortschreitens der Sepsis und damit einhergehenden schwerwiegenden und langanhaltenden Folgen, ist eine schnelle Diagnose und zeitnahe Behandlung überlebenswichtig. Es zeigt sich weiterhin, dass ein großer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Sepsis bereits im Krankenhaus verstirbt. Mit der Sepsisdiagnose ist nicht nur ein erhöhtes Mortalitätsrisiko verbunden, Sepsisüberlebende erfahren oft anhaltende körperliche, psychische und kognitive Beeinträchtigungen, die zu erheblichen Einschränkungen im alltäglichen Leben führen.

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

Das Qualitätssicherungsverfahren beruht auf Indikatoren, welche die Qualität der Diagnostik und Therapie, sowie die Outcomes der Sepsis abbilden und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachbereichen entwickelt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Verfahrensübergreifende Informationen:
Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

602600: 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

Hintergrund

Leitlinien

In der deutschen S3-Leitlinie (Brunkhorst et al. 2018) und mehreren ausländischen Leitlinien (NICE 2024, bpac^{NZ}/NICE 2018, SCCM 2021) wird übergreifend empfohlen, ein standardisiertes Screening für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Sepsis in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. in den Krankenhäusern zu implementieren. Während die Leitlinie zur Meningokokken-Sepsis empfiehlt, keine Scoring-Systeme zur Diagnostik zu verwenden (McGill et al. 2016), werden in den anderen Leitlinien verschiedene Instrumente vorgeschlagen. Die deutsche S3-Leitlinie (Brunkhorst et al. 2018) empfiehlt auf Intensivstationen den „Sequential Organ Failure Assessment" (SOFA)-Score, außerhalb der Intensivstationen den „quick Sequential Organ Failure Assessment" (qSOFA)-Score anzuwenden. Anstelle des qSOFA kann auch der National Early Warning Score 2 (NEWS2) verwendet werden (NICE 2024, bpac^{NZ}/NICE 2018).

Literatur

In einer quantitativen fragebogengestützten Primärdatenanalyse bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Notaufnahme und des Rettungsdienstes zeigen Metelmann et al. (2018), dass 74 % des Pflegefachpersonals und 20 % der Ärztinnen und Ärzte den qSOFA-Score nicht kannten. Bei der Studie muss aber in Bezug auf diese Subgruppenanalyse auf die kleine Stichprobenzahl (n = 55 Notärztinnen und Notärzte, n = 23 Pflegefachkräfte) hingewiesen werden. Keppler et al. (2018) zeigen in einer Onlinebefragung von Leiterinnen und Leitern von insgesamt 76 deutschen Intensivstationen, dass bei zwei Drittel der Befragten der qSOFA im Bereich der Normalstationen und in der Notaufnahme/Rettungsstelle ihrer Einrichtung nicht eingesetzt wird. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass die Sepsis-3-Definition inklusive der Empfehlungen zur Verwendung des qSOFA erst im Februar 2016 veröffentlicht wurde (Singer et al. 2016), die genannten Studien aber bereits 2017 durchgeführt worden sind. Die beiden Validierungsstudien zum qSOFA von Klimpel et al. (2019) und Loritz et al. (2020) stellen unter anderem in Bezug auf die Aufnahme und Länge des Intensivaufenthaltes eine hohe Spezifität fest, allerdings auch eine geringe Sensitivität zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

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.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**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
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602601: Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis

Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis

Hintergrund

Leitlinien

Im Rahmen der Diagnosestellung der Sepsis empfehlen die Leitlinien, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem Verdacht auf Sepsis oder septischen Schock die Abnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie erfolgen sollte (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020), da es sonst aufgrund der Gabe des antimikrobiellen Wirkstoffs zu einer Inaktivierung von Mikroorganismen kommt, wodurch die Blutkulturen nicht hinlänglich aussagekräftig sein könnten (Brunkhorst et al. 2018). Die Entnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie sollte allerdings nicht zur Verzögerung des Therapiebeginns führen (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Die Leitlinie zur Behandlung der Meningokokken-Sepsis präzisiert dahingehend, dass ein Zeitfenster von einer Stunde nach Eintreffen im Krankenhaus für die Abnahme von Blutkulturen einzuhalten sei (McGill et al. 2016). In der deutschen S3-Leitlinie wird zusätzlich zur Empfehlung, dass die Abnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie erfolgen sollte, eine Anmerkung angefügt, dass die routinemäßige mikrobiologische Kulturen-Diagnostik immer mindestens zwei (sowohl aerobe als auch anaerobe) Blutkulturen-Sets (bestehend aus mindestens aerober und anaerober Flasche) umfassen sollte (Brunkhorst et al. 2018).

Richtlinien

In den Empfehlungen der KRINKO (2017) wird ebenfalls auf die Mindestmenge von zwei Blutkulturen-Sets bei Sepsis hingewiesen.

Literatur

In einer Befragungsstudie des ärztlichen Personals aus Krankenhäusern in Deutschland gaben 60,8 % der Teilnehmenden an, dass sie trotz bestehender Indikation für eine Blutkulturdiagnostik zuerst mit der Antibiotikatherapie begonnen haben (Raupach-Rosin et al. 2017). 78 % der Teilnehmenden gaben an, in mehr als 75 % der Fälle mehr als eine Blutkultur abzunehmen (Raupach-Rosin et al. 2017). In einer klinischen Kohorten-Studie, die auf einer Intensivstation des Universitätsklinikums Greifswald zwischen 2010 und 2017 durchgeführt wurde, wurde während der Studienlaufzeit insgesamt nur bei 72 % der Patientinnen und Patienten eine Blutentnahme vor Antibiotikagabe vorgenommen. Von der Gesamtzahl der

zu Beginn der Sepsis abgenommen Blutkulturen-Sets während der Studienlaufzeit wurde in 25 % lediglich ein Blutkulturen-Set abgenommen (Scheer et al. 2019). Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) wurden lange Wartezeiten auf die Laborergebnisse als eines der Hindernisse der frühzeitigen gezielten Therapie der Sepsis in 3 aus 5 Fokusgruppen genannt. In der prospektiven Kohortenstudie von Gehring et al. (2019) an einem Universitätsklinikum zeigten die Ergebnisse, dass innerhalb von drei Monaten insgesamt 67 Patientinnen und Patienten, deren Blutkulturproben außerhalb der regulären Dienstzeiten eingetroffen waren, positive Blutkulturen und Pathogene aufwiesen und folglich einer Behandlung bedurften. Vor telefonischer Befundmitteilung der Gramfärbung erhielten 41 (61 %) der Patientinnen und Patienten eine adäquate Antibiotikatherapie. Im Mittel betrug die Verzögerung zwischen positiver Blutkultur und Gramfärbung 9 Stunden und 59 Minuten (Interquartilsabstand (IQR) 6:05–13:49). Die angemessene Gabe von Antibiotika in der Gruppe mit zu Beginn nicht adäquater Therapie verzögerte sich um durchschnittlich 8 Stunden und 57 Minuten (IQR: 2:16–16:59) (Gehring et al. 2019). Die prospektive, monozentrische Studie von Schwarzenbacher et al. (2019) zeigte, dass von 494 Blutkulturen, welche in einem mikrobiologischen Labor analysiert wurden, nur 13 (2,6 %) innerhalb einer Stunde inkubiert wurden, während bei den Blutkulturen, welche bereits vor Ort auf der Intensivstation angelegt wurden, alle (100 %) innerhalb der ersten Stunde inkubiert waren (n = 166). Resultierend zeigte sich eine signifikante Reduzierung der Zeit von der Abnahme der Blutkultur bis zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Ärztin bzw. des Arztes über das positive Ergebnis bei den Blutkulturen, welche direkt vor Ort angelegt wurden, gegenüber den Blutkulturen, welche in einem mikrobiologischen Labor analysiert wurden (28,0 Stunden vs. 46,9 Stunden, p = < 0,001 (Schwarzenbacher et al. 2019).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

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.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen 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 **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterium des Indikators: Patientinnen und Patienten, die keine antibiotische und keine antimykotische Therapie der Sepsis erhalten haben.
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602602: Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Versterben im Krankenhaus ist ein Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat.

Im Sinne des Qualitätsindikators wird unter dem Begriff der Letalität das Versterben von Patientinnen und Patienten mit einer Sepsiserkrankung verstanden.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, SCCM 2021, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Brunkhorst et al. 2018, Serpa Neto et al. 2016). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

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 des Krankenhausaufenthaltes verstarben.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

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	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Zum ersten Erfassungsjahr keine Risikoadjustierung möglich. Der Indikator wird ratenbasiert berechnet ohne Referenzbereich.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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	Ausschlusskriterium des Indikators: Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser-gebnissen	

602608: Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung versterben

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Versterben innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt ist ein Endpunkt, der unmittelbar Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat.

Im Sinne der Kennzahl wird unter dem Begriff der Letalität das Versterben von Patientinnen und Patienten mit einer Sepsiserkrankung verstanden.

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, McGill et al. 2016, SCCM 2021, Serpa Neto et al. 2016, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 112.725 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 32.012 Patientinnen und Patienten (28,4 %) innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstarben.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602608
Bezeichnung	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602609: Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer neuen Morbidität des Atmungssystems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine langfristige Abhängigkeit vom Beatmungsgerät sowie ein akutes Atemversagen eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, McGill et al. 2016, SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018, Serpa Neto et al. 2016). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 105.429 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 10.718 Patientinnen und Patienten (10,17 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602609
Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben. • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“. Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602610: Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer neuen Morbidität der Niere nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine langfristige Abhängigkeit von Dialyse sowie ein akutes Nierenversagen als eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden anzusehen sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018, Serpa Neto et al. 2016, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 96.183 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 16.208 Patientinnen und Patienten (16,85 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602610
Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602611: Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer neuen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass eine Herzinsuffizienz, sowie ein Herzinfarkt eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden sind (Guirgis et al. 2016, Prescott und Angus 2018).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018, Serpa Neto et al. 2016, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 71.453 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 14.847 Patientinnen und Patienten (20,78 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602611
Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602612: Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer neuen Morbidität des zentralen Nervensystems nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass der Schlaganfall und die Demenz zu einen der häufigsten Morbiditäten von Sepsis im Sinne von schweren Organschäden gehören (Yende et al. 2014, Guirgis et al. 2016).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018, Serpa Neto et al. 2016, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 78.702 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 10.110 Patientinnen und Patienten (12,85 %) unter einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602612
Bezeichnung	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602613: Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer Posttraumatische Belastungsstörung nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis ist eine poststationäre Komplikation, die unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten hat. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass die Posttraumatische Belastungsstörung eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis ist (Wintermann et al. 2015, Parker et al. 2015, Rattray et al. 2005, Cuthbertson et al. 2004).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Serpa Neto et al. 2016). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 112.116 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 340 Patientinnen und Patienten (0,30 %) unter einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602613
Bezeichnung	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben

	• Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus. Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602614: Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Hintergrund

Die Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung ist im Sinne der Patientenzentrierung und des -nutzens von hoher Relevanz (IQTIG 2022). Das Auftreten einer Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach stationärem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Sepsis hat unmittelbar eine Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten. In der Literatur fanden sich Hinweise, dass kognitive Beeinträchtigungen eine der häufigsten Morbiditäten von Sepsis sind (Semmler et al. 2013, Needham et al. 2013, Pandharipande et al. 2013, Hopkins et al. 2005, Mankowski et al. 2020).

Leitlinien

Leitlinienempfehlungen sowohl der deutschen S3-Leitlinie als auch der ausländischen Leitlinien zur Sepsis adressieren vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024, Serpa Neto et al. 2016, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021). Qualitätsmerkmale, die auf die Ergebnisqualität abzielen, definieren unmittelbar patientenrelevante Outcomes. Sie bedürfen daher keiner zusätzlichen Leitlinienempfehlung.

Sozialdaten

Eigene Berechnungen anhand vorliegender Sozialdaten einer Krankenkasse ergaben für das Jahr 2018, dass von 104.866 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 8.437 Patientinnen und Patienten (8,05 %) unter einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit leiden.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602614
Bezeichnung	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Auswertungsjahr	2029
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	-
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	**Zähler** Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung **Nenner** Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Ausschlusskriterien der Kennzahl: Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß Grundgesamtheit gehabt haben • Ausgenommen sind Zuverlegungen von Sepsisfällen der Grundgesamtheit aus einem anderen Krankenhaus.

	Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ Patientinnen und Patienten, bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Sepsis und in den beiden Vorquartalen bereits eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

bpacNZ [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Guideline]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpacNZ. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf (abgerufen am: 31.10.2024). [ungültig].

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001l_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 08.11.2024). [ungültig, derzeit in Überarbeitung].

Cuthbertson, BH; Hull, A; Strachan, M; Scott, J (2004): Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. Intensive Care Medicine 30(3): 450-455. DOI: 10.1007/s00134-003-2004-8.

Gehring, T; Kim, H; Hoerauf, A; Buechler, C (2019): A prospective study on the effect of time-shifted telephone reporting of blood culture microscopy. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases 38(5): 973-975. DOI: 10.1007/s10096-019-03544-9.

Guirgis, FW; Brakenridge, S; Sutchu, S; Khadpe, JD; Robinson, T; Westenbarger, R; et al. (2016): The long-term burden of severe sepsis and septic shock: Sepsis recidivism and organ dysfunction. The Journal of Trauma and Acute Care Surgery 81(3): 525-532. DOI: 10.1097/ta.0000000000001135.

Hopkins, RO; Weaver, LK; Collingridge, D; Parkinson, RB; Chan, KJ; Orme, JF, Jr. (2005): Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 171(4): 340-347. DOI: 10.1164/rccm.200406-763OC.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 16.05.2023).

Keppler, U; Schmoch, T; Siegler, BH; Weigand, MA; Uhle, F (2018): Implementation of the Sepsis-3 definition in German university intensive care units. A Survey. Der Anaesthesist 67(9): 647-653. DOI: 10.1007/s00101-018-0465-y.

Klimpel, J; Weidhase, L; Bernhard, M; Gries, A; Petros, S (2019): The impact of the Sepsis-3 definition on ICU admission of patients with infection. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 27:98. DOI: 10.1186/s13049-019-0680-9.

KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2017): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Hinweise zur Blutkulturdiagnostik. Informativer Anhang 1 zur Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60(2): 216-230. DOI: 10.1007/s00103-016-2485-6.

Loritz, M; Busch, HJ; Helbing, T; Fink, K (2020): Prospective evaluation of the quickSOFA score as a screening for sepsis in the emergency department. Internal and Emergency Medicine 15(4): 685-693. DOI: 10.1007/s11739-019-02258-2.

Mankowski, RT; Anton, SD; Ghita, GL; Brumback, B; Cox, MC; Mohr, AM; et al. (2020): Older Sepsis Survivors Suffer Persistent Disability Burden and Poor Long-Term Survival. Journal of the American Geriatrics Society 68(9): 1962-1969. DOI: 10.1111/jgs.16435.

Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. Journal of Critical Care 36: 85-91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. Journal of Infection 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007. [ungültig, da Leitlinie älter als 5 Jahre].

Metelmann, C; Metelmann, B; Scheer, C; Gründling, M; Henkel, B; Hahnenkamp, K; et al. (2018): Sepsis erkennen im Rettungsdienst. Ergebnisse einer interprofessionellen Befragung zur präklinischen und frühen innerklinischen Sepsiserkennung. Der Anaesthesist 67(8): 584-591. DOI: 10.1007/s00101-018-0456-z.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Guidance]. Published date: September 2012, last reviewed: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/resources/neutropenic-sepsis-prevention-and-management-in-people-with-cancer-pdf-35109626262469 (abgerufen am: 01.11.2024).

Needham, DM; Dinglas, VD; Morris, PE; Jackson, JC; Hough, CL; Mendez-Tellez, PA; et al. (2013): Physical and Cognitive Performance of Patients with Acute Lung Injury 1 Year after Initial Trophic Versus Full Enteral Feeding. EDEN Trial Follow-up. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 188(5): 567-576. DOI: 10.1164/rccm.201304-0651OC.

NICE [National Institute for Clinical Excellence] (2024): NICE Guideline NG51. Suspected sepsis: recognition, diagnosis and early management [Guidance]. Published date: July 2016, last updated: March 2024. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-5714-9. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/resources/suspected-sepsis-recognition-diagnosis-and-early-management-pdf-1837508256709 (abgerufen am: 07.11.2024).

Pandharipande, PP; Girard, TD; Jackson, JC; Morandi, A; Thompson, JL; Pun, BT; et al. (2013): Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. The New England Journal of Medicine 369(14): 1306-1316. DOI: 10.1056/NEJMoa1301372.

Parker, AM; Sricharoenchai, T; Raparla, S; Schneck, KW; Bienvenu, OJ; Needham, DM (2015): Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors: A Metaanalysis. Critical Care Medicine 43(5): 1121-1129. DOI: 10.1097/ccm.0000000000000882.

Prescott, HC; Angus, DC (2018): Enhancing Recovery From Sepsis. A Review. JAMA 319(1): 62-75. DOI: 10.1001/jama.2017.17687.

Rattray, JE; Johnston, M; Wildsmith, JA (2005): Predictors of emotional outcomes of intensive care. Anaesthesia 60(11): 1085-1092. DOI: 10.1111/j.1365-2044.2005.04336.x.

Raupach-Rosin, H; Duddeck, A; Gehrlich, M; Helmke, C; Huebner, J; Pletz, M; et al. (2017): Deficits in knowledge, attitude, and practice towards blood culture sampling: results of a nationwide mixed-

methods study among inpatient care physicians in Germany. Infection - A Journal of Infectious Disease 45(4): 433-441. DOI: 10.1007/s15010-017-0990-7.

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). [Adelaide, AU-SA]: SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

SCCM [Society of Critical Care Medicine] (2021): Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021. Published: 04.10.2021. Mount Prospect, US-IL: SCCM. URL: https://www.sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/surviving-sepsis-guidelines-2021 (abgerufen am: 07.11.2024).

Scheer, CS; Fuchs, C; Grundling, M; Vollmer, M; Bast, J; Bohnert, JA; et al. (2019): Impact of antibiotic administration on blood culture positivity at the beginning of sepsis: a prospective clinical cohort study. Clinical Microbiology and Infection 25(3): 326-331. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.05.016.

Schwarzenbacher, J; Kuhn, S-O; Vollmer, M; Scheer, C; Fuchs, C; Rehberg, S; et al. (2019): On-site blood culture incubation shortens the time to knowledge of positivity and microbiological results in septic patients. PLoS ONE 14(12): e0225999. DOI: 10.1371/journal.pone.0225999.

Semmler, A; Widmann, CN; Okulla, T; Urbach, H; Kaiser, M; Widman, G; et al. (2013): Persistent cognitive impairment, hippocampal atrophy and EEG changes in sepsis survivors. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 84: 62-70. DOI: 10.1136/jnnp-2012-302883.

Serpa Neto, A; Schultz, MJ; Festic, E (2016): Ventilatory support of patients with sepsis or septic shock in resource-limited settings. Intensive Care Medicine 42: 100-103. DOI: 10.1007/s00134-015-4070-0. [ungültig, da Leitlinie älter als 5 Jahre].

Singer, M; Deutschman, CS; Seymour, CW; Shankar-Hari, M; Annane, D; Bauer, M; et al. (2016): The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315(8): 801-810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287. [ungültig, da Leitlinie älter als 5 Jahre].

Wintermann, GB; Brunkhorst, FM; Petrowski, K; Strauss, B; Oehmichen, F; Pohl, M; et al. (2015): Stress Disorders Following Prolonged Critical Illness in Survivors of Severe Sepsis. Critical Care Medicine 43(6): 1213-1222. DOI: 10.1097/ccm.0000000000000936.

Yende, S; Linde-Zwirble, W; Mayr, F; Weissfeld, LA; Reis, S; Angus, DC (2014): Risk of Cardiovascular Events in Survivors of Severe Sepsis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 189(9): 1065-1074. DOI: 10.1164/rccm.201307-13210C.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org
iqtig.org

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Prospektive Rechenregeln)

Erfassungsjahr 2026

Stand: 15.01.2025, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026

Datum der Abgabe	15.01.2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

602604: Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus 5

Hintergrund 5

Verwendete Datenfelder 6

Eigenschaften und Berechnung 7

602605: Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team 9

Hintergrund 9

Verwendete Datenfelder 11

Eigenschaften und Berechnung 12

602606: Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis 14

Hintergrund 14

Verwendete Datenfelder 18

Eigenschaften und Berechnung 19

602607: Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis 21

Hintergrund 21

Verwendete Datenfelder 23

Eigenschaften und Berechnung 24

Literatur 26

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 29

Anhang II: Listen 30

Anhang III: Vorberechnungen 31

Anhang IV: Funktionen 32

Impressum 33

Einleitung

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung mit einer lebensbedrohlichen Organdysfunktion (Sepsis-3-Definition), die durch eine inadäquate Wirtsantwort auf die Infektionen ausgelöst wird. Aufgrund des raschen Fortschreitens der Sepsis und damit einhergehenden schwerwiegenden und langanhaltenden Folgen, ist eine schnelle Diagnose und zeitnahe Behandlung überlebenswichtig. Es zeigt sich weiterhin, dass ein großer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Sepsis bereits im Krankenhaus verstirbt. Mit der Sepsisdiagnose ist nicht nur ein erhöhtes Mortalitätsrisiko verbunden, Sepsisüberlebende erfahren oft anhaltende körperliche, psychische und kognitive Beeinträchtigungen, die zu erheblichen Einschränkungen im alltäglichen Leben führen.

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

Das Qualitätssicherungsverfahren beruht auf Indikatoren, welche die Qualität der Diagnostik, Therapie, sowie die Outcomes der Sepsis abbilden und basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz mit Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Fachbereichen entwickelt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren werden Daten aus drei verschiedenen Erfassungsinstrumenten genutzt: der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bei stationären Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Verfahrensübergreifende Informationen:
Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

602604: Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus

Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern

Hintergrund

Leitlinien

Die hohe Bedeutung eines Infektionspräventionsprogramms, das unter anderem auch auf die Reduktion von Zentraler Venenkatheter (ZVK)-assoziierter Blutstrominfektion abzielt, wird in der deutschen S3-Leitlinie durch mehrere Empfehlungen adressiert (Brunkhorst et al. 2018). Dazu wird empfohlen, spezielles Fachpersonal in den Einrichtungen vorzuhalten, das sich mit der Implementierung und Umsetzung des Infektionspräventionsprogramms beschäftigt. Die Implementierung von Infektionspräventionsmaßnahmen sollte dabei laut Leitlinie multimodal erfolgen, indem verschiedene einzelne Interventionen zu einem Gesamtkonzept verbunden werden. Es wird empfohlen, die Inhalte dieser Programme den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen von Schulungen zu vermitteln, welche auch ein Training am Krankenbett oder ein Simulationstraining miteinschließen. Die Durchführung von infektionspräventiven Maßnahmen sollte krankenhausintern überprüft und an die Stationen zurückgemeldet werden (Brunkhorst et al. 2018).

Richtlinien

Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)[1] des Gemeinsamen Bundesauschusses. Die Inhalte der Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK wurden in Anlehnung an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen (KRINKO 2017) sowie der Checklisten des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (CDC [2018]) definiert.

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602604
Bezeichnung	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
Indikatortyp	Strukturqualität
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logische Bedingung
Referenzbereich 2026	= 1
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Rechnerisch auffällig sind die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr kein multimodales Infektionsprogramm gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators durchgeführt haben (Indikatorergebnis = 0 (Bedingung nicht erfüllt)).
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Krankenhausstandort mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen bestehend aus Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte und Schulungen **Nenner** Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Der Indikator beinhaltet mehrere Unteranforderungen, die vom Krankenhaus alle erfüllt sein müssen, um das Qualitätsziel des Indikators zu erreichen und nicht rechnerisch auffällig zu werden. Unteranforderungen: 1. Schulungen von mindestens 80 % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger innerhalb des Erfassungsjahres zur Pflege von nicht getunnelten ZVK (die Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten

	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben). 2. Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten ZVK im Rahmen von Audits, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden. Je angestellter Hygienefachkraft im Erfassungsjahr (gemäß Regelung des Qb-R) muss mindestens ein Audit pro Halbjahr stattfinden, wobei ein Audit aus der Prüfung von mindestens 4 Fällen (Patientinnen und Patienten mit einem ZVK) bestehen muss.
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602605: Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team

Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen

Hintergrund

Leitlinien

Zur initialen Therapie wird bei Patientinnen und Patienten mit Sepsis oder septischem Schock, mit Ausnahme der neutropenischen Sepsis und der Bakteriämie (SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018), eine empirische Breitspektrumtherapie mit einem Antibiotikum oder mehreren Antibiotika zur Erfassung aller wesentlichen Bakterien empfohlen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). Gleichfalls wird jedoch empfohlen, diese initiale Kombinationstherapie bei klinischer Verbesserung der Patientin bzw. des Patienten oder aufgrund eines Erregernachweises antibiogrammgerecht und auf eine Monotherapie umzustellen (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021). Die Orientierung am klinischen Ansprechen auf die Therapie wird auch bei Patientinnen und Patienten mit Meningokokken-Sepsis oder neutropenischer Sepsis hervorgehoben (NCC-C 2020, McGill et al. 2016). Um eine optimal angepasste Therapie an die Patientin bzw. den Patienten zu ermöglichen, sollte die antiinfektive Therapie täglich evaluiert werden (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021). Insgesamt beschreiben die einbezogenen Leitlinien zwar Therapieprinzipien für die Anwendung von Antiinfektiva bei Sepsis, es wird jedoch auch deutlich, dass diese übergeordnet bleiben und die Auswahl der optimalen Medikation individualisiert erfolgen sollte. Nur so können beispielsweise bestimmte Erregerformen wie Meningokokken-Sepsis (McGill et al. 2016, bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024) oder spezifische Immundefekte, wie im Rahmen der neutropenischen Sepsis (NCC-C 2020), berücksichtigt werden. Auch bei der Dosierung empfehlen Brunkhorst et al. (2018) sowie SCCM (2021) eine Orientierung an pharmakokinetischen/pharmakodynamischen Prinzipien und spezifischen Medikamenteneigenschaften zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Zur Berücksichtigung aller dieser Faktoren sollte jedes Krankenhaus als Orientierung interne Empfehlungen vorhalten und diese durch ein ABS Programm mit entsprechenden Spezialistinnen und Spezialisten der Infektiologie und Mikrobiologie (McGill et al. 2016, bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024) ergänzen. So kann zusätzlich sichergestellt werden, dass eine rationale, an die lokalen Gegebenheiten angepasste Antibiotika Anwendung erfolgt (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, Brunkhorst et al. 2018). Die Inhalte der lokalen Leitlinie zur antiinfektiven Therapie sowie die Ausgestaltung des ABS-Teams und quantitative Ausprägung der ABS-Visiten wurde in Anlehnung an die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (de With et al. 2018) definiert.

Rechtliche Grundlage

Zusätzlich ist in Deutschland die Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen einschließlich der Rückkoppelung an die betroffenen Organisationseinheiten im Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 23 Abs. 4 gesetzlich verankert.

Richtlinie

Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)[2] des Gemeinsamen Bundesauschusses. Ausschlüsse für das Vorhalten eines ABS-Teams wurden entlang des Positionspapiers „Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivaverordnung in Krankenhäusern" der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut (RKI) (Abele-Horn et al. 2020) definiert.

Literatur

Die Ergebnisse einer multivariaten Analyse im Rahmen einer quantitativen, prospektiven beobachtenden Prä-Post-Kohortenstudie von Scheer et al. (2017) zeigten, dass einer der Faktoren für eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit bei Patientinnen und Patienten mit Sepsis die adäquate und überlegte Antibiotikatherapie darstellt (hazard ratio, 0,53–0,75; $p < 0,001$). Morr et al. (2017) fanden jedoch im Rahmen einer quantitativen, retrospektiven Sekundärdatenanalyse für die Notaufnahme eines großen deutschen Krankenhauses keine Defizite in der antibiotischen Versorgung zwischen Patientinnen und Patienten ohne systemische inflammatorische ResponseSyndrom (SIRS)-Kriterien und solchen mit Sepsis. Vielmehr wurde die Therapie bei über 95 % der Patientinnen und Patienten mit Sepsis bzw. schwerer Sepsis als adäquat durch das bewertende Studienteam klassifiziert. Den Ergebnissen von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) zufolge wurde vonseiten der Fokusgruppen übergeordnet beschrieben, dass in vielen Bereichen Defizite mit Auswirkungen auch auf die antibiotische Therapie bestehen und als Lösungsansätze Checkliste oder Standardvorgehensweisen (SOP) sinnvoll seien (Matthaeus-Kraemer et al. 2016). Eine krankenhausinterne Leitlinie zur Steuerung der antiinfektiven Therapie bei Sepsis kann Teil eines solchen übergeordneten standardisierten Prozesses wie beispielweise einer SOP sein. Diallo et al. (2018) zeigen in einer explorativen, fragebogengestützten Querschnittserhebung von Infektionsspezialistinnen und Infektionsspezialisten auf, dass 73 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland in einem ABS-Team sind. Diese Ergebnisse sind jedoch dahingehend sehr vorsichtig zu bewerten, da die Teilnahme an der Erhebung freiwillig war und nur solche Personen eingeschlossen hat, die bereits als Infektionsspezialistinnen und Infektionsspezialisten in einem Krankenhaus arbeiten. In den Fokusgruppen mit Gesundheitsprofessionen, die im Rahmen der Konzeptstudie durchgeführt wurden, wurde angedeutet, dass ein vorsichtigerer Umgang mit „kritischen" Antibiotika vonnöten sei (IQTIG 2019).

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602605
Bezeichnung	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
Indikatortyp	Strukturqualität
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logische Bedingung
Referenzbereich 2026	= 1
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die nicht im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship (ABS)-Programm gemäß Anforderungen des Qualitätsindikators vorliegen hatten (Indikatorergebnis = 0 (Bedingung nicht erfüllt)).
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Krankenhausstandort mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams **Nenner** Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Der Indikator beinhaltet mehrere Unteranforderungen, die vom Krankenhaus alle erfüllt sein müssen, um das Qualitätsziel des Indikators zu erreichen und nicht rechnerisch auffällig zu werden. Unteranforderungen: 1. Vorliegen einer oder mehrerer interner Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis, die auf nationale und internationale Leitlinien abgestimmt sind sowie die lokale und regionale Erreger- und Resistenzlage berücksichtigen.

	2. Vorhalten eines ABS-Teams, das mindestens folgende Berufsgruppen umfasst: Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt (Mindestqualifikation „ABS fellow-Kurs" oder äquivalente Kurse). Die Anzahl der benötigten Vollkräfte (VK) für die Fachärztin oder den Facharzt ist abhängig von der Gesamtbettenzahl des Standorts: <150 Betten = 0,125 VK; 150-299 Betten = 0,25 VK; 300-599 Betten = 0,5 VK; 600 - 899 Betten = 1,0 VK; je 300 weitere Betten zusätzlich 0,5 VK. UND Hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker. 3. Festlegung der beteiligten Berufsgruppen in einer Geschäftsordnung. 4. Durchführung und Dokumentation von ABS-Visiten bei Sepsispatientinnen und –patienten. Die Anzahl der nachzuweisenden Visiten ist abhängig von der Gesamtbettenanzahl des Standorts: <150 Betten = 12 Visiten; 150-299 Betten = 25 Visiten; 300-599 Betten = 50 Visiten; 600 - 899 Betten = 100 Visiten; je 300 weitere Betten zusätzlich 50 Visiten.
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602606: Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis

Hintergrund

Leitlinien

In zahlreichen Empfehlungen der ausländischen Leitlinien des bpac^{NZ}/NICE (2018) und der NICE (2024) werden konkrete Prozessabläufe definiert, die bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Infektion oder Sepsis sowie diagnostizierter Sepsis empfohlen werden. Die nachfolgenden Prozessbestandteile des Qualitätsindikators wurden anhand der Leitlinien der NICE (2024), bpac^{NZ}/NICE (2018), Brunkhorst et al. (2018), SCCM (2021), McGill et al. (2016), NCC-C (2020) und der SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020) definiert.

Risikoeinschätzung für eine Sepsis

Grundlage für alle weiteren Prozessbestandteile der Diagnostik und Therapie ist die initiale Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten, bei der bzw. bei dem ein Verdacht auf eine Infektion vorliegt oder ob bereits Anzeichen für einen Verdacht auf Sepsis erkennbar sind. In dieser Ersteinschätzung sollen insbesondere klinische Anzeichen für eine Sepsis, wie z. B. neu auftretende Anomalien des Verhaltens, des Kreislaufs oder der Atmung, mögliche Quellen einer Infektion sowie die Abfrage von Risikofaktoren für eine Sepsiserkrankung Berücksichtigung finden (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024).

Diagnostik – Anamnese

Im Rahmen der Diagnostik gilt es, gemäß Leitlinien unter anderem auf neu aufgetretene Verhaltensveränderungen, mentale Veränderungen, eine akute Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten, eine vorhandene Immunsuppression, Häufigkeit der Urinausscheidung in den letzten 18 Stunden und auf Traumata, vorausgegangene Operationen oder invasive Eingriffe in den letzten 6 Wochen zu achten bzw. diese zu erfragen. Diese Faktoren können ein erhöhtes Risiko für die Schwere der Erkrankung anzeigen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). Bei der Diagnostik einer Sepsis ist unter anderem auch das klinische Erscheinungsbild von Relevanz (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, NCC-C 2020). Dies kann bereits in der Anamnese begutachtet werden und sich in einer Veränderung der Gesichtsfarbe hin zu fahl oder bläulich, Verletzungen der Haut oder auch bläulichen Lippen zeigen (NICE 2024, bpac^{NZ}/NICE 2018).

Diagnostik – Erhebung der Vitalparameter

Zu den Vitalparametern, die gemäß Leitlinienempfehlungen in der Diagnostik einer Sepsis notwendig, regelhaft und wiederholt zu erheben sind, gehören die Herzfrequenz, der Blutdruck, die Sauerstoffsättigung, der Bewusstseinszustand der Patientinnen und Patienten, die Atemfrequenz sowie die Körpertemperatur (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, Brunkhorst et al. 2018). Außerdem sind einzelne auffällige Vitalparameter wie die Körpertemperatur, der Blutdruck oder die Herzfrequenz allein nicht ausreichend für die Diagnosestellung einer Sepsis, sondern sollten im Zusammenhang und in die Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten, z. B. zum Zustand nach einer Operation, eingeordnet werden (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024).

Diagnostik – Fokusidentifizierung

Im Rahmen der standardisierten Prozessabläufe sollte laut Leitlinien Teil der Diagnostik auch die Fokusidentifizierung sein (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021). Durch die schnelle und gezielte Suche nach einem sanierbaren Fokus soll ggf. eine operative bzw. interventionelle Fokussanierung so zeitnah wie möglich erfolgen (SCCM 2021, Brunkhorst et al. 2018). Verstärkte Rötung, Nässen oder Ausfluss an einer Operationsstelle sowie Aufbrechen einer Wunde können unter anderem Anzeichen für eine mögliche Infektion sein (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). Weiterhin wird in den Leitlinien im Rahmen der Fokusidentifizierung auch auf die intravaskulären Zugänge als möglichen Ausgangspunkt für eine Sepsis oder septischen Schock hingewiesen (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021).

Diagnostik – Labordiagnostik

Im Rahmen des Prozesses der Diagnosestellung einer Sepsis empfehlen ausländische Leitlinien konkret zu untersuchende Laborparameter (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, McGill et al. 2016). Diese sind ein großes Blutbild, eine venöse Blutgasanalyse inklusive Glukose und Laktat sowie C-reaktives Protein, Harnstoff, Elektrolyte, Kreatinin und der Gerinnungsstatus. Im Falle des Verdachts auf eine Meningokokken-Sepsis empfehlen McGill et al. (2016) außerdem die Durchführung eines Leberfunktionstests.

Diagnostik – Abnahme von Probematerialien / Mikrobiologie

Im Rahmen des Prozesses der Diagnosestellung einer Sepsis empfehlen Leitlinien, dass regelhaft geeignete Materialien für die mikrobiologische Diagnostik (einschließlich Blutkulturen) vor Beginn der antimikrobiellen Therapie entnommen werden (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021), da es sonst aufgrund der Gabe des antimikrobiellen Wirkstoffs zu einer Inaktivierung von Mikroorganismen kommt (Brunkhorst et al. 2018). Der Prozess sollte so ausgestaltet sein, dass es zu keiner wesentlichen Verzögerung in Bezug auf den Beginn der antimikrobiellen Therapie kommt (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021). Geeignete Materialien für die mikrobiologische Diagnostik sollen aus allen Lokalisationen abgenommen werden, die als potenzieller Fokus infrage kommen, z. B. Blutkulturen, Liquor, Urin, Wund- und Atemwegssekrete und andere Körperflüssigkeiten (Brunkhorst et al. 2018).

Therapie – Beginn der antiinfektiven Therapie

Zu Beginn der Therapie empfiehlt es sich, nach der Diagnosestellung der Sepsis mit einer intravenösen antiinfektiven Therapie zu beginnen. Dies sollte idealerweise innerhalb einer Stunde geschehen (Brunkhorst et al. 2018, SCCM 2021, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024).

Therapie – Initiale hämodynamische Stabilisierung (Volumentherapie)

Im Rahmen des Prozesses der Therapie wird in Leitlinien eine möglichst frühzeitige Einleitung der Volumentherapie zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten mit bestimmten Indikationen empfohlen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). bpac^{NZ}/NICE (2018) und NICE (2024) empfehlen stationär bei einem Verdacht auf eine Sepsis und dem Vorliegen von Risikofaktoren die Gabe von Volumen innerhalb einer Stunde. SCCM (2021) und Brunkhorst et al. (2018) nennen hingegen ein Zeitfenster von maximal drei Stunden, in dem die Einleitung der Volumentherapie erfolgen sollte.

Nachsorge – Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung

Im Rahmen der Nachsorge liegen Empfehlungen für alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis vor, die Diagnose der Sepsis für die nachsorgenden Leistungserbringer explizit und prominent in den Entlassdokumenten zu dokumentieren (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024).

Einbezug von Konsilen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die nahtlos und ohne Zeitverluste erfolgen sollte, wird unter anderem als notwendig beschrieben, um je nach Infektionsherd oder Patientenkollektiv entsprechende Fachexpertinnen und Fachexperten in die Behandlung einzubeziehen, beispielsweise im Rahmen eines Konsils (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). Hierbei betonen einige Leitlinien explizit auch die Notwendigkeit der Einbeziehung von klinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten im Kontext des Erkrankungsbildes (bpac^{NZ}/NICE 2018, NCC-C 2020, NICE 2024).

Literatur

In der qualitativen Untersuchung von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) sieht das Personal von Notaufnahmen/Rettungsstellen, Normalstationen, Intermediate-Care- und Intensivstationen Schwierigkeiten in den Prozessen sowie bei der interdisziplinären Zusammenarbeit für die Früherkennung und das zeitnahe Management der Sepsis. Als ein Lösungsansatz hierfür wurde das Einführen von Standardvorgehensweisen (Standard Operating Procedure, SOP) für die Behandlung von Sepsis genannt. Solche SOP sind nach einer Online-Befragung von 76 deutschen Universitätskliniken laut Keppler et al. (2018) in 76,7 % der teilnehmenden Intensivstationen vorhanden, wovon 55 % auf der Sepsis-3-Definition beruhen. In den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Pflegefachkräften sowie Ärztinnen

und Ärzten betonten die Fokusgruppenteilnehmenden, dass die Prozessabläufe in der Notaufnahme/Rettungsstelle nicht optimiert seien und es daher zu Zeitverlusten komme. Auch fehle es laut Fokusgruppen an Standards, die eine schnelle Zusammenführung der Fachabteilungen in der Therapie der Patientinnen und Patienten gewährleisten (IQTIG 2019).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602606
Bezeichnung	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
Indikatortyp	Strukturqualität
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logische Bedingung
Referenzbereich 2026	= 1
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die nicht im gesamten Erfassungsjahr eine SOP gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators vorlegen können (Indikatorergebnis = 0 (Bedingung nicht erfüllt)).
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Krankenhausstandort, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt **Nenner** Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit
Erläuterung der Rechenregel	Der Indikator hat eine Anforderung, die vom Krankenhaus erfüllt sein muss, um das Qualitätsziel des Indikators zu erreichen und nicht rechnerisch auffällig zu werden.
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

602607: Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Qualitätsziel	Jährliche Schulungen des medizinischen Personals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Hintergrund

Leitlinien

Die ausländischen Leitlinien bpac^{NZ}/NICE (2018) und NICE (2024) weisen auf die Notwendigkeit von Schulungen zur Wissensvermittlung im Erkennen von Risikogruppen hin, die gefährdet sind, eine Sepsis zu entwickeln sowie zur Behandlung dieser. Leistungserbringer, die an der Triagierung und dem Frühmanagement von Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Rahmen der Notfallversorgung beteiligt sind, sollten in Schulungen trainiert werden, die Risikoeinstufung vorzunehmen und entsprechende Behandlungspfade ihres Krankenhauses zur Eskalation im Fall einer Sepsis zu verwenden. Hierzu gehört auch die Kenntnis über die notwendig einzuleitenden Therapiemaßnahmen (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024). Das Bewusstsein für und die Kenntnis möglicher Symptome und Veränderungen, die auf die Entwicklung einer Sepsis hinweisen können, sind für die an der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligten Leistungserbringer wichtig, um frühzeitig reagieren zu können. Als zu vermittelnde Schulungsinhalte können somit aus den Empfehlungen der Leitlinien die Kenntnis von allgemeinen Symptomen für ein erhöhtes Risiko einer Sepsis, das Wissen von gefährdeten Patienten-Gruppen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung von Infektionen und damit auch eine Sepsis haben sowie deren Symptome, herausgearbeitet werden (bpac^{NZ}/NICE 2018, NICE 2024, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020). Auf die Bedeutung von spezifischen, auf die jeweilige Patientengruppen zugeschnittenen Schulungen wird auch in den Leitlinien zur Meningokokken-Sepsis, neutropenischer Sepsis sowie Sepsis bei Schwangeren hingewiesen (SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 2020, McGill et al. 2016, NCC-C 2020). Die Schulungsinhalte wurden in Anlehnung an bpac^{NZ}/NICE (2018), NICE (2024), NCC-C (2020), McGill et al. (2016) sowie SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020) definiert.

Richtlinie

Die Kriterien zur personellen Ausstattung erfolgen entlang den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)[3] des Gemeinsamen Bundesauschusses.

Literatur

Morr et al. (2017) zeigte in der Studie, dass bei nur 41 % der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Sepsis auch der Begriff „Sepsis“ verwendet wurde. In der Studie von Scheer et al. (2017) wurden im

Rahmen einer Qualitätsverbesserungsinitiative auf den Intensivstationen eines deutschen Universitätskrankenhauses regelmäßige Schulungen als Bestandteil von Maßnahmenbündel bei pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitenden durchgeführt. Geschult wurde unter anderem zu Themen wie Diagnostik und Therapie von Sepsis. Es konnte gezeigt werden, dass sich die 90-Tage-Mortalität von 64,2 % in den Jahren 2006/2007 auf 45,0 % in den Jahren 2012/2013 vermindert hatte. In der qualitativen Untersuchung von Matthaeus-Kraemer et al. (2016) nannten vier von fünf Fokusgruppen u. a. ein zusätzliches Training sowie Fortbildungen für Pflegekräfte und ärztliches Personal als mögliche Lösungsansätze für das Problem der fehlenden Kenntnisse zur Früherkennung und Therapie der Sepsis. Auch die durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten stellen die Bedeutung und gleichzeitig auch das Defizit einer Nicht-Erkennung oder unzureichenden Interpretation von Symptomen und deren Einordnung in die Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten, gerade durch unerfahrenes Personal, heraus (IQTIG 2019).

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname

Eigenschaften und Berechnung

ID	602607
Bezeichnung	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
Indikatortyp	Strukturqualität
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 80 %
Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 80 % ihres medizinischen Personals gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators geschult haben (die Schulungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis von Personenzahl der geschulten Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals zur Anzahl der Vollkräfte derselben).
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben **Nenner** Anzahl der Vollkräfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

Abele-Horn, M; de With, K; Seifert, J; Eckmanns, T; Schmidt, N; Fellhauer, M; et al. (2020): Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivaverordnung in Krankenhäusern. Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut mit Beratung durch Fachgesellschaften. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 63(6): 749-760. DOI: 10.1007/s00103-020-03152-5.

bpacNZ [Best Practice Advocacy Centre New Zealand]; NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Sepsis: recognition, diagnosis and early management [Guideline]. [Stand:] June 2018. Dunedin, NZ-OTA: bpacNZ. ISBN: 978-0-473-43901-9. URL: https://bpac.org.nz/guidelines/4/docs/Sepsis.pdf (abgerufen am: 31.10.2024). [ungültig].

Brunkhorst, FM; Weigand, M; Pletz, M; Gastmeier, P; Lemmen, SW; Meier-Hellmann, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Langversion 3.1 – 2018. [Stand:] Dezember 2018. Jena [u. a.]: DSG [Deutsche Sepsis Gesellschaft] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001l_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (abgerufen am: 08.11.2024). [ungültig, derzeit in Überarbeitung].

CDC [Centers for Disease Control and Prevention] ([2018]): Central Venous Catheter: Observation. [Atlanta, US-GA]: CDC. URL: https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/central-venous-catheter-observation-p.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/QUOTS/Central-Venous-Catheter-Observation-P.pdf (abgerufen am: 01.11.2024).

de With, K; Wilke, K; Kern, WV; Strauß, R; Kramme, E; Friedrichs, A; et al. (2018): AWMF-Registernummer 092-001. S3-Leitlinie: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus [Langfassung]. Update 2018. Erstveröffentlichung: Dezember 2013, Überarbeitung: Januar 2019. Köln [u. a.]: DGI [Deutsche Gesellschaft für Infektiologie] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/092-001l_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2020-02-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 08.11.2024). [ungültig, derzeit in Überarbeitung].

Diallo, K; Kern, WV; de With, K; Luc, A; Thilly, N; Pulcini, C (2018): Management of bloodstream infections by infection specialists in France and Germany: a cross-sectional survey. Infection 46(3): 333-339. DOI: 10.1007/s15010-018-1122-8.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Konzeptstudie. Stand: 13.12.2019 Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/2019-12-13_IQTIG_QS-Verfahren-Sepsis_Konzeptstudie_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 31.10.2024).

Keppler, U; Schmoch, T; Siegler, BH; Weigand, MA; Uhle, F (2018): Implementation of the Sepsis-3 definition in German university intensive care units. A Survey. Der Anaesthesist 67(9): 647-653. DOI: 10.1007/s00101-018-0465-y.

KRINKO [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut] (2017): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen. Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60(2): 171-206. DOI: 10.1007/s00103-016-2487-4.

Matthaeus-Kraemer, CT; Thomas-Rueddel, DO; Schwarzkopf, D; Rueddel, H; Poidinger, B; Reinhart, K; et al. (2016): Crossing the handover chasm: Clinicians' perceptions of barriers to the early detection and timely management of severe sepsis and septic shock. Journal of Critical Care 36: 85-91. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.06.034.

McGill, F; Heyderman, RS; Michael, BD; Defres, S; Beeching, NJ; Borrow, R; et al. (2016): The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults. Journal of Infection 72(4): 405-438. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.01.007. [ungültig, da Leitlinie älter als 5 Jahre].

Morr, M; Lukasz, A; Rübig, E; Pavenstädt, H; Kümpers, P (2017): Sepsis recognition in the emergency department – impact on quality of care and outcome? BMC: Emergency Medicine 17:11. DOI: 10.1186/s12873-017-0122-9.

NCC-C [National Collaborating Centre for Cancer] (2020): NICE Clinical Guideline CG151. Neutropenic sepsis: prevention and management in people with cancer [Guidance]. Published date: September

2012, last reviewed: January 2020. London, GB: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. ISBN: 978-1-4731-3669-4. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg151/resources/neutropenic-sepsis-prevention-and-management-in-people-with-cancer-pdf-35109626262469 (abgerufen am: 01.11.2024).

NICE [National Institute for Clinical Excellence] (2024): NICE Guideline NG51. Suspected sepsis: recognition, diagnosis and early management [Guidance]. Published date: July 2016, last updated: March 2024. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-5714-9. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng51/resources/suspected-sepsis-recognition-diagnosis-and-early-management-pdf-1837508256709 (abgerufen am: 07.11.2024).

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice (2020): South Australian Perinatal Practice Guideline. Sepsis in Pregnancy. Version 3.1. First Published: 20.11.2012. Reviewed and minor update: 01.03.2017. Last updated: 02.06.2020. (Public-I3-A2). [Adelaide, AU-SA]: SA Health [Government of South Australia, Department of Health]. ISBN: 978-1-74243-502-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/31b0af004eeddd9eb4c6b76a7ac0d6e4/Sepsis+in+Pregnancy_PPG_v3_1.pdf (abgerufen am: 08.09.2020).

SCCM [Society of Critical Care Medicine] (2021): Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021. Published: 04.10.2021. Mount Prospect, US-IL: SCCM. URL: https://www.sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/surviving-sepsis-guidelines-2021 (abgerufen am: 07.11.2024).

Scheer, CS; Fuchs, C; Kuhn, S-O; Vollmer, M; Rehberg, S; Friesecke, S; et al. (2017): Quality Improvement Initiative for Severe Sepsis and Septic Shock Reduces 90-Day Mortality: A 7.5-Year Observational Study. Critical Care Medicine 45(2): 241-252. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002069.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org
iqtig.org