

# Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen

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

**Erfassungsjahr 2026**

## 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)-assoziiierter 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 krankenhaushintern 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 Bundesausschusses. 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](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

<b>ID</b>	602604
<b>Bezeichnung</b>	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
<b>Indikatortyp</b>	Strukturqualität
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Auswertungsjahr</b>	2027
<b>Erfassungsjahr</b>	2026
<b>Berichtszeitraum</b>	Q1/2026 – Q4/2026
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Berechnungsart</b>	Logische Bedingung
<b>Referenzbereich 2026</b>	= 1
<b>Referenzbereich 2025</b>	-
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2026</b>	Rechnerisch auffällig sind die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr kein multimodales Infektionsprogramm gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators durchgeführt haben (Indikatorergebnis = 0 (Bedingung nicht erfüllt)).
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>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</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Unteranforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol>

	<p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger zur Anzahl der Vollkräfte derselben).</p> <p>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.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	-
<b>Nenner (Formel)</b>	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	



## 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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/NICE 2018, NICE 2024) ergänzen. So kann zusätzlich sichergestellt werden, dass eine rationale, an die lokalen Gegebenheiten angepasste Antibiotika Anwendung erfolgt (bpac<sup>NZ</sup>/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 Bundesausschusses. 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 Response Syndrom (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 krankenhausesinterne 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](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

<b>ID</b>	602605
<b>Bezeichnung</b>	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
<b>Indikatortyp</b>	Strukturqualität
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Auswertungsjahr</b>	2027
<b>Erfassungsjahr</b>	2026
<b>Berichtszeitraum</b>	Q1/2026 – Q4/2026
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Berechnungsart</b>	Logische Bedingung
<b>Referenzbereich 2026</b>	= 1
<b>Referenzbereich 2025</b>	-
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2026</b>	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)).
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>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</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Unteranforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol>

	<p>2. Vorhalten eines ABS-Teams, das mindestens folgende Berufsgruppen umfasst:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie  ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie  ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt  (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: &lt;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.</p> <p>UND</p> <p>Hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker.</p> <p>3. Festlegung der beteiligten Berufsgruppen in einer Geschäftsordnung.</p> <p>4. Durchführung und Dokumentation von ABS-Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten. Die Anzahl der nachzuweisenden Visiten ist abhängig von der Gesamtbettenanzahl des Standorts: &lt;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.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	-
<b>Nenner (Formel)</b>	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	

## 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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/NICE 2018, NICE 2024). Bei der Diagnostik einer Sepsis ist unter anderem auch das klinische Erscheinungsbild von Relevanz (bpac<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/NICE 2018, NICE 2024).

#### Diagnostik – Fokusidentifizierung

Im Rahmen der standardisierten Prozessabläufe sollte laut Leitlinien Teil der Diagnostik auch die Fokusidentifizierung sein (bpac<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/NICE 2018, NICE 2024). bpac<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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

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

<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	

## 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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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<sup>NZ</sup>/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 Bundesausschusses.

#### 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](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

<b>ID</b>	602607
<b>Bezeichnung</b>	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
<b>Indikatortyp</b>	Strukturqualität
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Auswertungsjahr</b>	2027
<b>Erfassungsjahr</b>	2026
<b>Berichtszeitraum</b>	Q1/2026 – Q4/2026
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2026</b>	≥ 80 %
<b>Referenzbereich 2025</b>	-
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2026</b>	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).
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl der Vollkräfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Personals</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	-
<b>Nenner (Formel)</b>	-



<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	

## 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/079-001\\_S3\\_Sepsis-Praeven-tion-Diagnose-Therapie-Nachsorge\\_2020-03\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praeven-tion-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](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/092-001\\_S3\\_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus\\_2020-02-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/092-001_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](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](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)

<b>Schlüssel: EntlGrund</b>	
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 BPfIV 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 BPfIV 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)