

Das neue QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis* (QS Sepsis)

Online-Informationsveranstaltung – LAG Hessen

27. Januar 2026

Agenda

Hintergrund

- Eckpunkte und Verfahrensablauf zum Verfahren *QS Sepsis*

Fallauslösung

- Auswahl der relevanten Behandlungsfälle durch den QS-Filter

Indikatoren und Kennzahlen

- Qualitätsanforderungen an die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität
- Besonderheiten in der QS-Dokumentation

Weiterführende Informationen

- Datenübermittlung und Übergangsregelung
- Links zu Dokumenten und Beschlüssen

Hintergrund

Eckpunkte und Verfahrensablauf zum Verfahren *QS Sepsis*

Fall- und Sterblichkeitszahlen zur Sepsis



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Verfahren QS Sepsis gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 18. Dezember 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 auf der Grundlage von Teil 2: Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die Spezifikation zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nach Maßgabe der Empfehlungen des IQTIG für das Erfassungsjahr 2026 zum Verfahren QS Sepsis (**Anlage 1** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 zum QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis* – Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation nach DeQS-RL – Dokumente“ und **Anlage 2** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026 zum QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis* – Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation nach DeQS-RL – Erläuterung“) beschlossen.

Inzidenz

→ ca. 230.000 Fälle/Jahr

→ davon ca. 50.000 Fälle mit septischem Schock (IQTIG 2022)

Krankenhaussterblichkeit

→ ca. 30 % bei Sepsis

→ ca. 60 % bei septischem Schock (IQTIG 2022)



Integration als Verfahren
Nr. 20 in die DeQS-RL

Eckpunkte des QS-Verfahrens *Diagnostik und Therapie der Sepsis*



Leistungserbringer

- Stationäres QS-Verfahren (länderbezogen)
- Dokumentationspflicht pro Standort mit mind. 1 Sepsisfall pro Jahr
- Ausschluss von Fachkrankenhäusern, die i. d. R. keine (erwachsenen) Sepsis-patient*innen behandeln



Erfassungsinstrumente / Datenquellen

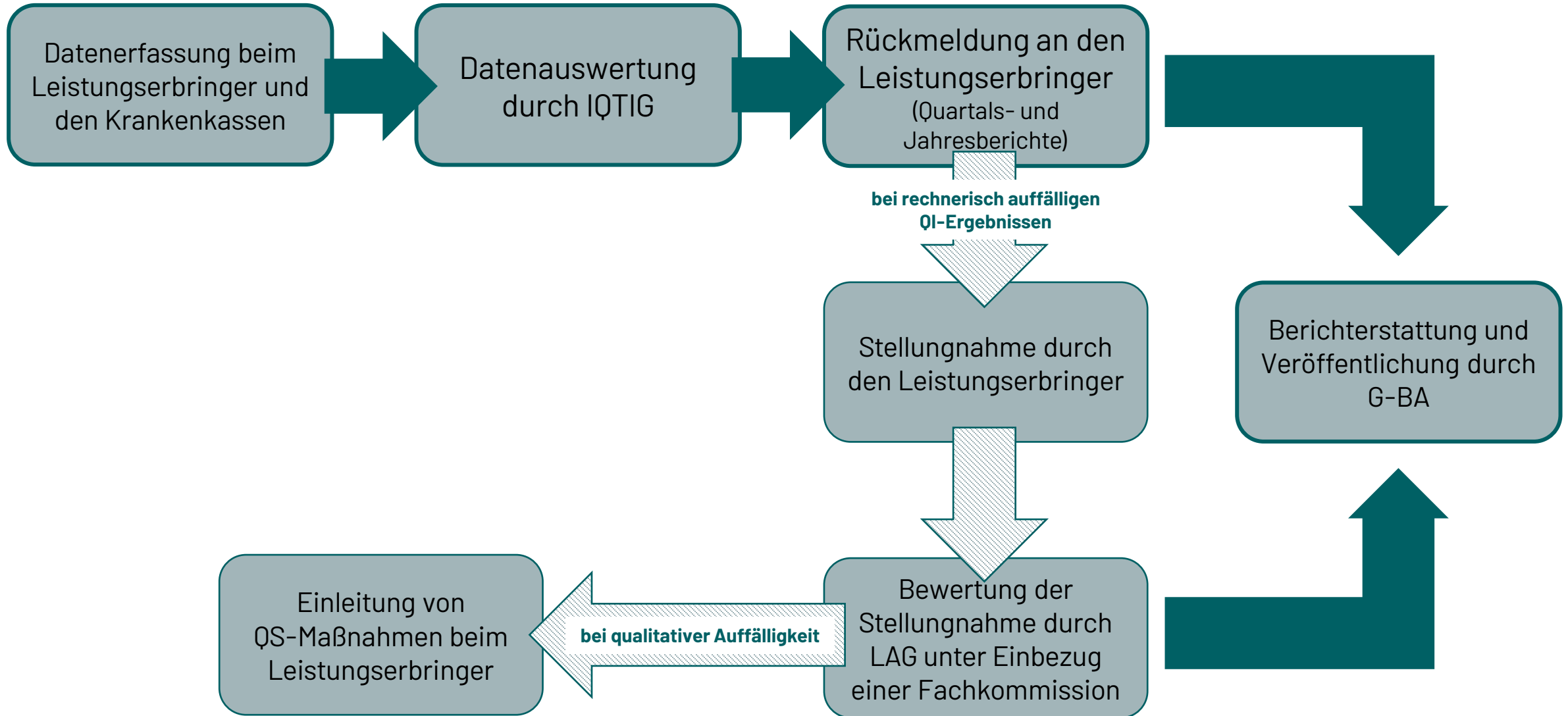
- Fallbezogene QS-Dokumentation (SEP)
- Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (SEPE)
- Sozialdaten bei den Krankenkassen (SEPS)



Ziele des Verfahrens

- Verbesserung der Ergebnisqualität (u. a. Mortalität und Morbidität)
- Verbesserung des Erkennens, der Diagnostik und anti-infektiven Therapie der Sepsis
- Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis

Ablauf des QS-Verfahrens gemäß DeQS-RL

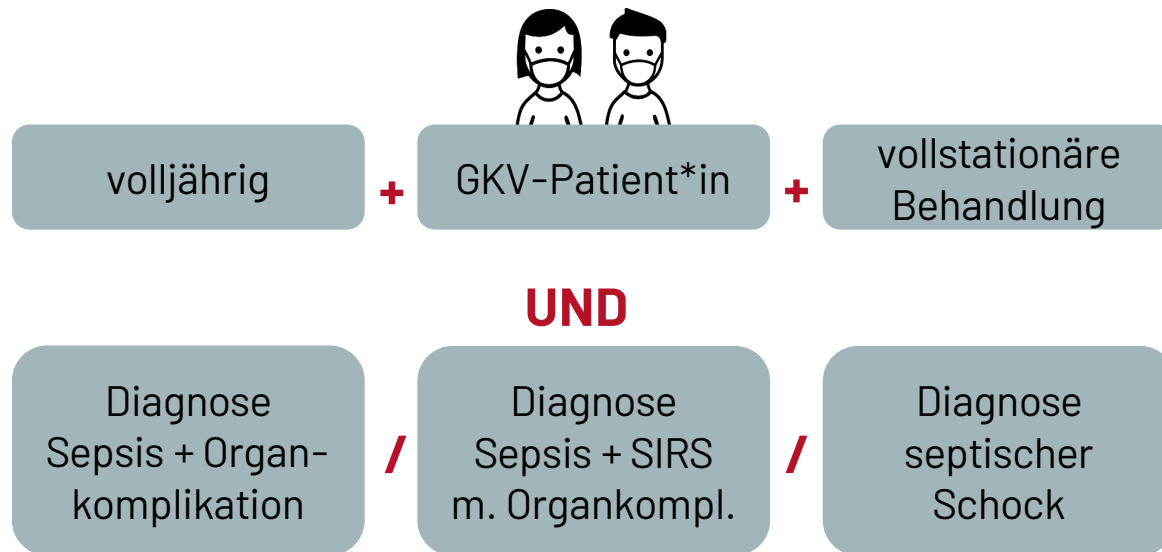


Fallauslösung:

Auswahl der relevanten Behandlungsfälle durch den QS-Filter

QS-Filter: Einbezug von Behandlungsfällen im QS-Verfahren

Kriterien zum Einbezug von Behandlungsfällen



Ausschlussbedingungen

- Ausschluss von Behandlungsfällen
 - mit Palliativbehandlung über OPS und Fachabteilungsschlüssel
 - mit Entlassungsgrund „11: Verlegung in ein Hospiz“
 - mit Entlassung aus bestimmten Fachabteilungen über Schlüssel 6 gemäß § 301 SGB V (z.B. Psychiatrie, Pädiatrie, Augenheilkunde)

Ausschluss von Fachabteilungen und Schwerpunkten

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin / Tumorforschung
0410	Nephrologie / Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie / Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie / Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie / Schwerpunkt Pädiatrie
0610	Endokrinologie / Schwerpunkt Pädiatrie
0710	Gastroenterologie / Schwerpunkt Pädiatrie
0910	Rheumatologie / Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie (inkl. aller Schwerpunkte)
1100	Kinderkardiologie
1136	Kinderkardiologie / Schwerpunkt Intensivmedizin

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

Ausschluss von Fachabteilungen und Schwerpunkten

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3610	Intensivmedizin / Schwerpunkt Pädiatrie
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin
3759	Schmerztherapie/Tagesklinik
3760	Palliativmedizin Kinder

(Die ausführliche Liste der ausgeschlossenen Fachabteilungen
kann in der Anwenderinformation eingesehen werden)

Anwenderinformation



Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Sepsis (SEP)

Stand: 17. Dezember 2025 (Spezifikation 2026 V05)
Copyright © 2025 IQTIG

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

```
Alter >= 18
und
(Einschluss ICD aus der Liste SEPSIS_ICD_SEPTSCHOCK
oder
(mindestens eine Einschluss ICD aus der Liste SEPSIS_ICD
und
mindestens eine Einschluss ICD aus der Liste SEPSIS_ICD_SIRS)
oder
(mindestens eine Einschluss ICD aus der Liste SEPSIS_ICD
und
((mindestens eine Einschluss ICD aus der Liste SEPSIS_ICD_OD
oder
eine Einschluss OPS aus der Liste SEP_OPS_OD
oder
(eine Einschluss OPS aus der Liste SEP_OPS_OD_BEATMUNG
und
```

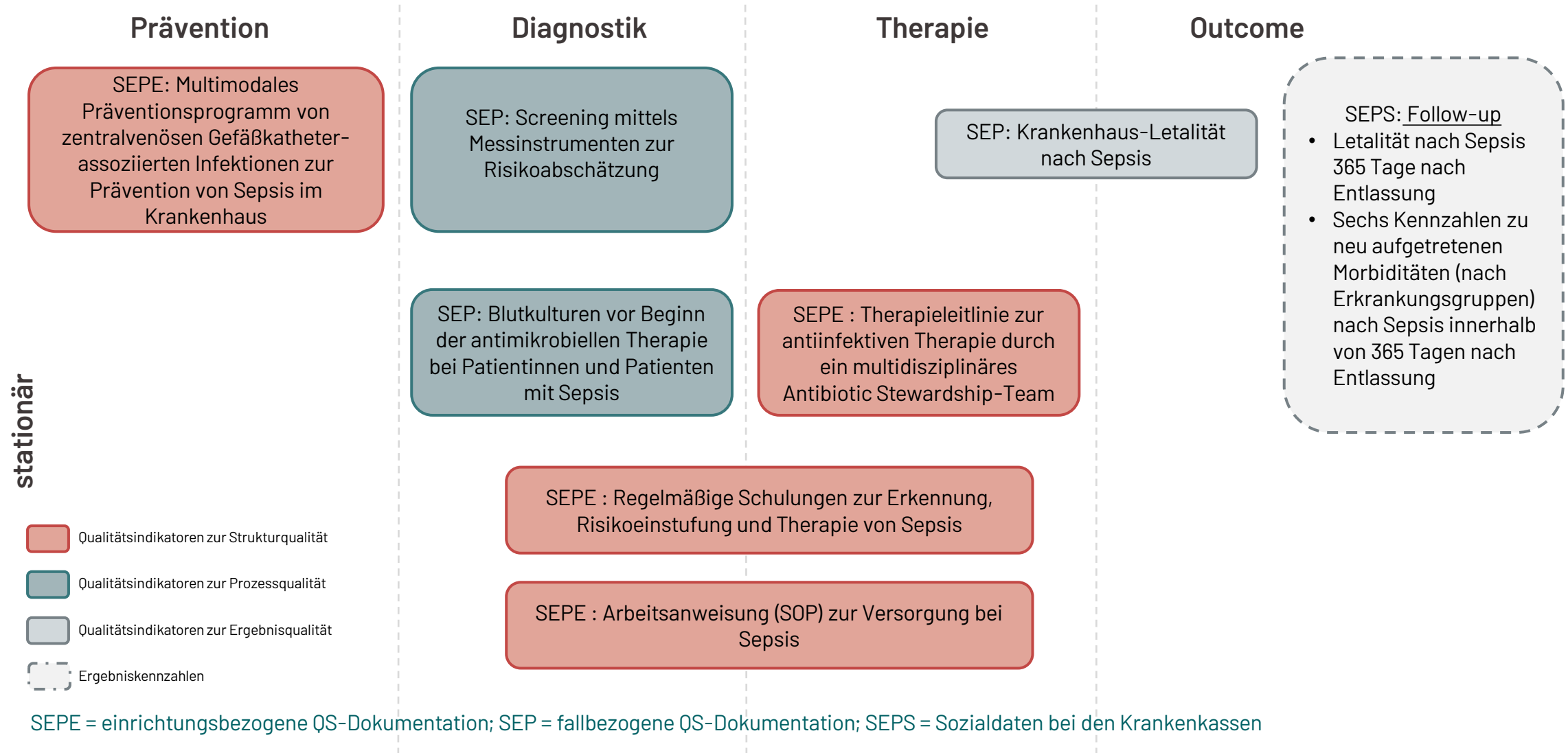
- In der Anwenderinformation ist der Algorithmus des QS-Filters dargestellt
- Die Listen der auslösenden ICD- und OPS-Kodes sowie ausgeschlossene Kodes (z. B. Fachabteilungsschlüssel) sind aufgeführt



Vollständige Anwenderinformation unter:
https://iqtig.org/downloads/erfassung/fdok/sj2026/v05/sep/Anwenderinformation_SEP.html

Indikatoren und Kennzahlen: Qualitätsanforderungen an die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität

Qualitätsindikatorenset Erfassungsjahr 2026



Qualitätsindikator zur Ergebnisqualität

Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Ergebnisanforderungen:

- Möglichst geringe Sepsis-Sterblichkeit innerhalb des stationären Aufenthaltes

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Dokumentation des Entlassungsgrundes
- Dokumentation der Entlassungsdiagnosen (ICD) sowie Operationen- und Prozeduren (OPS)
- Dokumentation, ob Fall zuverlegt worden ist
→ Berücksichtigung in der Risikoadjustierung

Beispiele für Datenfelder:

34	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
34	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt? ☐ 0 = nein 1 = ja
12.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de ☐ ☐ Schlüssel 1

Sozialdatenbasierte Qualitätskennzahlen

7 sozialdatenbasierte Qualitätskennzahlen mit Follow-up:

- Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
- Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
 - Orientiert an den Erkrankungsgruppen der SOFA-Klassifizierung

Berechnung:

- Verwendung der Daten gemäß § 301 SGB V (stationär) und § 295 a SGB V (ambulant)
- Versichertenstammdaten nach § 284 SGB V
- Risikoadjustierung der Kennzahlen erforderlich

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität

Qualitätsindikatoren:

Screening mittels
Messinstrumenten zur
Risikoabschätzung

Blutkulturen vor Beginn der
antimikrobiellen Therapie

Prozessanforderungen:

- Regelmäßige Screenings bei Verdacht auf eine Infektion, durch Anwendung von standardisierten Screening-Instrumenten (z. B. NEWS2, qSOFA) vor Diagnosestellung bzw. -bestätigung der Sepsis
- Blutkulturen zur Erregerbestimmung vor der Einleitung einer antibiotischen / antimykotischen Therapie

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Dokumentation von konkreten Datums- und Uhrzeitangaben:
 - Sepsisdiagnose
 - Screening
 - Blutkulturentnahme
 - Erste Antibiotika- / Antimykotikagabe
 - Eintreffen des Laborergebnisses

Besonderheiten in der Dokumentation: Fallbezogene Indikatoren

Screening-QI: Konkrete Datumsangaben und Screening-Scores

Beispiele für Datenfelder:

13.1-16	Diagnostik
13.1	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhaus TT.MM.JJJJ . .
20.1 >>>>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores TT.MM.JJJJ . .
21.1 >>>>>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA Auch einen Punktwert von 0 ggf. eintragen

Voraussetzungen beim Leistungserbringer:

- Dokumentation der Datumsangaben und des Screening-Scores
- Festlegung der Risikopopulation und Screening-Intervalle
- Auswahl eines validierten Screening-Tools

Besonderheiten in der Dokumentation: Fallbezogene Indikatoren

Blutkulturen-QI: Konkrete Datums- und Uhrzeitangaben

Beispiele für Datenfelder:

28.1 >>	Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist das Datum der früheren Therapieform anzugeben TT.MM.JJJJ 	30.1 >>>>	Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis TT.MM.JJJJ
28.2 >>	Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose Falls eine antibiotische UND antimykotische Behandlung stattgefunden hat, ist Uhrzeit der früheren Therapieform anzugeben hh:mm 	30.2 >>>>	Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis hh:mm

Voraussetzungen beim Leistungserbringer:

- Dokumentation der Datums- und Uhrzeitangaben
- Festlegung des Vorgehens zur Blutkulturentnahme (immer 2 BK-Sets)
- Klare Vorgaben für die Dokumentation z. B. in SOP regeln

Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität (I)

Qualitätsindikatoren:

Multimodales Präventionsprogramm von ZVK-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus

Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

Strukturanforderungen:

- Schulungen des Pflegefachpersonals zur Pflege von zentralen Venenkathetern (ZVK)
- Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte
- Schulungen der Ärzt*innen und des Pflegefachpersonals, sowie des weiteren Pflegepersonals zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie der Sepsis

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Ausschluss von Personal, das in bestimmten Fachabteilungen eingesetzt ist, die i.d.R. keine Patient*innen mit ZVK sowie (erwachsene) Sepsispatient*innen behandeln (z. B. Psychiatrie)

Besonderheiten in der Dokumentation: Einrichtungsbezogene Indikatoren

QI zur Prävention von ZVK-assoziierten Infektionen: Nachweis der Audits von ZVK

Beispiele für Datenfelder:

8 >>>>	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im ersten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	Audits
9 >>>>	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden	Audits

Auszug Ausfüllhinweis:

Anforderungen an Audits

Alle Audits zur Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten zentralen Venenkathetern (ZVK) in Krankenhausabteilungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten sind zu zählen; ausgenommen sind Audits in Fachabteilungen mit folgenden Schlüsseln (gemäß Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6). Zu beachten ist, dass die übergreifende Ausschlussliste des QS-Verfahrens für diese Anforderung erweitert ist.

- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0200 Geriatrie
 - 0224 Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 - 0260 Geriatrie/Tageklinik (für teilstationäre

Voraussetzungen beim Leistungserbringer:

- Dokumentation der Anzahl der durchgeführten Audits pro Halbjahr
- Dokumentation der Ergebnisse der Audits in Checkliste → Erarbeitung von Checklisten
- Einhaltung der Verantwortlichkeiten

Besonderheiten in der Dokumentation: Einrichtungsbezogene Indikatoren

QI zur Prävention von ZVK-assoziierten Infektionen und QI zu Schulungen: Personalangaben

Beispiele für Datenfelder:

ZVK-Schulungen:

3	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll □□□□, □□ Vollkräfte
5 >	Anzahl DIESER Pflegefachpersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat □□□□ Personen

Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung, Therapie der Sepsis:

45	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll □□□□, □□ Vollkräfte	46	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll □□□□, □□ Vollkräfte
47	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll □□□□, □□ Vollkräfte	48 >	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben □□□□□ Personen

Voraussetzungen beim Leistungserbringer:

- Dokumentation der Personalangaben
- Schulungsplan und -controlling einrichten
- Festlegung der Schulungsformate, inhaltliche Ausgestaltung, Verantwortlichkeiten beachten

Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität (II)

Qualitätsindikatoren:

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

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis

Strukturanforderungen:

- Vorliegen einer internen Leitlinie zum Umgang mit der antiinfektiven Therapie bei Sepsis
- Aufbau eines multidisziplinären ABS-Teams
- Durchführung von ABS-Visiten bei Sepsispatient*innen
- Vorliegen einer SOP zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Leitlinie bzw. SOP muss für bestimmte Fachabteilungen, die i.d.R. keine (erwachsenen) Sepsispatient*innen behandeln (z. B. Psychiatrie), nicht gelten

Besonderheiten in der Dokumentation: Einrichtungsbezogene Indikatoren

ABS-QI: Angabe der Bettenanzahl und Anzahl der ABS-Visiten

Beispiele für Datenfelder:

18 >>> Anzahl der Betten des Standorts gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an dem das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird Betten	29 >>> >>>> Wurden im Erfassungsjahr Antibiotic-Stewardship-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? ☐ 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 17 = 1 19 >>> Summe der Betten der Standorte gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an denen das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird Betten	wenn Feld 29 = 1 30 >>> >>>> Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden. Visiten

Voraussetzungen beim Leistungserbringer:

- Dokumentation der Anzahl der Betten des Standorts bzw. der Standorte, an denen das ABS-Team eingesetzt wird
- Dokumentation der Anzahl der ABS-Visiten
- Dokumentation der ABS-Visiten in einem Visitenprotokoll
- Einhaltung von Verantwortlichkeiten

Besonderheiten in der Dokumentation: Ausfüllhinweise

Beispiel Datenfelder aus dem ABS-QI:

29 >>> >>>>>	Wurden im Erfassungsjahr Antibiotic-Stewardship-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? ☐ 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 29 = 1	
30 >>> >>>>>	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden. Visiten



Auszüge aus den Ausfüllhinweisen:

Definition Antibiotic-Stewardship (ABS)-Visite:

ABS-Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Expertinnen und ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.

Falls eine Klinik für Infektiologie am Krankenhausstandort verfügbar ist, können infektiologische Konsile sowie infektiologische Visiten im Sinne der Anforderung als Alternative zur ABS-Visite gezählt werden.

Eine infektiologische Visite im Sinne dieses Datenfeldes ist eine bettseitige Visite, bei dem das Krankheitsbild der



Für die Dokumentation in den Datenfeldern müssen die Ausfüllhinweise berücksichtigt werden!

Anzahl der Betten des Standorts bzw. Summe der Betten der Standorte gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an denen das ABS-Team eingesetzt wird	Anzahl geforderter Visiten
< 150	12
150-299	25
300-599	50
600-899	100
900-1199	150
1200-1499	200
1500-1799	250
1800-2099	300
je 300 Betten	Zusätzlich 50 Visiten

Das Indikatorenset im Verfahren QS Sepsis

Titel	Referenzbereich	Erhebungs- instrument	Q-Dimension
Krankenhaus-Letalität nach Sepsis	O/E $\leq 2,0$ *	Fall-Doku	Ergebnis
Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung	≥ 90 %	Fall-Doku	Prozess
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie	≥ 95 %	Fall-Doku	Prozess
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	Mindest- anforderung (MA)	Einrichtung- Doku	Struktur
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	MA: ≥ 80 %	Einrichtung- Doku	Struktur
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic Stewardship Team	MA: Leitlinien, ABS-Team, Visiten	Einrichtung- Doku	Struktur
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen	MA: Schulung ≥ 80 %, Audits	Einrichtung- Doku	Struktur

* risikoadjustiert, ab 2027

Follow-up Kennzahlen (nicht-bewertet) im Verfahren QS Sepsis

Titel	Erhebungs- instrument	Q-Dimension
Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Atmungssystem	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Niere	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Kardiovaskuläres System	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Zentrales Nervensystem	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Posttraumatische Belastungsstörung	Sozialdaten	Ergebnis
Neu aufgetretene Morbiditäten nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung: Kognitive Funktionseinschränkung	Sozialdaten	Ergebnis

Weiterführende Informationen: Datenübermittlung und Übergangsregelung

Datenübermittlung im Verfahren QS Sepsis

- Datenübermittlungsfristen
 - Fallbezogene QS-Dokumentation vierteljährlich, z.B. für EJ 2026 Fristen: 15.05.2026, 15.08.2026 und 15.11.2026 sowie 28.02.2027
 - Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation einmal jährlich z. B. für EJ 2026 zum 28.02.2027
- Sollstatistik nur für die fallbezogene QS-Dokumentation nötig – keine gesonderte Sollstatistik für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

3-jährige Übergangsregelung

- Für die Neueinführung des QS-Verfahrens ist ab Verfahrensstart eine **dreijährige Übergangsregelung** vorgesehen (u. a. zur Weiterentwicklung der QS-Auslösung sowie zur Umsetzung der vorgegebenen Personal- und Strukturanforderungen)
- Ab 2026 **können Stellungnahmeverfahren** gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen durchgeführt werden
 - Maßnahmen der **Maßnahmenstufe 2** (u. a. Empfehlungen für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit) sollen während der Übergangsphase **keine reguläre Anwendung finden**
- Eine **einrichtungsbezogene Veröffentlichung** von Ergebnisdaten des ersten Erfassungsjahres (2026) ist **nicht vorgesehen**

Weiterführende Informationen zum QS-Verfahren Sepsis:

Verfahrensseite QS-Sepsis

(Spezifikation, Rechenregeln, FAQs,
Informationsschreiben, Entwicklungsberichte):



<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-sepsis/>

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

(Verfahren 20 – Diagnostik und Therapie der Sepsis)



<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt



verfahrensupport@iqtig.org



(030) 58 58 26 - 340

Literatur

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 26.01.2026).