



Neues QS-Verfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“

Was Krankenhäuser jetzt und ab 01.01.2026 tun müssen

Von Malte Raetzell

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung und führt häufig zu Organdysfunktionen mit hoher Sterblichkeit und Morbidität. In Deutschland erkranken jährlich zehntausende Menschen an einer Sepsis, viele davon mit tödlichem Ausgang oder dauerhaften Folgeschäden. Studien zeigen, dass die Erkennung, Therapie und Dokumentation von Sepsis bislang teilweise lückenhaft und uneinheitlich sind.

Das neue QS-Verfahren Sepsis soll diese Defizite adressieren und die Behandlungsqualität nachhaltig verbessern. Mit dem neuen QS-Verfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ab dem 1. Januar 2026 verbindliche Standards für die deutschen Krankenhäuser. Ziel ist es, die Prävention, frühzeitige Diagnostik und Behandlung der Sepsis flächendeckend zu verbessern und die Qualität der Versorgung messbar und vergleichbar zu machen.

Laut G-BA wird insbesondere das Erreichen der folgenden Ziele mit dem neuen QS-Verfahren beabsichtigt:

- Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität und Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
- Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
- Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
- Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
- Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen

Das QS-Verfahren umfasst sieben Qualitätsindikatoren und sieben Kennzahlen (► Tab. 1).

Das QS-Verfahren ist verpflichtend für alle Akutkrankenhäuser in Deutschland und gilt für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Sepsis nach

Die Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektionserkrankung und führt häufig zu Organdysfunktionen mit hoher Sterblichkeit und Morbidität. Mit dem neuen QS-Verfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ soll die Diagnostik und Therapie der Sepsis verbessert, messbar und vergleichbar gemacht werden. Hierzu wird ein kombiniertes Erhebungsverfahren aus jährlicher Strukturabfrage und quartalsweiser zu übermittelnder Einzelfallabfrage an Hand von acht Indikatoren ab dem 1.1.2026 eingesetzt. Inhaltlich kann das neue QS-Verfahren ein Meilenstein für die Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung der Sepsis werden. Allerdings kann dieses nur unter hohem Aufwand für Schulungen, Prozessmanagement, Standardisierungen und IT-Strukturen gelingen. Die Übergangsregelungen bis 2028 bieten die Chance, das Verfahren zu erproben und zu optimieren, bevor Sanktionen oder Veröffentlichungen greifen.

Keywords: Medizincontrolling, Qualitätssicherung, Patientenversorgung

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren
Fallbezogene Qualitätsindikatoren	
Einstufung des Sepsisrisikos	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
Outcomes	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
Einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren	
Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
Antinfektive Therapie der Sepsis	Therapieleitlinie zur antinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
Qualitätsaspekt	Kennzahl
Sozialdatenbasierte Kennzahlen	
Outcomes	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Tab. 1: Indikatoren und Kennzahlen des QS-Verfahrens „Diagnostik und Therapie der Sepsis“, Indikatorenset V2.1, Quelle: IQTIG

der Sepsis-3-Definition diagnostiziert wurde. Private Krankenversicherte sind zunächst nicht erfasst. Zum 30. Juni 2031 will der G-BA das Erreichen der Ziele sowie das Verfahren an sich bewerten.

Dieser Artikel beleuchtet, welche Handlungsweisen aktuell und insbesondere ab 2026 erforderlich sind, um die neuen Anforderungen zu erfüllen, und gibt Empfehlungen für die Umsetzung in der Praxis.

Dokumentationspflichten

Ab 01.01.2026 sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine fallbezogene QS-Dokumentation für jeden Sepsisfall zu führen sowie eine jährliche Einrichtungsbefragung zu übermitteln.

Die fallbezogene Dokumentation umfasst u. a. die folgenden Daten:

- Patienten- und Falldaten: Versicherungsart, Patienten-ID, Aufnahme-

und Entlassdaten, Diagnosen und Prozeduren

- Screening: Durchführung, verwendetes Instrument (z. B. qSOFA-, NEWS2-Score)

- Diagnostik: Zeitpunkt und Ergebnis der Blutkulturabnahme, Anzahl der Blutkulturen, Zeitpunkt der ersten Ergebnisübermittlung
- Therapie: Beginn und Art der antinfektiven Therapie, Beatmungstunden
- Verlauf: Letalitätsrisikofaktoren nach vorgegebener ICD- und OPS-Liste, Übernahme aus anderen Einrichtungen.

Die einrichtungsbezogene Dokumentation umfasst u. a. die folgenden Daten:

- Strukturelle Voraussetzungen: Vorhandensein und Aktualität von SOPs, Organisation des ABS-Teams
- Schulungsmanagement: Nachweis und Schulungsquote regelmäßiger Schulungen für das Personal
- Prozessorganisation: Verantwortlichkeiten, Überwachung der Kodierung und Datenlieferung
- Präventionsmaßnahmen: Umsetzung von Maßnahmen wie Kathetermanagement, Teilnahme an Audits etc.

Eine Zusammenfassung zeigt ► Tabelle 2.

Was ist jetzt zu tun?

Analyse der Ist-Situation:

- Erhebung und Analyse der aktuellen Sepsisfälle, insbesondere der Kodier- und Dokumentationsqualität
- Prüfung der bestehenden IT-Struktur hinsichtlich klinischer und QS-Dokumentationsanforderungen sowie etwaiger Schnittstellen
- Identifikation und Vorbereitung sowie Organisation des Schulungsbedarfs im ärztlichen und pflegerischen Bereich

Klärung und Organisation der fachlichen Schnittstellen:

- Abstimmung und Klärung der Verantwortlichkeiten aus Qualitätsmanagement, Medizincontrolling, IT, ärztlichem und pflegerischem Personal
- Organisation und Festlegung von Ver-

„Ab 01.01.2026 sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine fallbezogene QS-Dokumentation für jeden Sepsisfall zu führen sowie eine jährliche Einrichtungsbefragung zu übermitteln.“

Entwicklung bzw. Anpassung von SOPs:

- Erstellung oder Überarbeitung von SOPs für das Sepsisscreening, Diagnostik (Blutkulturen), Therapie (Antibiotikagabe, Volumentherapie) und Nachsorge

Was erfolgt ab 01.01.2026?

Verbindliche fallbezogene QS-Dokumentation

Jeder Sepsisfall muss ab dem 1. Januar 2026 nach definierten Kriterien dokumentiert werden. Dazu gehören u. a.:

- Durchgeführte Screenings und deren Ergebnisse
- Zeitpunkt der Sepsisdiagnose
- Zeitpunkt und Ergebnis der Blutkulturen
- Start und Art der antiinfektiven Therapie
- Beatmungstunden und weitere relevante Prozeduren
- Entlassdiagnosen und -gründe

Die Dokumentation muss vierteljährlich an die zuständigen Datenannah-

	fallbezogene Dokumentation	einrichtungsbezogene Dokumentation
Bezug	einzelner Sepsisfall	gesamte Einrichtung
Erhebungszeitpunkt	jeder Sepsisfall	jährlich
Inhalt	• Patienten- und Falldaten • Sepsis-Screening (Instrument, Score, Durchführung) • Diagnostik (z. B. Blutkulturen, Zeitpunkt, Ergebnis) • Therapie (Beginn, Art, Beatmungstunden) • Verlauf und Besonderheiten (z. B. Letalitätsrisikofaktoren, Übernahmen)	• Strukturelle Voraussetzungen (z. B. SOPs, ABS-Team) • Schulungsmanagement (z. B. Nachweise, Zugänglichkeit von Materialien) • Prozessorganisation (Verantwortlichkeiten, Überwachung) • Präventionsmaßnahmen, z. B. Kathetermanagement, interne Audits
Datenübermittlung	quartalsweise	jährlich

Tab. 2: Zusammenfassung der Dokumentation für das QS-Verfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“

Jahr 2027 für das Erfassungsjahr 2026 vorliegen. Bei auffälligen Qualitätsindikatoren kann ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden.

Hierzu richten die LAG QS der Länder Fachkommissionen ein. Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Kranken-

§ 17 Abs. 9 und 10 der DeQS-Richtlinie sind für diesen Zeitraum bis auf „Auffälligkeiten, die einen dringenden Handlungsbedarf erfordern“ ausgesetzt. Es gibt keine Veröffentlichungspflichten für das erste Erfassungsjahr.

Checkliste für die praktische Umsetzung

Prozesse und Verantwortlichkeiten definieren

- Screening: Festlegen, welche Patienten gescreent werden müssen, welches Instrument (z. B. qSOFA, NEWS2) genutzt wird, und wer für Durchführung, Überwachung und Dokumentation verantwortlich ist. Es müssen mindestens 90 Prozent der Sepsispatienten gescreent werden.
- Schulungen: Sicherstellen, dass mindestens 80 Prozent der Pflegekräfte jährlich geschult und die Nachweise dokumentiert werden
- ABS-Team: Prüfung und ggf. Aufbau oder Erweiterung eines multidisziplinären Teams zur Steuerung der antiinfektiven Therapie und Durchfüh-

„Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit Zusatzweiterbildungen in Intensivmedizin oder Infektiologie oder Krankenhaushygiene sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten.“

mestellen des jeweiligen Bundeslands übermittelt werden. Die Daten werden von dort an die Bundesauswertungsstelle beim IQTIG weitergeleitet.

häuser mit Zusatzweiterbildungen in Intensivmedizin oder Infektiologie oder Krankenhaushygiene sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Kran-

Einrichtungsbezogene Dokumentation

Hier werden jährlich strukturelle und organisatorische Voraussetzungen abgefragt, wie z. B.:

- Vorhandensein und Aktualität von SOPs
- Durchführung und Nachweis regelmäßiger Schulungen
- Zusammensetzung und Qualifikation des Antibiotic-Stewardship-(ABS)-Teams
- Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (z. B. Kathetermanagement)

Rückmeldungen und Stellungnahmeverfahren

Krankenhäuser erhalten vierteljährlich Rückmeldungen zu ihren Ergebnissen. Die ersten Auswertungen sollen im

kenkassen. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten.

Für die Jahre 2026 bis 2028 gilt eine Übergangsregelung: Sanktionen nach

„Für die Jahre 2026 bis 2028 gilt eine Übergangsregelung: Sanktionen nach § 17 Abs. 9 und 10 der DeQS-Richtlinie sind für diesen Zeitraum bis auf ‚Auffälligkeiten, die einen dringenden Handlungsbedarf erfordern‘ ausgesetzt. Es gibt keine Veröffentlichungspflichten für das erste Erfassungsjahr.“

rung von ABS-Visiten bei Sepsispatienten

IT prüfen und ggf. anpassen:

- Prüfung, ob die bestehende IT-Infrastruktur die automatisierte Übernahme möglichst vieler relevanter Daten

- in die QS-Dokumentation ermöglicht
- Ggf. Einführung von Schnittstellen und Tools zur Erleichterung der Datenerfassung und -übermittlung.

Dokumentation optimieren:

- Sicherstellung der korrekten Kodierung und Abbildung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren

SOPs und Checklisten implementieren:

- Entwicklung von SOPs für alle relevanten Prozesse (Screening, Diagnostik, Therapie, Nachsorge)

hensweise von der Notaufnahme bis zur Nachsorge hat das Potential das Outcome zu verbessern. Dieses haben Kliniken, wie z.B. die Universitätsmedizin Greifswald, in der Vergangenheit belegen können.

Dieses kann aber nur erreicht werden, wenn Prozesse konsequent analysiert, SOPs entwickelt und das Personal regelmäßig geschult wird. Nur so kann eine hohe Datenqualität und eine nachhaltige Verbesserung der Sepsisversorgung erreicht werden.

„Das neue QS-Verfahren Sepsis kann ein Meilenstein für die Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung werden. Die umfassende, interdisziplinäre und strukturierte Herangehensweise von der Notaufnahme bis zur Nachsorge hat das Potential das Outcome zu verbessern. Dieses haben Kliniken, wie z.B. die Universitätsmedizin Greifswald, in der Vergangenheit belegen können.“

- Bereitstellung von Checklisten und ggf. Kitteltaschenkarten für das Personal
- Regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der SOPs

Monitoring und kontinuierliche Verbesserung:

- Auswertung der vierteljährlichen Rückmeldungen zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen.
- Durchführung von internen Audits

Das Verfahren birgt aber auch Herausforderungen: Nahezu das gesamte klinische Personal muss regelmäßig geschult werden, was erhebliche Ressourcen bindet. Die geforderte Quote von 80 Prozent zu erreichen, dürfte in Zeiten hoher Personalfuktuation eine Schwierigkeit darstellen. Es ist zu hoffen, dass in Prüfungssituationen Sonderkonstellationen mit Augenmaß begegnet wird.

„Unterschiedliche Anwendungen der Kodierregeln (sowohl intern als auch im externen Vergleich) können zu Verzerrungen in der Bewertung führen. Einheitliche Standards sind unerlässlich, um zu verlässlichen Aussagen zu kommen. Die Erfassung der geforderten Daten ist umfangreich und erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege, IT, Medizincontrolling und Qualitätsmanagement.“

- Anpassung von Schulungen und Prozessen auf Basis der Auswertungsergebnisse

Diskussion

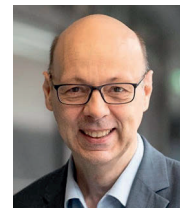
Das neue QS-Verfahren Sepsis kann ein Meilenstein für die Qualitätsverbesserung in der stationären Versorgung werden. Die umfassende, interdisziplinäre und strukturierte Herange-

hensweise von der Notaufnahme bis zur Nachsorge hat das Potential das Outcome zu verbessern. Dieses haben Kliniken, wie z.B. die Universitätsmedizin Greifswald, in der Vergangenheit belegen können. Dieses kann aber nur erreicht werden, wenn Prozesse konsequent analysiert, SOPs entwickelt und das Personal regelmäßig geschult wird. Nur so kann eine hohe Datenqualität und eine nachhaltige Verbesserung der Sepsisversorgung erreicht werden.

Des Weiteren werden nicht alle Krankenhäuser über eine ausgefeilte IT-Infrastruktur für eine weitgehend automatisierte Dokumentation verfügen. Zusätzliche Investitionen und Wartungskosten könnten in Zeiten ohnehin knapper Mittel erforderlich werden. Wünschenswert ist, dass die Mehraufwendungen für Personal und Infrastruktur in der Zukunft in der Vergütung berücksichtigt werden.

Die Übergangsregelungen bis 2028 bieten die Chance, das Verfahren zu erproben und zu optimieren, bevor Sanktionen oder Veröffentlichungen greifen. Entscheidend wird sein, dass die Krankenhäuser die Zeit nutzen, um ihre Strukturen, Prozesse und IT-Systeme fit für die Zukunft zu machen, um die Versorgung von Sepsispatienten, so noch nicht geschehen, nachhaltig zu verbessern. ■

Literatur beim Verfasser



Prof. Dr. med. Malte Raetzell, MaHM

Professor für Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen
Medical School Hamburg
Am Kaiser Kai 1
20457 Hamburg
malte.raetzell@medicalschoo-hamburg.de