

Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert

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

Erfassungsjahr 2027

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 2027

Datum der Abgabe 26.05.2026

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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	16
Eigenschaften und Berechnung	17
602608: Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	20
Hintergrund	20
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	21
Eigenschaften und Berechnung	22
602609: Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	25
Hintergrund	25
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	26
Eigenschaften und Berechnung	27
602610: Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	30
Hintergrund	30
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	31
Eigenschaften und Berechnung	32
602611: Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	35

Hintergrund	35
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	36
Eigenschaften und Berechnung	37
602612: Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	40
Hintergrund	40
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	41
Eigenschaften und Berechnung	42
602613: Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	45
Hintergrund	45
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	46
Eigenschaften und Berechnung	47
602614: Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	50
Hintergrund	50
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	51
Eigenschaften und Berechnung	52
Literatur	55
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	59
Anhang II: Listen	60
Anhang III: Vorberechnungen	61
Anhang IV: Funktionen	62
Impressum.....	63

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.

Ein wesentliches Ziel des QS-Verfahrens ist die Sterblichkeit sowie neu auftretende Morbiditäten von Patientinnen und Patienten mit Sepsis zu reduzieren. Dafür sollen die qualitätsrelevanten Aspekte in der stationären Sepsisbehandlung durch die QS-Instrumente der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie durch Sozialdaten bei den Krankenkassen gemessen und vergleichend dargestellt sowie im Rahmen von Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL bewertet werden.

Das Qualitätssicherungsverfahren beruht auf Indikatoren und Kennzahlen, 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 und Kennzahlen 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.

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 (DSG et al. 2025) und mehreren ausländischen Leitlinien (NICE 2024, 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 (McGill et al. 2016). Die deutsche S3-Leitlinie (DSG et al. 2025) empfiehlt kein konkretes Screening-Instrument, sondern verweist auf die Notwendigkeit regelmäßiger Screenings, um die Sepsis frühzeitig zu erkennen. Die S3-Leitlinie (DSG et al. 2025) sowie die SSC Guideline (SCCM 2021) nennen in ihren Manteltexten dazu häufig verwendete Sepsis-Screeninginstrumente, wie z. B. den qSOFA, den MEWS, NEWS oder NEWS2, wobei sich die SSC Guideline gegen die Verwendung des qSOFA als alleiniges Screeninginstrument im Vergleich zu den anderen genannten Instrumenten ausspricht. Auch McGill et al. (2016) nennen den NEWS als Screeninginstrument für ein frühzeitiges Assessment von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Meningitis oder Meningokokken-Sepsis. Auf Intensivstationen wird laut der deutschen S3-Leitlinie der „Sequential Organ Failure Assessment“ (SOFA)-Score verwendet. Dieser eignet sich aber aufgrund seines Aufwandes nicht für die Normalstation (DSG et al. 2025).

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 ($n = 55$ 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 2027 (Empfehlungen)

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	2028
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 - Q4/2027
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2026	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr weniger als 90 % der Fälle gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators gescreent haben.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung vorgesehen
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung der Sepsis im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde Nenner Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	-
Zähler (Formel)	-
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	
--	--

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 (NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025), da es sonst aufgrund der Gabe des antimikrobiellen Wirkstoffs zu einer Inaktivierung von Mikroorganismen kommt, wodurch die Blutkulturen nicht hinlänglich aussagekräftig sein könnten (DSG et al. 2025). Die Entnahme der Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie sollte allerdings nicht zur Verzögerung des Therapiebeginns führen (SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 empfohlen, dass die mikrobiologische Kulturen-Diagnostik immer mindestens zwei Blutkulturen-Sets umfassen sollte (DSG et al. 2025).

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 abgenommenen 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) zufolge 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 2027 (Empfehlungen)

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	2028
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2026	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bei weniger als 95 % der Fälle Blutkulturen gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators abgenommen haben.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
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. Bei Patientinnen und Patienten mit einem positiven Ergebnis muss ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegen. Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die keine antibiotische und keine antimykotische Therapie der Sepsis erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	-
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 2024). 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 (NICE 2024, McGill et al. 2016, SCCM 2021, Serpa Neto et al. 2019, DSG et al. 2025, NCC-C 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 174.544 Patientinnen und Patienten mit Sepsis 61.819 Patientinnen und Patienten (35,4 %) innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstarben.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	602602
Bezeichnung	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2028
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2027
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	≤ 2,00
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	Risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis aus der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von stationären verstorbenen Patientinnen und Patienten ≤ 2,0
Erläuterung zum Stellanahme-verfahren 2027	-
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 (ansteigend) Gewichtsverlust Organdysfunktionen der Leber Organdysfunktionen des zentralen Nervensystems Azidose Septischer Schock Pilzinfektion als Ursprung des Sepsiserregers Mechanische Beatmungspflichtigkeit Pulmonaler Bluthochdruck Erkrankungen des Lungenkreislaufs Aspirationspneumonie Zystische Fibrose Periphere Gefäßkrankheit Blutgerinnungsstörung Bösartige Neubildungen / Krebs / Tumor Krebsmetastasen Lymphom Leukämie Chronische Nierenkrankheit Stadium 4 und Stadium 5 Chronische Herzinsuffizienz / Herzinsuffizienz

	Herzinfarkt Herzrhythmusstörung Neurologische Erkrankungen Humane Immundefizienz-Viruskrankheit (HIV) Charlson-Comorbidity-Index Elixhauser-Comorbidity-Index Zeitlicher Bezug einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme Zuverlegung aus einem anderen Krankenhaus	
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602602	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602602	
Nenner (Formel)	E_602602	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602602
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602602
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602602
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602602
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602602
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen		-
Verwendete Listen		-
Darstellung		-
Grafik		-

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahme-verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie-rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver-wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri-sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach Ent-lassung verstorben sind Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Kran-kenhaus“ • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind

	E (expected)	
	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602608	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602608	
Nenner (Formel)	E_602608	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602608
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602608
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602608
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602608
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602608
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-

	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
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 Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine

	Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602609	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602609	
Nenner (Formel)	E_602609	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602609
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602609
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602609
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602609

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602609
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnosenliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnosenliste kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“

	O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602610	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602610	
Nenner (Formel)	E_602610	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602610
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602610
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602610
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602610
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen

		nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602610
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems ent- sprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Kran- kenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausauf- enthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine

	Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnose- liste kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen inner- halb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovasku- lären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoad- justiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602611	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602611	
Nenner (Formel)	E_602611	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602611
	Bezug zu QS-Ergebnis- sen	602611
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Ta- gen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602611
	Bezug zu QS-Ergebnis- sen	602611

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602611
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	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 Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine

	Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnose- liste kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen inner- halb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nerven- systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoad- justiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602612	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602612	
Nenner (Formel)	E_602612	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602612
	Bezug zu QS-Ergebnis- sen	602612
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Ta- gen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602612
	Bezug zu QS-Ergebnis- sen	602612

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602612
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt eine Posttraumatische Belastungsstö- rung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Kran- kenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausauf- enthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste

	kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602613	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602613	
Nenner (Formel)	E_602613	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602613
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602613
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602613
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602613

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risiko-adjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602613
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

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 2024). 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 (McGill et al. 2016, Serpa Neto et al. 2016, NCC-C 2020, NICE 2024, SCCM 2021, DSG et al. 2025). 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 (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

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	2030
Erfassungsjahr	2027
Berichtszeitraum	Q1/2027 – Q4/2028
Datenquelle	Sozialdaten
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2027	-
Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellanahme- verfahren 2027	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung ver- wendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Ri- sikomodell (nicht abschließend)	Alter Elixhauser-Comorbidity-Index Charlson-Comorbidity-Index
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist Nenner Alle Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss von Fällen • die innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme bereits einen stationären Aufenthalt gemäß QS-Filter gehabt haben (außer Zuverlegungen von Fällen gemäß QS-Filter aus einem anderen Krankenhaus) • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Verlegung in ein anderes Krankenhaus“ • bei denen im Quartal der Aufnahme des stationären Krankenhausaufenthalts gemäß QS-Filter und in den beiden Vorquartalen bereits eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der

	Diagnoseliste kodiert worden ist • mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „Tod“ O (observed) Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602614	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	-	
Zähler (Formel)	O_602614	
Nenner (Formel)	E_602614	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_602614
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602614
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_602614
	Bezug zu QS-Ergebnissen	602614

	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist, risikoadjustiert nach logistischem SEPSIS-FS-Score für ID 602614
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	-
	Zähler	-
	Nenner	-
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

Literatur

- 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.
- DSG [Deutsche Sepsis-Gesellschaft]; DGAi [Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin]; DGCH [Deutsche Gesellschaft für Chirurgie]; DGIIN [Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin]; DGEM [Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin]; DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie]; et al. (2025): AWMF-Registernummer 079-001. S3 Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025. Langfassung. Version 4.0. [Stand:] April 2025. Berlin: DSG. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/079-001_S3_Sepsis-Prävention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2025-07.pdf (abgerufen am: 29.07.2025).
- 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.200406-7630C.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 20.02.2025).
- 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.

Simon, A; Abele-Horn, M; Hamprecht, A; Herrmann, M; Kaasch, A; Link, A; et al. (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. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

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: 01.03.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

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: 01.03.2025).

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.

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. [Leitlinie wurde archiviert].

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. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

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.201307-1321OC.

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 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

iqtig.org