

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

Online-Informationsveranstaltung zum neuen QS-Verfahren

11. November 2025

Agenda

Hintergrund

- Entwicklung von QS-Verfahren durch das IQTIG
- Beauftragungen und Eckpunkte zum QS-Verfahren Sepsis

Fallauslösung

- Welche Behandlungsfälle sind für das QS-Verfahren relevant?

Indikatoren und Kennzahlen

- Welche Qualitätsanforderungen an die Ergebnisse, Prozesse und Strukturen werden gestellt?

Berichts- und Rückmeldewesen

- Wie werden die Ergebnisse des QS-Verfahrens berichtet?

Stellungnahme-verfahren

- Was geschieht bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen?

Ausblick

- Wie können sich Kliniken auf das neue QS-Verfahren vorbereiten?
- Aktuelles zum Verfahrensstart und weiterführende Informationen

Hintergrund:

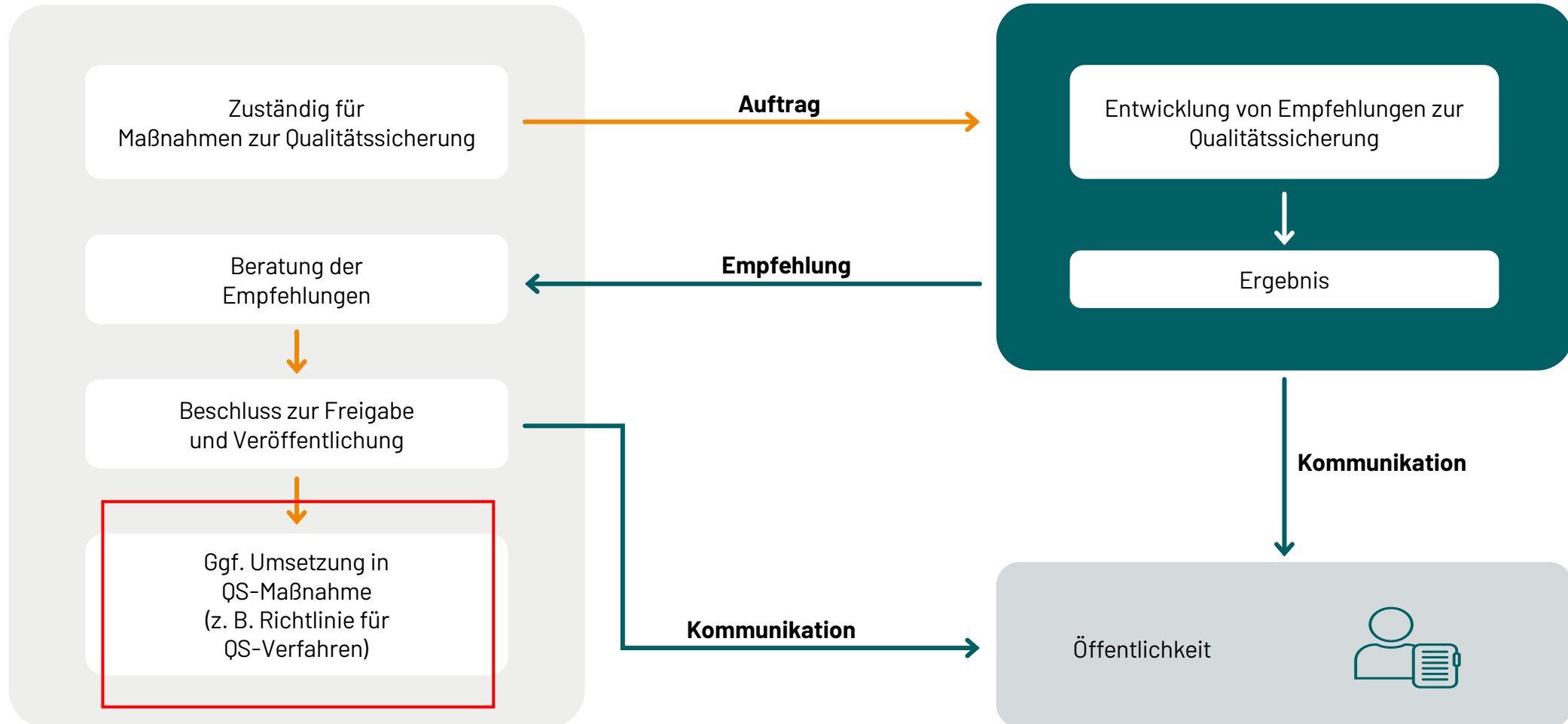
Entwicklung von QS-Verfahren durch das IQTIG

Ablauf der Entwicklung von QS-Verfahren



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

IQTIG



Hintergrund:

Beauftragungen und Eckpunkte zum QS-Verfahren Sepsis

Fall- und Sterblichkeitszahlen zur Sepsis

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)

Hintergrund und Beauftragungen des G-BA



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20:
Diagnostik und Therapie der Sepsis

Vom 19. Dezember 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2024 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Dem Teil 2 der Richtlinie wird folgendes Verfahren 20 angefügt:
„Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)“

2019

- G-BA Beauftragung zur Erstellung einer Konzeptstudie für ein QS-Verfahren Sepsis

2020

- G-BA Beauftragung zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren inkl. einer Machbarkeitsprüfung

2023

- G-BA Beauftragung zur Erstellung einer Spezifikation für das QS-Verfahren Sepsis

2024

- Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren *Diagnostik und Therapie der Sepsis*
- Integration in die Richtlinie zur datengestützten, einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)



Verfahrensstart:
1. Januar 2026

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

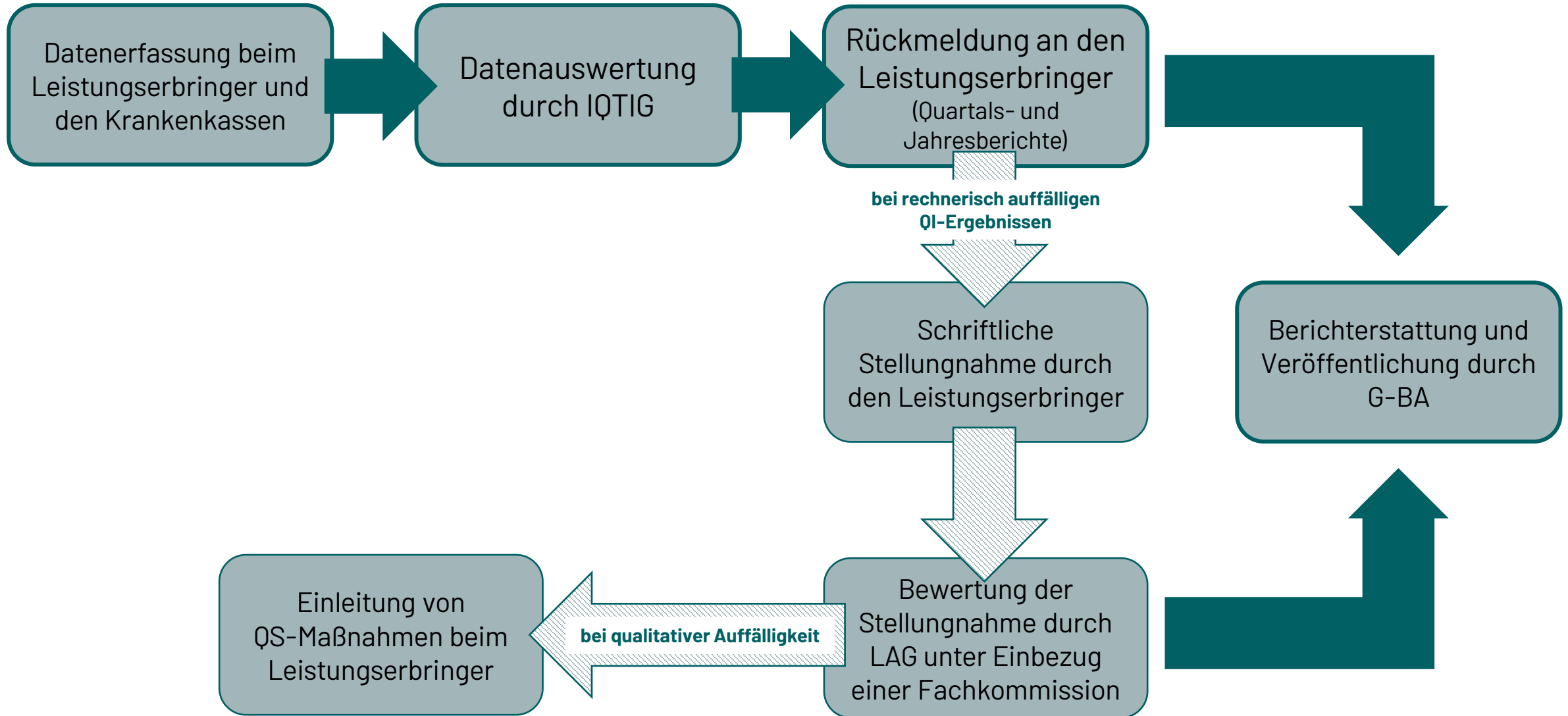
- Fallbezogene QS-Dokumentation (SEP)
- Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (SEPE)
- Sozialdaten bei den Krankenkassen (SEPS)



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

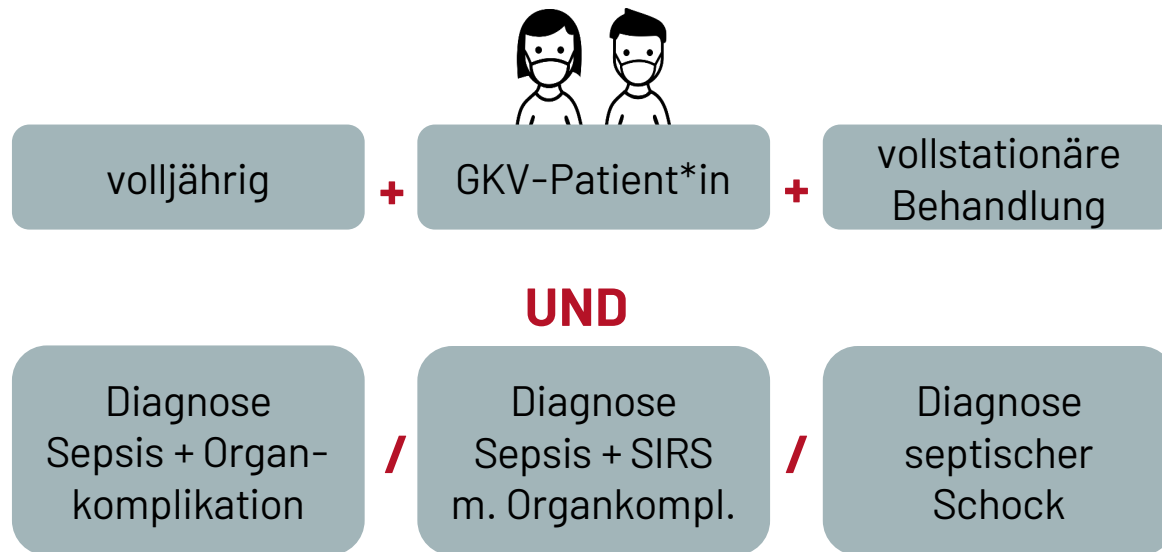


Fallauslösung:

Welche Behandlungsfälle sind für das QS-Verfahren relevant?

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

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 Ausschlussliste ist in ausführlicher Form unter § 2 Abs. 2 der Ergänzung der Themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren Sepsis zu entnehmen:

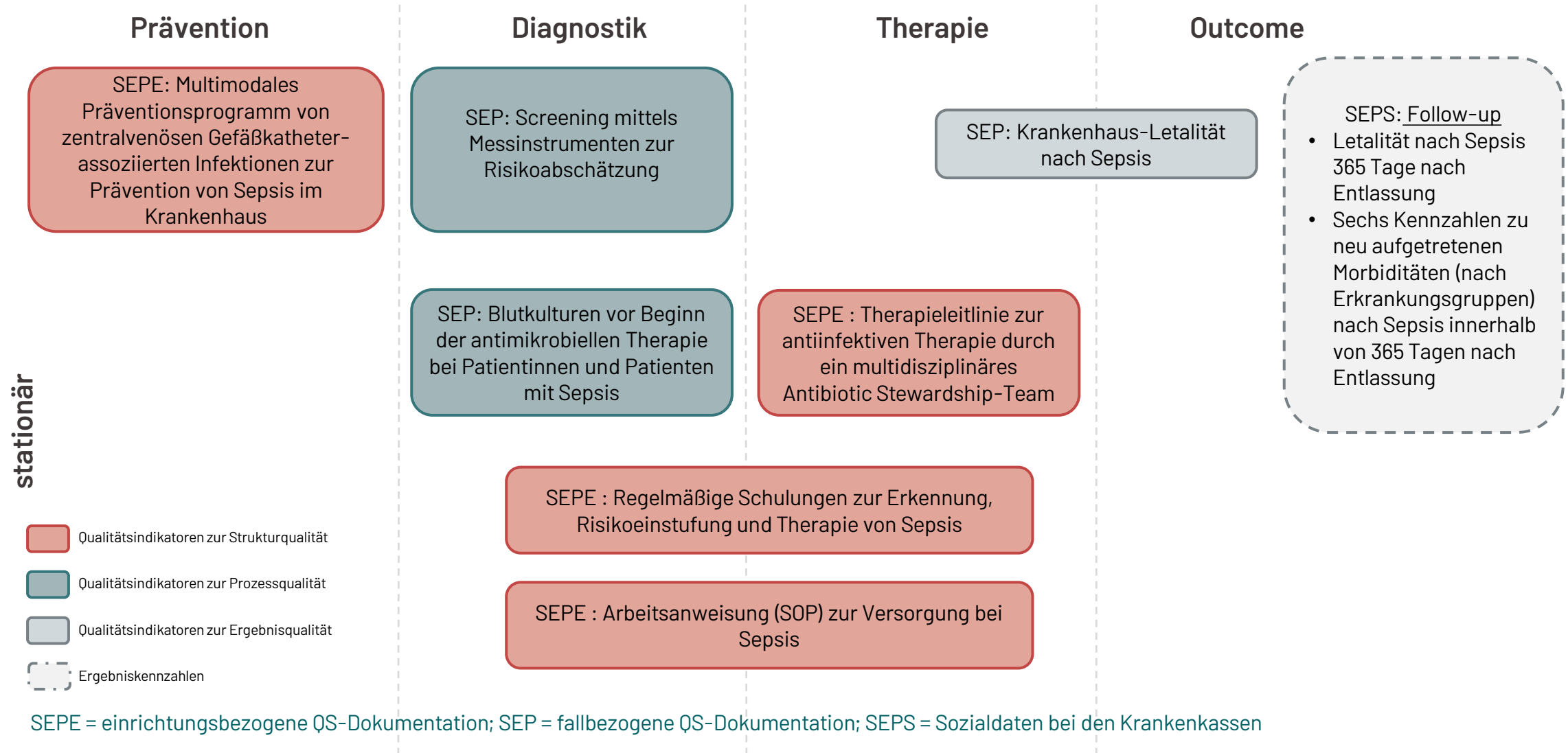


https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7337/2025-07-17_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-Sepsis.pdf

Indikatoren und Kennzahlen:

***Welche Qualitätsanforderungen an die Ergebnisse,
Prozesse und Strukturen werden gestellt?***

Qualitätsindikatorenset Erfassungsjahr 2026



Indikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität:

Welche Qualitätsanforderungen werden gestellt?

Ergebnisindikator im QS-Verfahren Sepsis

Qualitätsindikator:

Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Ergebnisanforderungen:

- Möglichst geringe Sepsis-Sterblichkeit innerhalb des stationären Aufenthaltes

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Fallbezogene QS-Dokumentation (pro QS-pflichtigen Behandlungsfall), automatisiert für jeden Fall aus den Abrechnungsdaten zu entnehmen
- Angabe des Entlassungsgrundes und der Entlassungsdiagnosen (ICD) sowie Operationen- und Prozeduren (OPS)
- Risikoadjustierung des Indikators

Qualitätsindikator zur Ergebnisqualität – Referenzbereich

Qualitätsindikator:

Krankenhaus-Letalität nach Sepsis



Referenzbereich: Im ersten Erfassungsjahr kein Referenzbereich, danach $O/E \leq 2,0$

d. h. Krankenhausstandorte, bei **denen mehr als doppelt so viele** der einbezogenen Behandlungsfälle während des Krankenhausaufenthaltes versterben wie erwartet, werden **rechnerisch auffällig**

O/E = Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate. Im ersten Erfassungsjahr ist kein Referenzbereich vorhanden.

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

Indikatoren zur Prozessqualität:

Welche Qualitätsanforderungen werden gestellt?

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)
- Blutkulturen zur Erregerbestimmung vor der Einleitung einer antibiotischen / antimykotischen Therapie

Besonderheiten in der QS-Dokumentation:

- Fallbezogene QS-Dokumentation (pro QS-pflichtigen Behandlungsfall)
- Dokumentation von konkreten Datums- und Uhrzeitangaben:
 - Sepsisdiagnose
 - Screening
 - Blutkulturentnahme
 - Erste Antibiotika- / Antimykotikagabe
 - Eintreffen des Laborergebnisses

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität – Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren:

Screening mittels
Messinstrumenten zur
Risikoabschätzung



Referenzbereich: $\geq 90\%$

d. h. Krankenhausstandorte, die **weniger als 90 %** der einbezogenen Behandlungsfälle gemäß Anforderungen des QI gescreent haben, werden **rechnerisch auffällig**

Blutkulturen vor Beginn der
antimikrobiellen Therapie



Referenzbereich: $\geq 95\%$

d. h. Krankenhausstandorte, die bei **weniger als 95 %** der einbezogenen Behandlungsfälle Blutkulturen vor Antibiotika-/Antimykotikagabe gemäß Anforderungen des QI abgenommen haben, werden **rechnerisch auffällig**

Indikatoren zur Strukturqualität:

Welche Qualitätsanforderungen werden gestellt?

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:

- Einrichtungsbezogene Dokumentation (1 x pro Erfassungsjahr)
- E-Learning Formate sollen berücksichtigt werden
- 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)

Schulungsinhalte der Indikatoren des QS-Verfahrens

Schulungen zur Pflege von ZVK:

Kenntnis und Anwendung...

- der Inspektion von Verbänden und Verbandspflege von ZVK (inkl. Verbandswechsel mit Desinfektion der Einstichstelle)
- der sicheren Fixierung des ZVK
- der Überprüfung der Einstichstelle auf Infektionszeichen
- des sterilen Verschlusses aller Konnektionsstellen

Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie der Sepsis:

Bewusstsein und Kenntnis von...

- Symptomen und Veränderungen, die auf Sepsis hindeuten
- Risikogruppen einer Infektion/Sepsis
- Risikoeinstufung bzgl. der Entwicklung einer Sepsis bei Verdacht auf Infektion
- Behandlungspfad zur Eskalation (z. B. Antibiotikagabe und Volumenzufuhr)
- Spezifischen Inhalten zu bestimmten Patientengruppen (z. B. Schwangere, Meningokokken Sepsis, neutropenische Sepsis)

Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität (I) – Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren:

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



Referenzbereich: alle Anforderungen erfüllt

d. h. Krankenhausstandorte, die **nicht** über ein multimodales Präventionsprogramm bestehend aus Audits (1 Audit pro HFK und Halbjahr) und Schulungen (80 % Schulungsquote) gemäß Anforderungen des QI verfügen, werden **rechnerisch auffällig**

Regelmäßige Schulungen zur
 Erkennung, Risikoeinstufung und
 Therapie von Sepsis



Referenzbereich: $\geq 80\%$

d. h. Krankenhausstandorte, die **weniger als 80 %** ihres medizinischen Personals gemäß Anforderungen des QI geschult haben, werden **rechnerisch auffällig**

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:

- Einrichtungsbezogene Dokumentation (1 x pro Erfassungsjahr)
- Leitlinie bzw. SOP muss für bestimmte Fachabteilungen, die i.d.R. keine (erwachsenen) Sepsispatient*innen behandeln (z. B. Psychiatrie), nicht gelten

QI „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres ABS-Team“: Strukturanforderungen

Aufbau eines multidisziplinären ABS-Teams (mit Geschäftsordnung)

Obligat:

- Fachärztin/-arzt mit Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER
- Fachärztin/-arzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER
- ABS-fortgebildete/r klinisch tätige/r Fachärztin/-arzt (mind. „ABS fellow-Kurs“)

UND

- Hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygieniker*in

Optional:

- Apotheker*in oder mit Bereichsweiterbildung Infektiologie ODER ABS-Fortbildung
- Fachärztin/ -arzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Anzahl der geforderten Vollzeitkräfte

- <150 Betten = 0,125 VK
- 150-299 Betten = 0,25 VK
- 300-599 Betten = 0,5 VK
- 600 - 899 Betten = 1,0 VK
- je 300 weitere Betten zusätzlich 0,5 VK

Anzahl der geforderten ABS-Visiten bei Sepsispatient*innen

- <150 Betten = 12 Visiten
- 150-299 Betten = 25 Visiten
- 300-599 Betten = 50 Visiten
- 600 - 899 Betten = 100 Visiten
- je 300 weitere Betten zusätzlich 50 Visiten

Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität (II) – Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren:

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



Referenzbereich: alle Anforderungen erfüllt

d. h. Krankenhausstandorte, die **nicht** über eine Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie der Sepsis sowie ein multidisziplinäres ABS-Team verfügen und keine ABS-Visiten gemäß Anforderungen des QIs durchgeführt haben, werden **rechnerisch auffällig**

Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis



Referenzbereich: alle Anforderungen erfüllt

d. h. Krankenhausstandorte, die **nicht** über eine SOP zur Versorgung bei Sepsis gemäß Anforderungen des QIs verfügen, werden **rechnerisch auffällig**

Das Indikatorenset im QS-Verfahren Sepsis

Titel	Referenzbereich	Erhebungsinstrument	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	Mindestanforderung (MA)	Einrichtungsdoku	Struktur
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	MA: ≥ 80 %	Einrichtungsdoku	Struktur
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic Stewardship Team	MA: Leitlinien, ABS-Team, Visiten	Einrichtungsdoku	Struktur
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen	MA: Schulung ≥ 80 %, Audits	Einrichtungsdoku	Struktur

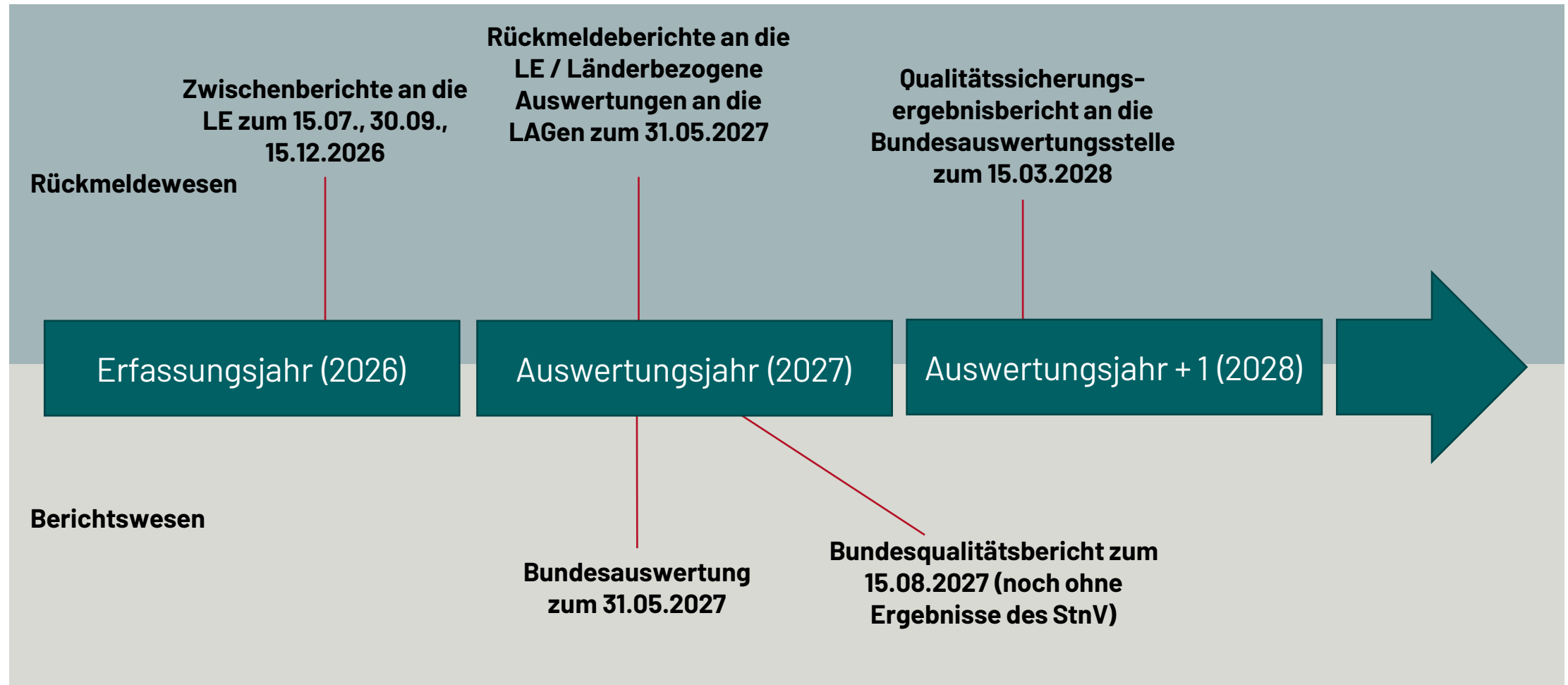
Follow-up Kennzahlen (nicht-bewertet) im QS-Verfahren Sepsis

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

Berichts- und Rückmeldewesen:

Wie werden die Ergebnisse des QS-Verfahrens berichtet?

Berichts- und Rückmeldewesen



Rückmeldeberichte / Jahresberichte

Leistungserbringer erhalten zum 31.05. EJ + X einen Rückmeldebericht mit folgenden Informationen:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs (Basisauswertung)
- Auswertungen der einrichtungsbezogenen und fallbezogenen Indikatoren sowie zu Follow-up Indikatoren und Kennzahlen
- Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen aus mind. 2 Jahren zuvor inkl. Verlaufsdarstellung
- Darstellung der Indikator- und Kennzahlergebnisse je Krankenhaus im Vergleich zu Vergleichsgruppen
- Liste der Vorgangsnummern bei denen das Qualitätsziel des Indikators / der Kennzahl nicht erreicht wurde
- Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 DeQS-RL)

Stellungnahmeverfahren:

Was geschieht bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen?

Bewertung von Auffälligkeiten und Durchführung von QS-Maßnahmen

Bei Auffälligkeiten in einem / mehreren QI:

- Krankenhaus erhält Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme („Stellungnahmeverfahren“)
- Durchgeführt durch Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen auf Landesebene

Ergibt Bewertung der Stellungnahme weiterhin ein auffälliges Ergebnis:

- Fachkommissionen vereinbaren geeignete Maßnahmen mit Krankenhaus zur Beseitigung der Auffälligkeit
 - Maßnahmenstufe 1: z. B. Teilnahme an Fachgesprächen oder an Peer-Reviews
 - Maßnahmenstufe 2: u. a. Empfehlungen für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit
 - u. a. bei schwerwiegenden Missständen, Verweigerung des Leistungserbringers zum Abschluss oder die Erfüllung einer Vereinbarung

Ausblick:

Wie können sich Kliniken auf das neue QS-Verfahren vorbereiten?

Wie können sich Kliniken vorbereiten?

Strukturanforderungen

- Festlegung der Schulungsformate und Auswahl / Zusammenstellung der Inhalte
- Schulungsplan und -controlling entwickeln
- Organisation und Dokumentation der ZVK-Audits
- Einrichtung eines ABS-Teams
- Organisation und Dokumentation der ABS-Visiten
- Erstellung einer internen SOP zur Versorgung der Sepsis

Prozessanforderungen

- Auswahl eines validierten Screening-Tools
- Festlegung der Risikopopulation und Screening-Intervalle
- Festlegung des Vorgehens zur Blutkulturentnahme (immer 2 Blutkulturen-Sets)
- Klare Dokumentationsvorgaben für Datums- und Uhrzeitangaben treffen
 - z.B. Festlegung in einer internen SOP

Ausblick:

Aktuelles zum Verfahrensstart und weiterführende Informationen

Übergangsregelung zum Verfahrensstart

- Für die Neueinführung des QS-Verfahrens zum Jahr 2026 wird eine **dreijährige Übergangsregelung** vorgesehen (u. a. zur Erprobung und ggf. Weiterentwicklung der QS-Auslösung sowie zur Umsetzung der vorgegebenen Personal- und Strukturanforderungen)
- Bereits **ab dem ersten Erfassungsjahr sollen Stellungnahmeverfahren** gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen durchgeführt werden können
 - 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 ist **nicht vorgesehen**

Aktuelles zum Aufbau des Regelbetriebs

- Veröffentlichung der neuen S3 Leitlinie zur Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis am 25. Juli 2025: Keine widersprüchlichen Empfehlungen zu den derzeitigen Spezifikationsempfehlungen
- Kommunikation und Information zum Start des QS-Verfahrens
 - Informationsschreiben für betroffene Leistungserbringer im Juli versendet und auf IQTIG Website veröffentlicht
 - Erste Sammlung von FAQs ist auf der Verfahrensseite einzusehen
- Beschluss und anschließende Veröffentlichung der Spezifikationsempfehlungen zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation soll im Dezember erfolgen

Weiterführende Informationen zum QS-Verfahren Sepsis:

Verfahrensseite QS-Sepsis

(Spezifikationsempfehlungen, Rechenregeln,
bisherige Entwicklungen, Informationsschreiben, FAQs):



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

G-BA Beschlüsse

Themenspezifische Bestimmungen:



<https://www.g-ba.de/beschluesse/6985/>

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: 10.11.2025).