Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8940**

21. Wahlperiode 04.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Armin Grau, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Paula Piechotta, Johannes Wagner, Dr. Andrea Lübcke und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sepsis frühzeitig erkennen, Leben retten – Jetzt eine nationale Sepsis-Strategie auf den Weg bringen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Sepsis, umgangssprachlich „Blutvergiftung“, ist eine lebensbedrohliche Organdysfunktion infolge einer fehlregulierten Immunantwort auf eine Infektion. Sie ist ein zeitkritischer medizinischer Notfall, bei dem verspätete Erkennung und Behandlung das Risiko für Organversagen und Tod erhöhen. Nach konservativen, kodierungsbasierten Schätzungen erkranken in Deutschland jährlich mindestens 230.000 Erwachsene an einer Sepsis; für mindestens 85.000 endet die Erkrankung tödlich. Das Robert Koch-Institut (RKI) spricht von etwa einem Todesfall alle sechs Minuten (https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Neuigkeiten-und-Presse/Zahl-des-Monats/zahl-des-monats-node.html). Dabei ist zu beachten, dass mehr als die Hälfte der tatsächlichen Sepsisfälle in den DRG-Abrechnungsdaten nicht als solche erkennbar ist (https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00063290). Modellbasierte Schätzungen der sepsisassoziierten Sterblichkeit ermittelten für 2021 unter Einschluss COVID-19-assoziierter Fälle deutlich höhere Zahlen. Wegen unterschiedlicher Definitionen, Bezugsjahre und Erfassungsmethoden sind beide Ansätze nicht unmittelbar vergleichbar (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X25003560?via%3Dihub).

Neben der hohen Akutsterblichkeit tragen Überlebende eine erhebliche Langzeitlast. In einer Studie auf Basis deutscher Krankenkassendaten verstarben 30,7 Prozent der Krankenhausüberlebenden innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung, 31,5 Prozent wurden neu pflegebedürftig und 74,3 Prozent erhielten innerhalb eines Jahres mindestens eine neu dokumentierte körperliche, psychische oder kognitive Diagnose, wobei diese nicht ausnahmslos als schwere oder kausal auf die Sepsis zurückzuführende Schäden zu verstehen sind (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34767025/). Die jährlichen, direkt sepsisbezogenen Behandlungskosten wurden für 2024 auf rund 33,3 Milliarden Euro geschätzt. Indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und informelle Pflege sind darin nicht enthalten (https://literatur.sepsisstiftung.de/sepsis-dossier_deutschland-2026.pdf).

Ein erheblicher Teil der sepsisbedingten Krankheitslast ist durch Infektions- und Impfprävention, konsequente Hygienemaßnahmen, frühe Erkennung, rasche Behandlung und strukturierte Nachsorge vermeidbar oder verringerbar. Dass der

aktuelle Zustand weiterhin hingenommen wird, wiegt umso schwerer, als Deutschland selbst maßgeblich dazu beigetragen hat, das Thema international auf die Agenda zu setzen. Die Weltgesundheitsversammlung (WHA), das Leitungsgremium der Weltgesundheitsorganisation (WHO), hat 2017 mit der Resolution WHA70.7 alle Mitgliedstaaten aufgerufen, Prävention, Diagnostik und Behandlung der Sepsis zu verbessern. Auch unter der G7-Präsidentschaft Deutschlands im Jahr 2022 hat sich die Bundesregierung dafür ausgesprochen, die Anstrengungen zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der Sepsis zu verstärken, nationale Aufklärungskampagnen zu unterstützen und die Umsetzung der WHO-Resolution voranzutreiben (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G7/20220520_German_G7_Health_Ministers_Communique.pdf). Mehrere Staaten, darunter Frankreich, Schweden, das Vereinigte Königreich, Australien und die Schweiz, haben nationale Programme oder Strategien entwickelt. Deutschland verfügt neun Jahre nach der WHO-Resolution weiterhin über keine kohärente nationale Sepsis-Strategie.

Die Bundesregierung hat in der Vergangenheit auf Länderzuständigkeiten bei der Umsetzung der WHO-Resolution verwiesen (vgl. BT-Drucksache 19/22137). Dies entbindet den Bund nicht davon, seine eigenen Kompetenzen auszuschöpfen, etwa bei gesetzlichen Grundlagen für Qualitätssicherung und Datennutzung im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), der bundesrechtlich geprägten medizinischen Ausbildung, den Aufgaben seiner Bundesinstitute und der Forschungsförderung. Für Notfallrettung, Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und weitere Bereiche in Länderzuständigkeit bedarf es einer verbindlichen, kooperativen Bund-Länder-Abstimmung.

Deutschland verfügt über exzellente medizinische und wissenschaftliche Ressourcen. Ohne koordinierte Gesamtstrategie bleiben Aufklärung, Qualifizierung, Früherkennung und Behandlung, Nachsorge und Forschung aber fragmentiert. Zu den bestehenden Defiziten gehören eine uneinheitliche und lückenhafte Dokumentation, nicht ausreichend abgestimmte Erkennungs- und Eskalationswege entlang der Notfallkette, ein bislang vor allem auf stationäre erwachsene Patientinnen und Patienten ausgerichtetes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), unzureichende sektorenübergreifende Schulungen, geringe Gesundheitskompetenz zu Sepsis und eine fehlende strukturierte Langzeitnachsorge. Hinzu kommt, dass Patientinnen, Patienten und Angehörige bei einer akuten Verschlechterung häufig keinen klar geregelten unabhängigen Eskalationsweg haben.

Eine nationale Sepsis-Strategie mit überprüfbaren Ergebnissen ist angesichts der hohen und teilweise vermeidbaren Krankheitslast überfällig.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine Nationale Sepsis-Strategie zu erstellen und die Koordination bestehender Maßnahmen und relevanter Akteure zu fördern, indem sie

   a) die Aktivitäten in den Bereichen Aufklärung, Qualifizierung, Infektionsprävention, Früherkennung und Behandlung, Surveillance, Rehabilitation, Nachsorge und Forschung innerhalb von zwölf Monaten zu einer kohärenten nationalen Sepsis-Strategie zusammenführt, die mit einer übergreifenden Infektionsmanagementstrategie verzahnt wird, zuständige Akteure, konkrete Meilensteine, eine tragfähige Finanzierung und wissenschaftlich überprüfbare Versorgungs- und Mortalitätsziele benennt, Patienten- und Betroffenenorganisationen einbindet, jährlich öffentlich und gegenüber dem Deutschen Bundestag über Fortschritte berichtet und für die Umsetzung eine personell und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

finanziell angemessen ausgestattete Koordinierungsstelle beim RKI einrichtet;

b) für Bereiche in Länderzuständigkeit über die Gesundheitsministerkonferenz eine verbindliche Bund-Länder-Abstimmung zur zielgruppenspezifischen, barrierearmen und mehrsprachigen Aufklärung, zu abgestimmten Standards der präklinischen Sepsis-Erkennung und zu ihrer Umsetzung in Leitstellen und Rettungsdiensten anstößt;

2. Sepsis zu vermeiden, die Bevölkerung aufzuklären und das Gesundheitspersonal zu qualifizieren, indem sie

a) durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und in Abstimmung mit dem ÖGD die Aufklärung über Sepsis zielgruppenspezifisch, barrierearm und mehrsprachig sicherstellt, die gezielt Risikogruppen erreicht, insbesondere ältere und chronisch kranke Menschen, Immunsupprimierte, Schwangere und Frauen im Wochenbett sowie Pflegebedürftige und Angehörige;

b) die Infektions- und Impfprävention sowohl in Krankenhäusern als auch außerhalb stationärer Einrichtungen stärkt, vermeidbare nosokomiale Infektionen gezielt reduziert, die frühzeitige Erkennung schwerer Infektionen in der ambulanten und pflegerischen Versorgung fördert und die Impfquoten insbesondere gegen Pneumokokken und Influenza vor allem bei gefährdeten Menschen und in Pflegeeinrichtungen erhöht;

c) Antibiotic-Stewardship-Strukturen und den leitliniengerechten Antibiotikaeinsatz auch in der ambulanten Versorgung, insbesondere in hausärztlichen Praxen und Pflegeeinrichtungen, durch geeignete Qualitätsinstrumente, Beratung und Fortbildung systematisch stärkt und erforderliche rechtliche Rahmenbedingungen prüft;

d) Sepsis-Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe verankert, indem sie die bundesrechtlich geregelten ärztlichen Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen entsprechend weiterentwickelt, die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern zur Berücksichtigung in der Weiterbildung auffordert und für die Pflege gemeinsam mit der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) auf eine verbindliche curriculare Verankerung in der generalistischen Pflegeausbildung hinwirkt;

3. die frühzeitige Erkennung von Sepsis als zeitkritischen Notfall und die sektorenübergreifende Behandlung nach einheitlichen Standards sicherzustellen, indem sie

a) für die Rettungskette über die Gesundheitsministerkonferenz und das zuständige Fachgremium Notfallrettung auf strukturierte Notrufabfrageprotokolle, geeignete präklinische Screening- und Erkennungsstandards, eine standardisierte Voranmeldung und Übergabe an die aufnehmende Klinik sowie regelmäßige Fort- und Weiterbildungen hinwirkt;

b) dafür Sorge trägt, dass Warnzeichen und Hochrisikokonstellationen einer Sepsis in telefonischen und digitalen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ersteinschätzungsverfahren, insbesondere an den Schnittstellen von 112, 116117, vertragsärztlicher Versorgung und Integrierten Notfallzentren, angemessen abgebildet, regelmäßig wissenschaftlich überprüft und mit eindeutigen Dringlichkeits- und Weiterleitungsregeln verbunden werden;

c) gemeinsam mit den zuständigen Akteuren bundeseinheitliche, risikoadaptierte Standards für wiederholte Sepsis-Erkennung und klinische Eskalation in Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren entwickelt, diese auch krankenhausintern in Rapid-Response-Systeme nach dem Vorbild der australischen „Between the Flags"-Initiative integriert und im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben von Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) und Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auf eine evidenzgerechte Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Sepsis nach der DeQS-Richtlinie hinwirkt, insbesondere hinsichtlich geeigneter Screening-Auslösekriterien, erneuter klinischer Beurteilungen und definierter Eskalationswege;

d) auf die leitliniengerechte, sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit Verdacht auf Sepsis hinwirkt und dabei die ambulante und präklinische Versorgung sowie bislang nicht ausreichend abgebildete Patientengruppen, insbesondere Kinder, Neugeborene, Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett, mit jeweils geeigneten fachlichen Standards berücksichtigt;

e) in Abstimmung mit Ländern und Selbstverwaltung ein niedrigschwelliges, jederzeit erreichbares Verfahren zur unverzüglichen unabhängigen klinischen Zweitbeurteilung bei akuter Verschlechterung stationär behandelter Patientinnen und Patienten entwickelt, das Betroffene, Angehörige und Mitarbeitende ohne Nachteile auslösen können, und dessen Wirksamkeit und Umsetzbarkeit wissenschaftlich evaluiert;

4. die Datengrundlage zur Sepsis zu verbessern, indem sie

a) eine sektorenübergreifend einheitliche, vollständige und medizinisch valide Dokumentation und Kodierung diagnostizierter Sepsisfälle unterstützt, Kodier- und Erfassungsdefizite systematisch untersucht und die zuständigen Stellen veranlasst, Klassifikationen und Kodierrichtlinien unter Beachtung der international anerkannten diagnostischen Kriterien weiterzuentwickeln, ohne jede Sepsis unabhängig vom Einzelfall als Hauptdiagnose vorzugeben;

b) unter Einbeziehung des RKI eine nationale Sepsis-Surveillance nach dem Vorbild des australischen National Sepsis Data Plan entwickelt und die gesetzlichen, datenschutzrechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen prüft und schafft für ein longitudinales Sepsis-Register, welches vorhandene QS-, Klinik- sowie geeignete Kranken- und Pflegekassendaten datenschutzkonform verknüpft und um patientenberichtete Ergebnisse ergänzen kann, um Krankheitslast, Versorgungs-ergebnisse, Pflegebedürftigkeit, Langzeitfolgen, Lebensqualität sowie die Inanspruchnahme von Rehabilitation und Nachsorge abzubilden, ohne dass Mehrfachdokumentationen entstehen;

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

c) auf eine Prüfung durch die zuständigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung hinwirkt, ob und auf welcher belastbaren Datengrundlage das QS-Verfahren Sepsis um Ergebnisindikatoren zu Pflegebedürftigkeit, funktionellen Einschränkungen und Lebensqualität ergänzt werden kann, und für hierfür erforderliche gesetzliche Grundlagen einen Vorschlag unterbreitet;

5. die sektorenübergreifende Nachsorge und Rehabilitation von Sepsis-Überlebenden zu verbessern, indem sie die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen für strukturierte, bedarfsgerechte Versorgungspfade prüft und erforderlichenfalls schafft und die zuständigen Selbstverwaltungsgremien im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben mit deren Konkretisierung beauftragt und dabei insbesondere

   a) ein verbindliches Entlass- und Überleitungsmanagement vorsieht, das Sepsis-Überlebende identifiziert, bestehende und drohende Folgeerkrankungen erfasst, die Überleitung in die ambulante Versorgung mit individuellen Nachsorgeempfehlungen sicherstellt und Betroffene und Angehörige verständlich und standardisiert über Langzeitfolgen, Warnzeichen sowie Nachsorge-, Beratungs- und Rehabilitationsangebote informiert;

   b) ein regelhaftes Screening auf körperliche, kognitive und psychische Sepsisfolgen innerhalb der ersten Wochen nach Entlassung sowie wiederholte Verlaufskontrollen mit bedarfsgerechter Weiterleitung an spezialisierte Nachsorgeangebote etabliert;

   c) den Zugang zu ambulanter bzw. stationärer Rehabilitation sowie zu spezialisierten, multiprofessionellen und koordinierten Nachsorgeangeboten sicherstellt;

6. die Forschung zu Sepsis zu stärken, indem sie

   a) prüft, inwieweit geeignete postinfektiöse Syndrome nach bakteriellen Infektionen und Sepsis im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen (2026–2035) entsprechend deren Förderzielen berücksichtigt werden können, und ergänzend eigenständige Forschungsförderung zu postseptischen Organ-, Funktions- und Pflegefolgen vorsieht;

   b) auf die gezielte Förderung sektorenübergreifender und multizentrischer Versorgungsforschung zu Sepsis und Post-Sepsis-Nachsorge, unter anderem im Rahmen des Innovationsfonds beim G-BA, hinwirkt und auf die systematische Bewertung sowie eine Überführung erfolgreicher Versorgungsansätze in die Regelversorgung im Rahmen gesetzlicher Verfahren hinarbeitet;

   c) die Internationalisierung der Sepsis-Forschung und die Zusammenarbeit deutscher Forschungseinrichtungen mit internationalen Forschungskonsortien fördert.

Berlin, den 3. November 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Sepsis ist häufig und zeitkritisch. Ein erheblicher Teil sepsisbedingter Todesfälle und Folgeschäden ist vermeidbar oder verringerbar. Dennoch fehlt in Deutschland bis heute eine Strategie, die fragmentierte Einzelmaßnahmen zu einem wirksamen, überprüfbaren Gesamtkonzept verbindet. Internationale epidemiologische Daten weisen auf erhebliche Unterschiede in der Sepsis-Sterblichkeit hin. Während die sepsisbezogene Sterblichkeit zwischen 1990 und 2019 in Norwegen um 26,7 Prozent und in Finnland um 21,1 Prozent sank, nahm sie in Deutschland um 10,1 Prozent zu (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00356-0). Umso dringlicher sind eine systematische Umsetzung und Evaluation evidenzbasierter Maßnahmen.

Die WHO-Resolution WHA70.7 enthält einen gesundheitspolitischen Auftrag an die Mitgliedstaaten. Der Bund kann die Voraussetzungen für eine einheitliche Datengrundlage, Qualitätsanforderungen innerhalb seiner Zuständigkeiten nach dem SGB V, bundesrechtliche Ausbildungsanforderungen und die Forschungsförderung beeinflussen. Die konkrete Ausgestaltung weiterer Versorgungsschritte betrifft auch Länder, Selbstverwaltung, ärztliche Kammern und Leistungserbringer. Der Antrag unterscheidet daher zwischen eigenen Handlungsinstrumenten des Bundes und der erforderlichen kooperativen Umsetzung über die Gesundheitsministerkonferenz sowie die zuständigen Gremien und Institutionen.

Aus dieser Verantwortung folgt die Forderung nach einer nationalen Sepsis-Strategie und einer verbindlichen Koordinierungsstruktur (Nummer 1). Nicht das Fehlen jeder Einzelmaßnahme, sondern deren Fragmentierung über Sektoren und Zuständigkeiten hinweg ist das zentrale Problem. Deshalb soll die Bundesregierung binnen zwölf Monaten einen finanziell und organisatorisch unterlegten Mehrjahresplan mit benannten Zuständigkeiten, Meilensteinen sowie öffentlich überprüfbaren Prozess-, Ergebnis- und Mortalitätsindikatoren vorlegen. Als gesundheitspolitischen Orientierungswert nennt die Sepsis-Stiftung die Vermeidung von mindestens 10.000 sepsisbedingten Todesfällen jährlich; die wissenschaftlich belastbare Operationalisierung eines solchen Ziels und die Abgrenzung vom allgemeinen Mortalitätstrend müssen Bestandteil der Strategie sein (https://idw-online.de/de/news876515). Die Koordinierungsstelle beim RKI braucht einen klaren gesetzlichen Aufgabenrahmen sowie ausreichende Personal- und Sachmittel. Die Strategie soll mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) und einer übergreifenden Infektionsmanagementstrategie verzahnt werden. Frührehabilitation, Anschlussbehandlung und langfristige Nachsorge müssen dabei als eigener Versorgungsauftrag berücksichtigt werden. Für Bereiche in Länderzuständigkeit, insbesondere die Aufklärung, die präklinische Sepsis-Erkennung und ihre Umsetzung in Leitstellen und Rettungsdiensten, bedarf es einer verbindlichen Bund-Länder-Abstimmung über die Gesundheitsministerkonferenz.

Aufklärung durch das BIÖG und den ÖGD muss gezielt Risikogruppen erreichen (Nummer 2): ältere und chronisch kranke Menschen, Immunsupprimierte, Schwangere und Frauen im Wochenbett sowie Pflegebedürftige und Angehörige. Sie muss zielgruppenspezifisch, barrierearm und mehrsprachig erfolgen. Infektions- und Impfprävention müssen sowohl im Krankenhaus als auch außerhalb stationärer Einrichtungen gestärkt werden. Neben Krankenhaushygiene und der Vermeidung nosokomialer Infektionen kommt es daher besonders auf Prävention, Impfberatung, frühzeitiges Erkennen schwerer Infektionen und zeitgerechte Behandlung in Hausarztpraxen, Pflegeeinrichtungen und der häuslichen Versorgung an. Der rationale Antibiotikaeinsatz muss auch im ambulanten Bereich durch Antibiotic Stewardship, Entscheidungshilfen, Qualitätsinstrumente und Fortbildungen unterstützt werden. Der Bund kann die ärztliche Ausbildung im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben adressieren; die ärztliche Weiterbildung bleibt Sache der zuständigen Ärztekammern. Für die Pflege kann er über die bundesrechtlich vorgesehenen Verfahren und die Fachkommission nach § 53 PflBG auf die Weiterentwicklung der curricularen Inhalte hinwirken.

Als zeitkritischer Notfall verlangt Sepsis eine Früherkennung nach dem Vorbild etablierter Notfallketten (Nummer 3). Für die Rettungskette sind strukturierte Notrufabfrageprotokolle, geeignete präklinische Erkennungsstandards und regelmäßige Fort- und Weiterbildungen in Leitstellen und Rettungsdienst erforderlich. Die internationalen Surviving-Sepsis-Campaign-Leitlinien von März 2026 sprechen sich erstmals (bei geringer Evidenzsicherheit) für standardisierte präklinische Sepsis-Screeninginstrumente im boden- und luftgebundenen Rettungsdienst aus. Eine präklinische Erkennung muss mit strukturierter Voranmeldung, Übergabe und beschleunigter

Diagnostik und Behandlung in der Klinik verzahnt werden. Digitale und telefonische Ersteinschätzungsverfahren, einschließlich der Schnittstellen zwischen 112, 116117 und der vertragsärztlichen Versorgung, müssen gefährliche Infektionsverläufe zuverlässig erkennen und geeignete Dringlichkeiten auslösen. Das am 1. Januar 2026 gestartete QS-Verfahren Sepsis ist ein wichtiger Fortschritt, erfasst aber bislang im Schwerpunkt stationäre erwachsene Patientinnen und Patienten. Für Notaufnahmen und Integrierte Notfallzentren braucht es risikoadaptierte Screening-Auslösekriterien, wiederholte klinische Beurteilungen und verbindliche Eskalationspfade. Für das klinische Screening Erwachsener werden NEWS/NEWS2, MEWS oder SIRS gegenüber qSOFA als alleinigem Instrument bevorzugt (https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-026-08361-1). Krankenhausintern sollen Erkennung und Eskalation in Rapid-Response-Systeme eingebettet werden, wie es die australische Initiative „Between the Flags“ mit standardisierter Beobachtung und definierten Eskalationsstufen vorsieht. Für Kinder, Neugeborene sowie im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bedarf es jeweils eigener evidenzgerechter Maßstäbe. Ein zusätzlicher Patientensicherheitsbaustein ist ein leicht zugängliches Verfahren zur unabhängigen klinischen Zweitbeurteilung bei akuter Verschlechterung, das auch Angehörige und Beschäftigte auslösen können. Das englische Programm „Martha’s Rule“ nach diesem Schema zeigt, dass derartige Eskalationswege praktisch umsetzbar sind. Belastbare Aussagen über eine dadurch kausal verminderte Sterblichkeit bedürfen weiterer Evaluation (https://www.england.nhs.uk/patient-safety/marthas-rule/).

Wirksame Steuerung setzt eine belastbare Datengrundlage voraus (Nummer 4). Sepsis wird im klinischen Alltag nicht immer vollständig und vergleichbar dokumentiert; kodierungsbasierte Fallzahlen erfassen das Geschehen deshalb nur eingeschränkt. Eine schematische Kodierung sämtlicher Sepsis-Fälle als Hauptdiagnose wäre weder medizinisch noch mit den Deutschen Kodierrichtlinien vereinbar. Maßgeblich sind die korrekte Erfassung nach geltenden Kodierregeln und die sachgerechte Weiterentwicklung von ICD-10-GM und Kodierrichtlinien (https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2026/deutsche-kodierrichtlinien-2026). Epidemiologische Surveillance beim RKI und ein longitudinales Register mit klinischen, qualitätssichernden und geeigneten Routinedaten sollen sich ergänzen. Pflegebedürftigkeit, Lebensqualität und patientenberichtete Ergebnisse erfordern eine gesicherte Datengrundlage sowie eine gesetzlich geregelte, zweckgebundene, datenschutzkonforme Datenverarbeitung. Der im QS-Verfahren zunächst erwogene Indikator zur Erhöhung des Pflegegrades konnte nicht ohne Weiteres aus vorhandenen Krankenkassendaten abgeleitet werden; neue Qualitätsindikatoren dürfen daher erst nach Klärung ihrer Validität und Datenverfügbarkeit eingeführt werden. Die zuständigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung entscheiden im gesetzlich vorgegebenen Verfahren über ihre Konkretisierung.

Sepsis endet für viele Betroffene nicht mit der Entlassung. Den Übergängen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation, ambulanter Versorgung und Pflege kommt somit eine besondere Bedeutung zu. Der Antrag fordert daher strukturierte, bedarfsgerechte Versorgungspfade (Nummer 5). Sepsis-Überlebende sollen systematisch identifiziert, mögliche Folgeerkrankungen erfasst und Betroffene wie Angehörige verständlich über Langzeitfolgen und Warnzeichen informiert werden. Ein regelhaftes Screening in den ersten Wochen nach Entlassung setzt voraus, dass die hausärztliche Versorgung praktikable Instrumente und erreichbare Anschlussangebote hat. Der Zugang zu Rehabilitation und Nachsorge darf nicht davon abhängen, wo die Akutbehandlung stattfand. Die Ausgestaltung liegt im gesetzlichen Rahmen bei der Selbstverwaltung. Der Bund soll die notwendigen Voraussetzungen prüfen und gegebenenfalls schaffen.

Zudem ist die Forschung gezielt zu stärken (Nummer 6). Postinfektiöse Syndrome nach bakteriellen Infektionen können mit den Zielen der Nationalen Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen (2026–2035) vereinbar sein. Postseptische Organ- und Funktionsschäden, Rehabilitationsbedarf und neu eintretende Pflegebedürftigkeit sind jedoch nicht pauschal mit postakuten Infektionssyndromen gleichzusetzen. Deshalb sind neben einer Prüfung geeigneter Fördermöglichkeiten innerhalb der Dekade eigenständige Forschungsschwerpunkte zu akuten und langfristigen Sepsis-Folgen vorzusehen. Ergänzend sollte der Innovationsfonds beim G-BA im Rahmen seiner gesetzlichen Fördermechanismen zur Erforschung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte beitragen. Erfolgreiche Konzepte sind evidenzbasiert zu bewerten und bei nachgewiesenem Nutzen über die jeweils zuständigen gesetzlichen Verfahren in die Regelversorgung zu überführen. Die internationale Vernetzung deutscher Forschungseinrichtungen soll gestärkt werden.

Der Antrag beginnt nicht bei null: Mit dem Memorandum der Sepsis-Stiftung und dem Deutschen Qualitätsbündnis Sepsis liegen Vorarbeiten vor, an die eine nationale Strategie anknüpfen kann. Der Nutzen besserer Prävention, früher Erkennung und strukturierter Nachsorge ist gesundheitlich erheblich; welche Einsparungen daraus tatsächlich entstehen, muss anhand belastbarer Evaluationen bestimmt werden. Die modellhaft geschätzten jährlichen sepsisbezogenen Behandlungskosten von rund 33,3 Milliarden Euro unterstreichen die ökonomische Dimension,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ersetzen aber keine transparente Ermittlung des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs für Koordination, Register, Qualifizierung und Versorgungsangebote. Neun Jahre nach Verabschiedung der von Deutschland maßgeblich mitgetragenen WHO-Resolution ist eine mit Zuständigkeiten, Ressourcen und messbaren Zielen unterlegte nationale Sepsis-Strategie überfällig.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.