

Das Qualitätssicherungsverfahren **„Sepsis“ – Implikationen für ABS**

Treffen ABS-Netzwerk Westfalen-Lippe

19.11.2025

Rundschreiben

Nr. 012/2025

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): QS Sepsis als neues Qualitätssicherungsverfahren ab 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19.12.2024 themenspezifische Bestimmungen für das neue Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen. Das neue Qualitätssicherungsverfahren soll zum Erfassungsjahr 2026 starten.

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19.12.2024 beschlossen, ein neues Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik und Therapie



Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 47819-0

Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: info@kgnw.de

Internet: www.kgnw.de

Referat II – Qualitätsmanagement, IT und
Datenanalyse

Unser Zeichen: IH/FI

Durchwahl: -82

E-Mail: ihammou@kgnw.de

Düsseldorf, 08.01.2025

Seite 1 von 2



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Spezifikation
für das Qualitätssicherungsverfahren Diagnostik, Therapie
und Nachsorge der Sepsis

Vom 6. März 2024

Passt gut dazu: die deutsche Leitlinie



AWMF-Register-Nr.	079 – 001	Klasse:	S3
-------------------	-----------	---------	----

S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025

Langfassung, Version 4.0

AWMF-Registernummer: 079 – 001

der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e. V.

**Frage an Sie: wer ist aktuell
mit dem Thema beschäftigt?**

Das Indikatorenset im QS-Verfahren Sepsis

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

Übergeordnete SOP zur Sepsis

1.2.2 Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis“

Bezeichnung	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur <u>Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis</u>
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandort, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt
Nenner	Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit

1.2.1 Qualitätsindikator „Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team“

Bezeichnung	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien <u>unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team</u> erfolgen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandort mit <u>einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-</u> Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams
Nenner	Krankenhausstandort mit mindestens einem Fall gemäß Grundgesamtheit

Es müssen ABS-Visiten bei Sepsis-Patienten dokumentiert werden!

Was ist ein ABS-Team?

Im Antibiotic Stewardship (ABS)-Team müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:

- Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt UND
- Hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker

Eine Apothekerin oder ein Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie oder eine ABS-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker und eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sollten, sofern im Krankenhaus angestellt auch in das ABS-Team einbezogen werden.

Notwendige Mindestqualifikationen für die ABS-Fortbildung sind die Kurse „ABS **fellow**-Kurs“ der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) oder im Hinblick auf Stundenzahl und Curriculum äquivalente Kurse anderer Anbieter.

Die gleichzeitige Stellenbesetzung Infektiologin bzw. Infektiologe/ABS-Expertin bzw. ABS-Experte und hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt bzw. Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker durch eine Person ist im Rahmen dieses Qualitätsindikators zulässig.

- DGI-Kurse: Basic, Fellow, Advanced, Expert.
- Modul 1 (ABS-beauftragter Arzt) ist „Basic“; müssen alle mindestens das Modul 2 machen?
- Es werden Stellenkontingente (bezogen auf Betten) vorgegeben.

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

Wo stehen wir am UKM aktuell?

- Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement koordiniert das Projekt, es gibt den „*Runden Tisch Patientensicherheit*“.
 - Personal ist vorhanden, wir werden dass alles „*irgendwie hinbekommen*“.
 - Zentrale Sepsis-SOP: Fokusgruppe hat Kern-Dokument erstellt (6 Seiten), es wird Anhänge für differenziertere Ausarbeitungen geben.
 - Antiinfektivtherapie: UKM-Leitfaden Antibiotika wurde aktuell überarbeitet.
 - Schulungen: ggf. können „externe“ online-Schulungen genutzt werden, Hygiene prüft, wie dies ergänzt werden kann (muss?).
 - Screening: Modul „*Clinalytix*“ in Orbis wird aktuell pilotiert.
 - Klinischer Vorstand muss festlegen, wie das Thema kommuniziert wird.
-

- Zentralbereich Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Organisationsentwicklung steht in engem Austausch mit stiftungseigenen Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
 - Auswahl des validierten Screeninginstrumentes und 1. Screeningzeitpunktes noch nicht getroffen (SOFA, qSOFA, NEWS2)
 - Stiftungsweiter Antibiotikaleitfaden & ABS-Team mit ca. 500 Visiten/Monat existieren seit Jahren
 - Schulungen: voraussichtlich über stiftungsweit etabliertes e-learning soweit möglich
 - SOP zur Versorgung der Sepsis noch nicht in Kraft
-