

Das Qualitätssicherungsverfahren „Sepsis“ – Implikationen für ABS

G-BA Beschluss Dezember 2024

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

Bereits im Laufe des Jahres in Diskussion



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

publiziert bei:



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 | 0/E \leq 2,0 * | Fall-Doku | Ergebnis |
| Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung | \geq 90 % | Fall-Doku | Prozess |
| Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie | \geq 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: \geq 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 \geq 80%, Audits | Einrichtungs- Doku | Struktur |

* risikoadjustiert, ab Erfassungsjahr 2027

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 |

Besonderer Fokus: Therapieleitlinie Antiinfektiva

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-Programm</u> 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.
 - Antiinfektivatherapie: 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.
-

Die Lage in Rheine

- 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
-