

HYGIENE-MERKBLATT

QS Sepsis

EINLEITUNG

Das Qualitätssicherungs-Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Sepsis („QS Sepsis“) adressiert alle gesetzlich versicherten Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor aufgrund einer Sepsisdiagnose behandelt worden sind.

Für das QS-Verfahren werden mit der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie den Sozialdaten bei den Krankenkassen drei verschiedene Erfassungsinstrumente genutzt, um die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser bei der Behandlung erwachsener Patienten mit Sepsis einrichtungsvergleichend abzubilden. Insgesamt umfasst das QS-Verfahren 7 Qualitätsindikatoren sowie 7 Kennzahlen.

Vier Indikatoren davon werden ausschließlich über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation berechnet, drei Indikatoren über die fallbezogene QS-Dokumentation. Die sieben Kennzahlen basieren auf den verfügbaren Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die erste Datenerhebung in den Krankenhäusern soll am 1. Januar 2026 starten (1, 2).

Dieses Hygiene-Merkblatt gibt eine Übersicht über die zu erfassenden Daten und Indikatoren, soll bei der Umsetzung in der Einrichtung helfen und schlägt Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Prozess vor. Bitte beachten: Aufgrund des Umfangs der Beschreibung der Indikatoren können die Anforderungen in diesem Merkblatt nur stichpunktartig wiedergegeben werden. Für Details wird jeweils auf die Quellenliteratur verwiesen (siehe unten).

FALLBEZOGENE QUALITÄTSINDIKATOREN	
<p>Einstufung des Sepsisrisikos</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorschlag für Verantwortlichkeit: Ärztlicher Dienst und Pflegepersonal 	<p>Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prozessindikator Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument (SOFA, qSOFA oder NEWS2-Score) zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde Gefordert ist ein Screening vor Diagnosestellung → Faktisch muss somit bei jedem Patienten täglich bzw. jeder Neuaufnahme ein Score bestimmt werden. <u>Soll</u>: > 90% der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens
<p>Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorschlag für Verantwortlichkeit: Ärztlicher Dienst 	<p>Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none"> Prozessindikator 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, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt <u>Soll</u>: ≥ 95% der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens



<p>Outcomes</p> <ul style="list-style-type: none">Vorschlag für Verantwortlichkeit: Controlling, Abrechnung	<p>Krankenhaus-Letalität nach Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">ErgebnisindikatorAlle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sindSoll: risikoadjustierter Ergebnisindikator: Verhältnis aus der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) von stationären verstorbenen Patientinnen und Patienten mit Sepsis $\leq 2,0$
<p>EINRICHTUNGSBEZOGENE QUALITÄTSINDIKATOREN</p>	
<p>Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung der Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">Vorschlag für Verantwortlichkeit: Hygiene-Team	<p>Multimodales Präventionsprogramm von ZVK-assoziierten Infektionen zur Prävention der Sepsis im Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none">StrukturindikatorKrankenhausstandort mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Schulungen und Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der HygienefachkräfteSchulungen:<ul style="list-style-type: none">Schulungsinhalt: Inspektion von Verbänden, Verbandswechsel von ZVK, Sicherheitsaspekte bei der Pflege von ZVK, korrekte Beschriftung etc.Dozenten: Leitung durch Hygienefachkraft oder Krankenhaushygienikerin oder KrankenhaushygienikerSchulungsform: Präsenz oder Online, jeweils mit TeilnahmebescheinigungSchulungsquote: Verhältnis von geschultem Personal gegen das zu schulende Personal.Soll: $\geq 80\%$Audits:<ul style="list-style-type: none">Ein Audit wird anhand einer Checkliste (ZVK-Verband, genaue Datierung und Dokumentation der Verbandsanlage und des Verbandswechsels etc.) durchgeführt und umfasst mindestens 4 Patientenfälle pro HFKSoll: Je HFK soll ein Audit mit 4 Patientenfällen pro Halbjahr durchgeführt werden
<p>Antibioprophylaxe Therapie der Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">Vorschlag für Verantwortlichkeit: ABS-Team	<p>Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres ABS-Team</p> <ul style="list-style-type: none">StrukturindikatorKrankenhausstandort mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-TeamsABS-Team: Muss bestehen aus<ul style="list-style-type: none">Fachärztin oder Facharzt Infektiologie ODER Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ODER ABS-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt UNDHygienebeauftragte Ärztin oder Arzt ODER Krankenhaushygienikerin oder KrankenhaushygienikerMehrere dieser Stellen können durch ein und denselben Mitarbeiter besetzt werden



	<ul style="list-style-type: none">• <u>Soll</u>: Stellenanteile werden je nach Gesamtbettenzahl berechnet, z.B. 0,5 VK pro 300 Betten (Details siehe Quellenliteratur).• Zusätzlich Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildet, außerdem Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie• (Mindestqualifikation für ABS ist in der QS Sepsis der ABS-fellow-Kurs)• Leitlinie:<ul style="list-style-type: none">• Alle verpflichtenden Professionen müssen an der Leitlinienerstellung teilgenommen haben, Aktualisierung jährlich, Dokumentation muss vorliegen• ABS-Visite:<ul style="list-style-type: none">• Bettseitige Visite, die die Evaluation von antibiotischen Therapien bezüglich Indikation, Substanzwahl, Dosierung, Applikationsart und Therapiedauer unter Berücksichtigung von Leitlinien durch ABS-Experten beinhaltet und deren Ergebnisse mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten diskutiert werden.• Infektiologische Visite ist gleichwertig.• Es dürfen nicht ausschließlich Patientinnen und Patienten auf Intensivstation (ITS) / Intermediate Care Station (IMC) / Stroke Unit visitiert werden.• <u>Soll</u>: Anzahl der Visiten wird je nach Gesamtbettenanzahl berechnet, z.B. 50 Visiten pro 300 Betten (Details siehe Quellenliteratur)
<p>Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">• Vorschlag für Verantwortlichkeit: Kliniker, ABS-Team	<p>Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">• Strukturindikator• Krankenhausstandort, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt• Die SOP muss für das gesamte Erfassungsjahr gelten, von jeder Anwenderin bzw. jedem Anwender einsehbar sein und folgende Inhalte regeln:<ul style="list-style-type: none">• Risikoeinschätzung und Anamneseerhebung bei V.a. Sepsis• Regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter• Fokusidentifizierung• Laborparameter, Entnahme von mikrobiologischen Proben• Festlegung eines zeitlichen Zielwertes zur Einleitung einer antiinfektiven Therapie (Soll < 60 Minuten)• Volumentherapie• Informationsblatt zur Sepsiserkrankung bei Entlassung• u.a.• <u>Soll</u>: 100%
<p>Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis</p>	<p>Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none">• Strukturindikator• Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben• Schulungen:



<ul style="list-style-type: none">Vorschlag für Verantwortlichkeit: Kliniker, ABS-Team	<ul style="list-style-type: none">Zu schulendes Personal: Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, weiteres Personal (z.B. Hebammen u.a.)Schulungsinhalte: Mögliche Symptome, Risikogruppen, Behandlungspfade etc.)Schulungsform: Präsenz oder Online, jeweils mit TeilnahmebescheinigungDozenten: Fachärztinnen oder Fachärzte, examinierte Pflegekräfte.Schulungsquote: Verhältnis von geschultem Personal gegen das zu schulende Personal.<u>Soll</u>: Mindestens 80%
KENNZAHLEN	
<p>Outcomes</p> <ul style="list-style-type: none">Vorschlag für Verantwortlichkeit: Controlling, Abrechnung	<ul style="list-style-type: none">Sozialdatenbasierte KennzahlenLetalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach EntlassungNeu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung

Quellen:

- (1) Website des IQTIG: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis), Stand: 24.10.2025, <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-sepsis/>
- (2) Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“, Machbarkeitsprüfung, Indikatorenset V2.1, 11. März 2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses