

QS Verfahren Sepsis

Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner, M.Sc.
Direktor und Leitender Krankenhaushygieniker
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald



Sepsis - weltweit

- Jährliche Inzidenz weltweit 276–678/100.000 –wahrscheinlich höher
- Letalität weltweit 22,5 - 26,7%
- Ca. 75% ambulant erworben
- Ca. die Hälfte der Sepsen mit Organdysfunktion auf ITSn noskomial erworben und zu ca. 50% sekundär.
- Sepsen mit Organdysfunktion auf ITS mit einer Mortalität von über 50%

Fleischmann-Struzek, C., Rudd, K. Challenges of assessing the burden of sepsis. Med Klin Intensivmed Notfmed 118 (Suppl 2), 68–74 (2023)

Markwart R, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2020 Aug;46(8):1536-1551.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1425056/retrieve>

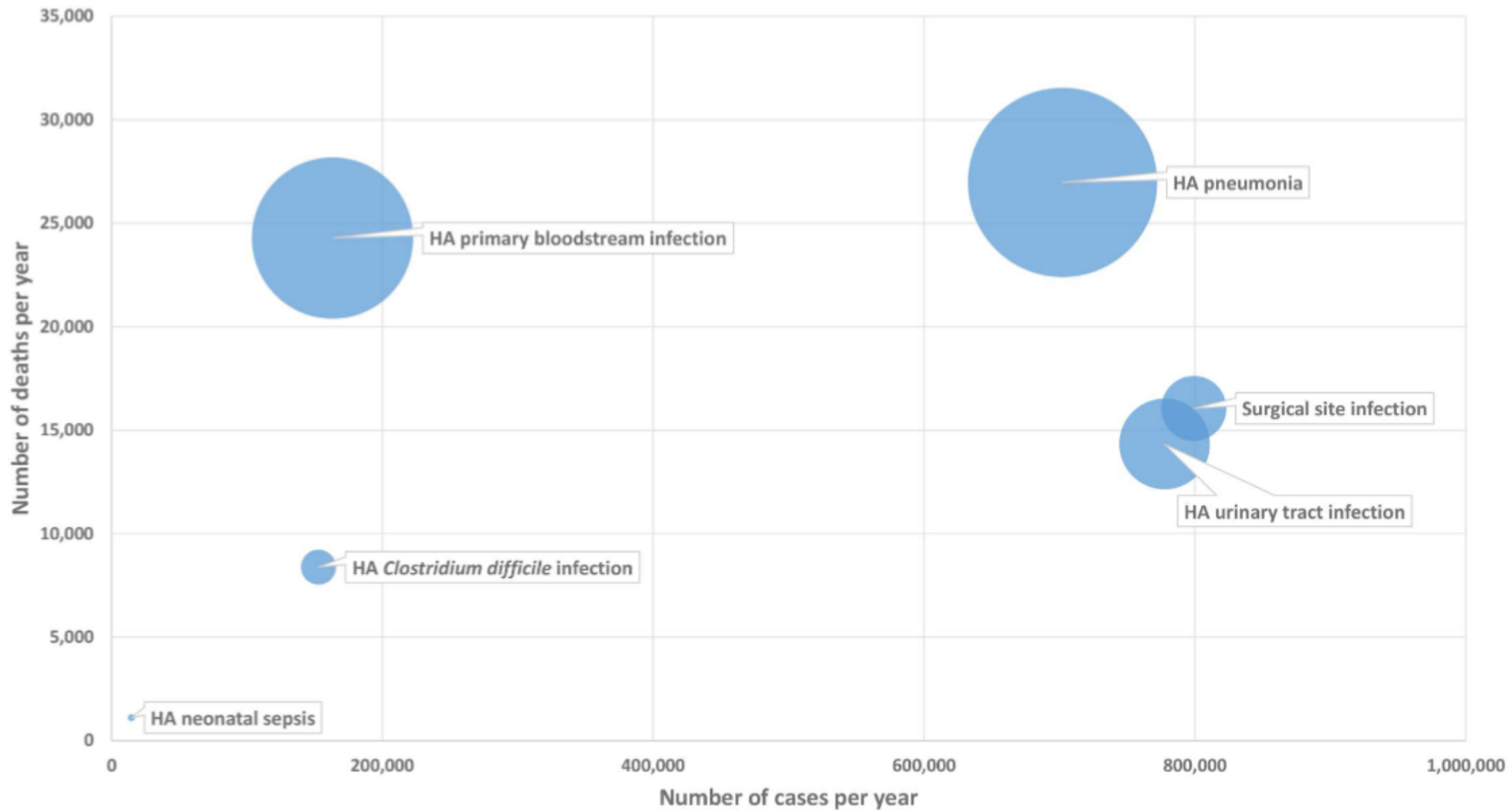


Fig 1. Six healthcare-associated infections according to their number of cases per year (x-axis), number of deaths per year (y-axis), and DALYs per year (width of bubble), EU/EEA, 2011–2012 (time discounting was not applied). DALY, disability-adjusted life year; HA, healthcare-associated.

Sepsis in Deutschland

- Inzidenz: 158 – 270 (700?)/100.000 Einwohner
- ALERTS/Alerts-Net-Studien: 45% der Blutstrominfektionen nosokomial, 55% ambulant erworben. Der zugrunde liegende Infektionsfokus war am häufigsten eine Atemwegsinfektion bzw. eine Harnwegsinfektion (19 bzw. 18%).
- 21% entwickelten aus der BSI eine Sepsis. Gefäßkatheterassoziierte Blutstrominfektionen gingen nur sehr selten mit einer Sepsis einher (<1,0%).
- Nosokomiale Infektionen führen häufig zur Sepsis (tiefe Atemwegsinfektion 37%; SSI 25%, primäre Sepsis ohne nachweisbaren Organfokus – inkl. Gefäßkatheterass.e Infektionen – 32%, symptomatische HWI 8%, andere 22%).
- Die Krankenhaussterblichkeit betrug 48% bei Sepsis/Schock auf Intensiv und 13% auf Normalstationen.

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:562–571

Fleischmann-Struzek C, Schwarzkopf D, Reinhart K. 2022 May;117(4):264-268.

<https://www.deutschland-erkennt-sepsis.de/>

OPTIMISE [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/230/2022-07-](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/230/2022-07-14_OPTIMISE_Ergebnisbericht.pdf&ved=2ahUKEwiGlsuhotqPAXVkJQ_EDHXWIJh4QFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw1rx__rGdyRVSj4gK5Hmw0S)

14_OPTIMISE_Ergebnisbericht.pdf&ved=2ahUKEwiGlsuhotqPAXVkJQ_EDHXWIJh4QFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw1rx__rGdyRVSj4

gK5Hmw0S

QS SEPSIS: Diagnostik und Therapie der Sepsis



Das QS-Verfahren verfolgt die nachfolgenden Zielsetzungen:

- die Reduzierung der Mortalität sowie neu auftretende Morbiditäten von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
- die Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
- die Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
- die Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
- die Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen

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

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

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

18.08.2025: S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025: Prävention

- Letzter Punkt in der Leitlinie (!!!)
- Wir empfehlen die Implementierung eines Antimicrobial-Stewardship (AMS)-Programms im Krankenhaus.
- Wir empfehlen, multimodale Strategien zur Implementierung von Infektionspräventionsmaßnahmen (z. B. bei intravasalen Kathetern) einzusetzen.
- Wir empfehlen die Umsetzung der Empfehlungen der STIKO, insbesondere gegen Influenza, COVID-19, RSV, Pneumokokken, Meningokokken und Haemophilus influenzae B.
- Wir empfehlen für das medizinische Personal die jährliche Impfung gegen Influenza und COVID-19, um Patienten vor nosokomialen respiratorischen Infektionen und konsekutiver Sepsis zu schützen.
- Wir empfehlen, dass Patienten mit Asplenie gemäß STIKO-Empfehlungen geimpft, mit einem entsprechenden Notfallpass und mit einer Antibiotika-Standby-Prophylaxe ausgestattet werden.

18.08.2025: S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025: Screening

- DSG 2025 (Änderung): Wir empfehlen Krankenhäusern ein Qualitätssicherungsprogramm zum Thema Sepsis, einschließlich eines Sepsis-Screenings für akut erkrankte Hochrisikopatienten und Standardarbeitsanweisungen (SOPs) für die Behandlung (Empfehlungsgrad: stark).
- DSG 2025 (Änderung): Wir empfehlen bei Patienten außerhalb der Intensivstation, bei denen der Verdacht auf eine Infektion besteht, regelmäßig ein geeignetes Screeninginstrument anzuwenden, um eine Sepsis frühzeitig zu erkennen (Empfehlungsgrad: stark).
- DSG 2025 (NEU): Wir empfehlen bei Erwachsenen mit Verdacht auf Sepsis, eine Messung des Laktats im Blut durchzuführen (Empfehlungsgrad: stark).

18.08.2025: S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025: Antim. Therapie

- DSG 2025 (Änderung): Wir empfehlen, bei Patienten mit Sepsis, dass die Verabreichung von intravenösen Antiinfektiva so schnell wie möglich, bei Patienten mit einem septischen Schock idealerweise innerhalb einer Stunde erfolgt (Empfehlungsgrad: stark).
- DSG 2025 (NEU): Wir schlagen vor, bei einem Verdacht auf eine Sepsis ohne Schocksymptomatik zunächst eine zeitnahe weitere Diagnostik durchzuführen. Falls der Verdacht auf eine zugrunde liegende Infektion weiterbesteht, sollte die Verabreichung der antiinfektiven Therapie innerhalb von drei Stunden erfolgen (Expertenkonsens).
- DSG 2025 (NEU): Wir empfehlen, bei Patienten mit Sepsis oder septischem Schock Beta-Laktam-Antibiotika als prolongierte oder kontinuierliche Infusion (nach initialem Bolus) zu verabreichen (Empfehlungsgrad: stark).
- DSG 2025 (NEU): Wir schlagen vor, bei Patienten mit Sepsis oder septischem Schock ohne erhöhtes Risiko für multiresistente Erreger KEINE routinemäßige, initiale Therapie mit zwei verschiedenen gegen gramnegative Erreger wirksamen Substanzen durchzuführen (Empfehlungsgrad: schwach).
- DSG 2025 (Änderung): Wir schlagen vor, bei Patienten mit Sepsis oder septischem Schock mit einem niedrigen Risiko für eine Pilzinfektion KEINE antimykotische Therapie durchzuführen. Wir schlagen vor, bei Patienten mit Sepsis oder septischem Schock mit einem hohen Risiko für eine Pilzinfektion eine empirische antimykotische Therapie durchzuführen (Empfehlungsgrad: schwach).

Herzlichen Dank und Einladung zum

KOMPASS-Hygienetag am 15. Oktober 2025

Thema: **Ausbruchsmanagement**

ABS-Refresher am 19. November 2025

Thema: **Antibiotische Prophylaxe**



<https://www.mre-kompass.de>