Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Berichte zur EDV- und informationstechnischen Aufbereitung und erweiterten Machbarkeitsprüfung sowie empirischen Prüfung der Umsetzbarkeit entwickelter Qualitätsindikatoren zum Qualitätssicherungsverfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Vom 17. September 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. September 2015 beschlossen, die Berichte zur EDV- und informationstechnischen Aufbereitung und erweiterten Machbarkeitsprüfung gemäß **Anlagen 1 bis 3** sowie empirischen Prüfung der Umsetzbarkeit entwickelter Qualitätsindikatoren gemäß **Anlagen 4 und 5** zum Qualitätssicherungsverfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen zur Veröffentlichung auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB V freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. September 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Erweiterte Machbarkeitsprüfung

Stand: 30. April 2015

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen – Erweiterte Machbarkeitsprüfung

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
20. März 2014

Datum der Abgabe:
30. Januar 2015
Redaktionelle Überarbeitung am 10. April 2015 und 30. April 2015

Signatur:
15-SQG-005

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 9
Abbildungsverzeichnis ... 13
Abkürzungsverzeichnis ... 14
Management Summary ... 16
1 Einleitung ... 19
1.1 Beauftragung der erweiterten Machbarkeitsprüfung ... 19
1.2 Begründung für erweiterte Machbarkeitsprüfungen ... 19
2 Vorbereitung der erweiterten Machbarkeitsprüfung ... 21
2.1 Rekrutierung der Teilnehmer ... 21
2.2 Zusammensetzung der Teilnehmer ... 22
2.3 Vorbereitung der Vor-Ort-Interviews ... 22
2.3.1 Unterlagen für die Teilnehmer ... 22
2.3.2 Zusatzfragen ... 23
2.3.3 Ansprechpartner für die Teilnehmer ... 23
3 Durchführung der Machbarkeitsprüfung ... 24
3.1 Durchführung der Vor-Ort-Interviews ... 24
3.2 Daten- und Schemaprüfung, Auswertung der Daten ... 24
3.3 Auswertung der Antworten ... 25
4 Dokumentationsbogen „Prozess“ ... 26
4.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Prozess“ ... 26
4.1.1 Datenfeld 1 „Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs“ ... 26
4.1.2 Datenfeld 2 „Kathetersystem“ ... 27
4.1.3 Datenfeld 3 „Datum der Anlage“ ... 28
4.1.4 Datenfeld 4 „Insertionsstelle“ ... 28
4.1.5 Datenfeld 5 „Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs“ ... 29
4.1.6 Datenfeld 6 „Indikation(en) zur Anlage des ZVK“ ... 30
4.1.7 Datenfeld 7 „Geplante Nutzungsdauer“ ... 31
4.1.8 Datenfeld 8 „Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage“ ... 31
4.1.9 Datenfeld 9 „Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag“ ... 32
4.1.10 Datenfeld 10 „Verlegung des Patienten“ ... 34
4.1.11 Datenfeld 11 „Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung“ ... 35
4.1.12 Datenfeld 12 „Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ ... 36
4.1.13 Datenfeld 13 „Datum Entnahme des ZVK“ ... 37

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.14 Datenfeld 14 „Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt“ ... 38
4.1.15 Datenfeld 15 „ZVK-Liegetage“ ... 39
4.2 Fallprüfungen ... 40
4.3 Auswertung der Prozessindikatoren ... 41
4.4 Empfehlungen für die Prozessindikatoren ... 42
5 Dokumentationsbogen „Infektion“ ... 44
5.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Infektion“ ... 44
5.1.1 Datenfeld 1 „Prozedur“ ... 44
5.1.2 Datenfeld 2 „ZVK zum Zeitpunkt des Beginns [...] einer Sepsis vorhanden“ ... 44
5.1.3 Datenfeld 3 „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK“ ... 45
5.1.4 Datenfeld 4 „Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene“ ... 47
5.1.5 Datenfeld 5 „In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen“ ... 47
5.1.6 Datenfeld 6 „Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien“ ... 49
5.1.7 Datenfeld 7 „Nachweis eines multiresistenten Erregers“ ... 50
5.1.8 Datenfeld 8 „Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien“ ... 51
5.2 Fallprüfungen ... 52
5.2.1 Datenfeld 2: ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden ... 53
5.2.2 Datenfeld 3: Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK ... 53
5.2.3 Datenfeld 4: Blutkultur andere Vene, und Frage 5: Separate Venenpunktion ... 53
5.2.4 Datenfeld 6: Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien ... 54
5.2.5 Datenfeld 7: Nachweis eines multiresistenten Erregers ... 54
5.2.6 Klinische primäre Sepsis bei Patienten bis 1 Jahr ... 54
5.3 Auswertung der Infektionsindikatoren ... 56
5.4 Empfehlungen für die Indexleistung Infektion ... 56
6 Dokumentationsbogen „Neonatologie“ ... 61
6.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Neonatologie“ ... 61
6.1.1 Datenfeld 1 „Zentralvenöser Katheter“ ... 61
6.1.2 Datenfeld 2 „ZVK-Liegetage“ ... 62
6.1.3 Datenfeld 6 „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“ ... 62
6.2 Fallprüfungen ... 63
6.3 Auswertung der Neonatologie-Indikatoren ... 65
6.4 Auswertungen der Zusatzfragen „Neonatologie“ ... 65
6.5 Empfehlungen für die Indexleistung Neonatologie ... 66
7 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Ergebnisse nach Datenfeldern (Fragen) ... 67
7.1 Stationäre Einrichtungsbefragung ... 67
Frage 1: Durchschnittlicher patientenbezogener Gesamtschweregrad der Einrichtung ... 67

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 2: Durchschnittliches Relativgewicht der Patienten ... 68
Frage 3: Patiententage Gesamteinrichtung ... 68
Frage 4: Anzahl Blutkultursets mit veranlasster Blutkulturdiagnostik ... 69
Frage 5: Patiententage auf Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit ... 70
Frage 6: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit ... 70
Frage 7: Patiententage auf Station(en) ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ... 72
Frage 8: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Station(en) ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ... 73
Frage 9: Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage ... 74
Frage 10: Inhalte der Arbeitsanweisung ... 75
Frage 11: Bereiche mit entsprechender Arbeitsanweisung ... 76
Frage 12: Aktualisierung der Arbeitsanweisung ... 77
Frage 13: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel ... 77
Frage 14: Inhalte der Arbeitsanweisung ... 79
Frage 15: Aktualisierung der Arbeitsanweisung ... 80
Frage 16: Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung ... 80
Frage 17: Inhalte der Arbeitsanweisung ... 82
Frage 18: Aktualisierung der Arbeitsanweisung ... 83
Frage 19: Arbeitsanweisung zu Infusionslösungen ... 83
Frage 20: Inhalte der Arbeitsanweisung ... 85
Frage 21: Aktualisierung der Arbeitsanweisung ... 86
Frage 22: Arbeitsanweisung bei Port-/ZVK-Infektion ... 87
Frage 23: Inhalte der Arbeitsanweisung ... 89
Frage 24: Aktualisierung der Arbeitsanweisung ... 90
Frage 25: Standard zur Antibiotika-Initialtherapie ... 91
Frage 26: Aktualisierung des Standards ... 92
Frage 27 bis Frage 32: Schulungskonzept ... 93
Frage 27: Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port ... 93
Frage 28: Angebot entsprechender Schulungen ... 93
Frage 29: Inhalte der Schulungen ... 94
Frage 30: Zur Teilnahme verpflichtete Berufsgruppen ... 94
Frage 31: Dokumentation der Schulungsdurchführung ... 94
Frage 32: Sicherstellung der regelmäßigen Schulungsteilnahme ... 95
Frage 33: Informationsveranstaltung Hygiene und Infektionsprävention ... 97
7.2 Ambulante Einrichtungsbefragung ... 99
Frage 1: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel ... 99

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 2: Inhalte der Arbeitsanweisung 101
Frage 3: Aktualisierung der Arbeitsanweisung 101
Frage 4: Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung 102
Frage 5: Inhalte der Arbeitsanweisung 103
Frage 6: Aktualisierung der Arbeitsanweisung 104
Frage 7: Arbeitsanweisung zu Infusionslösungen 105
Frage 8: Inhalte der Arbeitsanweisung 106
Frage 9: Aktualisierung der Arbeitsanweisung 108
Frage 10: Arbeitsanweisung bei Port-/ZVK-Infektionen 109
Frage 11: Inhalte der Arbeitsanweisung 110
Frage 12: Aktualisierung der Arbeitsanweisung 111
Frage 13 bis Frage 18: Schulungskonzept 112
Frage 13: Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port 112
Frage 14: Angebot entsprechender Schulungen 113
Frage 15: Inhalte der Schulungen 113
Frage 16: Zur Teilnahme verpflichtete Berufsgruppen 113
Frage 17: Dokumentation der Schulungsdurchführung 114
Frage 18: Sicherstellung der regelmäßigen Schulungsteilnahme 114
Frage 19: Informationsveranstaltung „Hygiene und Infektionsprävention“ 117

8 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Empfehlungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren und der Indizes 119

8.1 Empfehlungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren 119

8.1.1 Trennung der Indikatoren für stationäre und ambulante Einrichtungsbefragung 119

8.1.2 Weitere Änderungen auf Indikatorebene 120

8.2 Empfehlungen auf Ebene der Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement 121

8.2.1 Benennung der Indizes 121

8.2.2 Berechnung der Indizes 121

9 Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen 122

9.1 Index 01 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen 122

9.2 Index 02 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen 125

9.3 Einzelindikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch 128

9.3.1 Indikator-ID 24 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit 128

9.3.2 Indikator-ID 20 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit 129

9.3.3 Indikator-ID 21 – Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung 130

10 Zielgruppenspezifisches Auswertungskonzept 132

10.1 Berichtsarten 132

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.1.1 Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§18 Qesü-RL) ... 132
10.1.2 Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL) ... 133
10.1.3 Bundesauswertung ... 133
10.1.4 Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL) ... 133
10.2 Bundeseinheitliche Rechenregeln ... 133
10.3 Risikoadjustierung ... 133
10.4 Sollstatistik und Konformitätserklärung ... 133
10.5 Aufbau der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer ... 134
10.6 Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement ... 135
10.6.1 Standortbezogene Auswertung der Einrichtungsbefragungen ... 136
10.6.2 Verfügbarkeit der Daten für die Indizes ... 136
10.6.3 Datenlieferfrist ... 136
10.6.4 Auswertung und Berichterstellung ... 136
10.6.5 Darstellung in den Rückmeldeberichten ... 137
10.7 Indikatoren zur Händedesinfektion und Blutkulturdiagnostik ... 137
10.7.1 Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren zur Händedesinfektion und Blutkulturdiagnostik ... 137
10.7.2 Datenlieferfrist ... 137
10.7.3 Auswertung und Berichterstellung ... 137
10.7.4 Darstellung in den Rückmeldeberichten ... 137
10.8 Auswertung der Infektionsindikatoren ... 138
10.8.1 Verfügbarkeit der QS-Dokumentationen ... 138
10.8.2 Lieferfrist für die Daten zur QS-Dokumentation ... 138
10.9 Auswertung des Sozialdatenindikators 52_AA ... 138
10.9.1 Verfügbarkeit der Sozialdaten ... 138
10.9.2 Lieferfristen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen ... 138
10.9.3 Erstmalige Berichterstattung zum Indikator ... 138
10.9.4 Standortbezogene Auswertung ... 139
10.10 Grafische Darstellung von Lieferfristen und Berichtszeiträumen ... 140
11 Auswertung der Zusatzfragen ... 141
11.1 Zusatzfragen zur fallbezogenen Dokumentation der Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“ ... 141
11.1.1 Dokumentationsaufwand ... 141
11.1.2 Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen ... 143
11.2 Zusatzfragen zur Einrichtungsbefragung ... 143
11.2.1 Dokumentationsaufwand ... 143
11.2.2 Bewertung der Praktikabilität des Verfahrens ... 144

© 2015 AQUA-Institut GmbH

11.2.3 Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen ... 145
11.2.4 Nutzen für das interne Qualitätsmanagement ... 145
11.2.5 Indexbildung ... 145
11.3 Zusammenfassung: Erkennen von Implementierungsbarrieren ... 146
12 Zusammenfassung der Empfehlungen ... 147
12.1 Teilnehmerrekrutierung ... 147
12.2 Fallbezogene QS-Dokumentation ... 147
12.2.1 Indexleistung „Prozess“ ... 147
12.2.2 Indexleistung „Neonatologie“ ... 147
12.2.3 Indexleistung „Infektion“ ... 148
12.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ... 149
12.3.1 Änderungen auf Indikatorebene – Indikatoren der Indizes ... 149
12.3.2 Änderungen auf Datenfeldebene ... 151
12.3.3 Änderung des Auswertungsalgorithmus ... 151
12.3.4 Änderungen auf Indikatorebene – Einzelindikatoren zu Händedesinfektionsmittelverbrauch und Blutkulturdiagnostik ... 151
12.4 Sozialdatenindikator 52_AA ... 152
12.5 Auswertungskonzept ... 152
12.5.1 Zeitpunkt der Auswertung ... 152
12.5.2 Frühzeitige Nutzungsmöglichkeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen ... 153
12.5.3 Zielgruppenspezifische Rückmeldeberichte ... 153
12.5.4 Standortbezug der Einrichtungsbefragung ... 153
12.6 Weitere Empfehlungen ... 153
12.6.1 Datenvalidierung ... 153
12.6.2 Auslösung der Dokumentationspflicht ... 153
12.6.3 Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse ... 153
12.7 Offene Fragen ... 154
12.7.1 Feststellung der Dokumentationspflicht ... 154
12.7.2 Behandlung von Belegärzten und ermächtigten Ärzten ... 154
12.7.3 Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen ... 154
13 Fazit ... 155

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmer aus dem stationären Bereich ... 22
Tabelle 2: Beispiel für Fragen zum Verständnis und zur Verfügbarkeit ... 23
Tabelle 3: Ergebnisse zu Datenfeld 1 ... 26
Tabelle 4: Ergebnisse zu Datenfeld 2 ... 27
Tabelle 5: Ergebnisse zu Datenfeld 3 ... 28
Tabelle 6: Ergebnisse zu Datenfeld 4 ... 28
Tabelle 7: Ergebnisse zu Datenfeld 5 ... 29
Tabelle 8: Ergebnisse zu Datenfeld 6 ... 30
Tabelle 9: Ergebnisse zu Datenfeld 7 ... 31
Tabelle 10: Ergebnisse zu Datenfeld 8 ... 32
Tabelle 11: Ergebnisse zu Datenfeld 9 ... 33
Tabelle 12: Ergebnisse zu Datenfeld 10 ... 34
Tabelle 13: Ergebnisse zu Datenfeld 11 ... 35
Tabelle 14: Ergebnisse zu Datenfeld 12 ... 36
Tabelle 15: Ergebnisse zu Datenfeld 13 ... 37
Tabelle 16: Ergebnisse zu Datenfeld 14 ... 38
Tabelle 17: Ergebnisse zu Datenfeld 15 ... 39
Tabelle 18: Altersverteilung der Patienten (N=189) ... 40
Tabelle 19: Altersklassen der Patienten ... 40
Tabelle 20: Geschlechtsverteilung der Patienten ... 40
Tabelle 21: Häufigkeit des gewählten Kathetersystems ... 41
Tabelle 22: Häufigkeit der gewählten Insertionsstelle ... 41
Tabelle 23: Ergebnisse der QIs der fallbezogenen Prozessdokumentation ... 41
Tabelle 24: Ergebnisse zu Datenfeld 1 ... 44
Tabelle 25: Ergebnisse zu Datenfeld 2 ... 45
Tabelle 26: Ergebnisse zu Datenfeld 3 ... 46
Tabelle 27: Ergebnisse zu Datenfeld 4 ... 47
Tabelle 28: Ergebnisse zu Datenfeld 5 ... 48
Tabelle 29: Ergebnisse zu Datenfeld 6 ... 49
Tabelle 30: Ergebnisse zu Datenfeld 7 ... 51
Tabelle 31: Ergebnisse zu Datenfeld 8 ... 51
Tabelle 32: Altersverteilung der Patienten (N=78) ... 52
Tabelle 33: Geschlechtsverteilung der Patienten ... 52

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 34: Datenfeld 2: Anzahl der Patienten, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden war 53
Tabelle 35: Antworten zur Frage nach der Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK 53
Tabelle 36: Antworten zur Frage nach der Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene 53
Tabelle 37: In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen 54
Tabelle 38: Primäre Sepsis gemäß CDC 54
Tabelle 39: Nachweis eines multiresistenten Erregers 54
Tabelle 40: Klinische primäre Sepsis bei Patienten bis 1 Jahr 54
Tabelle 41: Anzahl der Kodes für die QS-Auslösung 55
Tabelle 42: Anzahl doppelter QS-Auslösung 55
Tabelle 43: Empirische QIs der fallbezogenen Infektionsdokumentation 56
Tabelle 44: Ergebnisse zu Datenfeld 1 61
Tabelle 45: Ergebnisse zu Datenfeld 2 62
Tabelle 46: Ergebnisse zu Datenfeld 6 62
Tabelle 47: Gestationsalter der Neu- bzw. Frühgeborenen in Wochen 63
Tabelle 48: Geburtsgewicht der Neu- bzw. Frühgeborenen in Gramm 63
Tabelle 49: ZVK-Liegetage bei Neu- bzw. Frühgeborenen 64
Tabelle 50: Empirische QIs der fallbezogenen Infektionsdokumentation 65
Tabelle 51: Stationäre Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1 67
Tabelle 52: Ergebnisse zu Frage 2 68
Tabelle 53: Ergebnisse zu Frage 3 68
Tabelle 54: Ergebnisse zu Frage 4 69
Tabelle 55: Ergebnisse zu Frage 5 70
Tabelle 56: Ergebnisse zu Frage 6 70
Tabelle 57: Ergebnisse zu Frage 7 72
Tabelle 58: Ergebnisse zu Frage 8 73
Tabelle 59: Ergebnisse zu Frage 9 74
Tabelle 60: Ergebnisse zu Frage 10 76
Tabelle 61: Ergebnisse zu Frage 11 76
Tabelle 62: Ergebnisse zu Frage 12 77
Tabelle 63: Ergebnisse zu Frage 13 77
Tabelle 64: Ergebnisse zu Frage 14 79
Tabelle 65: Ergebnisse zu Frage 15 80
Tabelle 66: Ergebnisse zu Frage 16 80
Tabelle 67: Ergebnisse zu Frage 17 82
Tabelle 68: Ergebnisse zu Frage 18 83
Tabelle 69: Ergebnisse zu Frage 19 83

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 70: Ergebnisse zu Frage 20 85
Tabelle 71: Ergebnisse zu Frage 21 86
Tabelle 72: Ergebnisse zu Frage 22 87
Tabelle 73: Ergebnisse zu Frage 23 89
Tabelle 74: Ergebnisse zu Frage 24 90
Tabelle 75: Ergebnisse zu Frage 25 91
Tabelle 76: Ergebnisse zu Frage 26 92
Tabelle 77: Ergebnisse zu Frage 27 93
Tabelle 78: Ergebnisse zu Frage 28 93
Tabelle 79: Ergebnisse zu Frage 29 94
Tabelle 80: Ergebnisse zu Frage 30 94
Tabelle 81: Ergebnisse zu Frage 31 94
Tabelle 82: Ergebnisse zu Frage 32 95
Tabelle 83: Ergebnisse zu Frage 33 97
Tabelle 84: Ambulante Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1 99
Tabelle 85: Ergebnisse zu Frage 2 101
Tabelle 86: Ergebnisse zu Frage 3 101
Tabelle 87: Ergebnisse zu Frage 4 102
Tabelle 88: Ergebnisse zu Frage 5 104
Tabelle 89: Ergebnisse zu Frage 6 104
Tabelle 90: Ergebnisse zu Frage 7 105
Tabelle 91: Ergebnisse zu Frage 8 107
Tabelle 92: Ergebnisse zu Frage 9 108
Tabelle 93: Ergebnisse zu Frage 10 109
Tabelle 94: Ergebnisse zu Frage 11 110
Tabelle 95: Ergebnisse zu Frage 12 111
Tabelle 96: Ergebnisse zu Frage 13 112
Tabelle 97: Ergebnisse zu Frage 14 113
Tabelle 98: Ergebnisse zu Frage 15 113
Tabelle 99: Ergebnisse zu Frage 16 113
Tabelle 100: Ergebnisse zu Frage 17 114
Tabelle 101: Ergebnisse zu Frage 18 114
Tabelle 102: Ergebnisse zu Frage 19 117
Tabelle 103: Alte und neue Indikator-IDs und -bezeichnungen für stationäre und ambulante Einrichtungsbefragung 119
Tabelle 104: Weitere Änderungen auf Indikatorebene 120

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 105: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum 123

Tabelle 106: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren (ungewichtete Auswertung) 125

Tabelle 107: Vergleich der Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nach gewichteter und ungewichteter Auswertung 125

Tabelle 108: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum 126

Tabelle 109: Vergleich der Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nach gewichteter und ungewichteter Auswertung 127

Tabelle 110: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren (ungewichtete Auswertung) 127

Tabelle 111: Ergebnisse der Händedesinfektionsmittelindikatoren 128

Tabelle 112: Berechnung des Indikators zur Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik 130

Tabelle 113: Struktur des Rückmeldeberichts 135

Tabelle 114: QIs des Index 01: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen 135

Tabelle 115: QIs des Index 02: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen 136

Tabelle 116: Indikatoren zur Händedesinfektion 137

Tabelle 117: Blutkulturdiagnostik- und Sepsisindikatoren für stationäre Einrichtungen 138

Tabelle 118: Fallbezogene Dokumentation „Prozess“ – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands 142

Tabelle 119: Fallbezogene Dokumentation „Infektion“ – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands 143

Tabelle 120: Stationäre Einrichtungsbefragung – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands 143

Tabelle 121: Ambulante Einrichtungsbefragung – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands 144

Tabelle 122: Einrichtungsbefragung – Praktikabilität 144

Tabelle 123: Einrichtungsbefragung – Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen 145

Tabelle 124: Einrichtungsbefragung – Nutzen für das interne Qualitätsmanagement 145

Tabelle 125: Einrichtungsbefragung – Beurteilung der Indexbildung 146

Tabelle 126: Einrichtungsbefragung – Beurteilung der Gewichtung im Index 146

Tabelle 127: Zur Streichung empfohlene QIs der Indexleistung „Prozess“ 147

Tabelle 128: Zur Weiterentwicklung des QS-Leistungsbereichs Neonatologie empfohlene QIs 148

Tabelle 129: Änderungen auf Indikatorebene – stationärer Index 149

Tabelle 130: Änderungen auf Indikatorebene – ambulanter Index 150

Tabelle 131: Einrichtungsbefragung: Art und Anzahl der Änderungen auf Datenfeldebene 151

Tabelle 132: Änderungen auf Indikatorebene – Händedesinfektionsmittelverbrauch 152

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ 123

Abbildung 2: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“, ungewichtete Auswertung 124

Abbildung 3: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ 126

Abbildung 4: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit 129

Abbildung 5: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit 130

Abbildung 6: Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik 131

Abbildung 7: Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte 140

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAS	Bundesauswertungsstelle
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DAS	Datenannahmestelle
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRE	Glykopeptid-resistente Enterokokken
ICD	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ITS	Intensiv(therapie)station
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
HAND-~	Modul zur Durchführung der hygienischen Händedesinfektion (Pflicht für die an der „Aktion Saubere Hände“ teilnehmenden Krankenhäuser)
NEO-~	Modul für Frühgeborene auf neonatologischen Intensivstationen
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LE	Leistungserbringer
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
MIQ	Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik
MP	Machbarkeitsprüfung
MRE	Multiresistente Erreger
MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Abkürzung	Bedeutung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NosI-ZVK	„Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
$PaCO_2$	Arterieller Kohlendioxidpartialdruck
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PCI	Qesü-Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“
PICC	Peripherally Inserted Central Catheter
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsbeauftragter/Qualitätsmanagementbeauftragter
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systematic Inflammatory Response Syndrome
SOP	Standard Operating Procedure
SWA	Softwareanbieter
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken
ZVD	Zentraler Venendruck
ZVK	Zentraler Venenkatheter

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Management Summary

Nach den vorliegenden Ergebnissen der erweiterten Machbarkeitsprüfung und der empirischen Prüfung ergaben sich für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* erhebliche Einschränkungen im Bereich der Ergebnisindikatoren, die nur teilweise durch Modifikationen ausgeglichen werden können. Das AQUA-Institut empfiehlt daher die weitere Verfahrensumsetzung gegenüber dem QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* zu postponieren. Hiervon auszunehmen ist der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, der in das bestehende esQS-Verfahren *Neonatologie* integriert werden sollte. Alle anderen Aspekte des QS-Verfahrens werden nach ausführlichen Diskussionen bei Abschluss des Berichts nicht zur Umsetzung empfohlen.

Die erweiterte Machbarkeitsprüfung für das geplante QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ konnte hinsichtlich der inhaltlichen und zahlenmäßigen Vorgaben (Teilnehmerzahl, Sektorzugehörigkeit der Teilnehmer) gemäß der Beauftragung durchgeführt werden. Dabei wurden zwischen Mai und September 2014 insgesamt 20 Praxen und Krankenhäuser besucht. Im Verlauf der Besuche wurden 281 Fälle sowie je 10 stationäre und ambulante Einrichtungsbefragungen besprochen und protokolliert.

Das AQUA-Institut hat im Verlauf dieser Machbarkeitsprüfung Implementierungshindernisse hinsichtlich der Indexleistungen „Prozess“, „Infektion“ und „Neonatologie“ festgestellt, die zu den unten dargestellten Empfehlungen führten. Keinerlei Implementierungshindernisse waren hinsichtlich der beiden Einrichtungsbefragungen (ambulant und stationär) feststellbar. Für alle Bestandteile wurden zudem zahlreiche Hinweise der Teilnehmer aufgenommen, die zu Änderungen vor allem auf Datenfeldebene geführt haben. Die Hindernisse, Anregungen und die Konsequenzen daraus werden im vorliegenden Bericht dargestellt.

Die zur weiteren Umsetzung erforderlichen Informationen und Modifikationen sind in diesem Bericht dargestellt. Ausgenommen davon sind Fragen, die im parallel vorgelegten Bericht zur empirischen Überprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen beantwortet werden. Die für die Erstellung von themenspezifischen Bestimmungen notwendigen Informationen werden dem G-BA mit Abgabe dieses Berichts und des Berichts zur empirischen Überprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Es hat sich insbesondere gezeigt, dass die eingesetzten Instrumente insgesamt als verständlich und das Verfahren als praktikabel und nutzbringend eingeschätzt werden. So äußerten sich die Teilnehmer zur einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wie folgt:

- 18 von 20 Einrichtungen halten das Verfahren bereits in der vorgestellten Form für praktikabel
- 16 von 20 Einrichtungen können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte teilweise (6), größtenteils (6) oder voll und ganz (4) für das interne Qualitätsmanagement nutzen

Das AQUA-Institut schlägt in Anbetracht der Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer Änderungen gegenüber dem Entwicklungsbericht vom 20. Dezember 2012 in folgenden Bereichen vor:

Fallbezogene QS-Dokumentation – Indexleistung „Prozess“:

- Die für die Umsetzung benötigten Daten stehen für einen Regelbetrieb nicht zur Verfügung bzw. könnten nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand erhoben werden.
- Das AQUA-Institut schlägt daher die Streichung dieses Teils und seiner 5 Qualitätsindikatoren vor.

Fallbezogene QS-Dokumentation – Indexleistung „Neonatologie“

- Die Indexleistung „Neonatologie“ wird, wie bereits im Entwicklungsbericht dargestellt, für die Weiterentwicklung des esQS-Leistungsbereichs *Neonatologie* vorgeschlagen, wo bereits heute die nosokomiale Sepsis der Neugeborenen erfasst wird.
- Beide Indikatoren sollten im Rahmen des Qesü-Verfahrens dann lediglich als Kennzahlen berichtet werden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Fallbezogene QS-Dokumentation – Indexleistung „Infektion“

- Die Auslösung soll nicht mehr an die als wenig sensitiv eingeschätzten OPS-Kodes für „Legen und Wechsel eines ZVK“ gebunden werden, sondern ausschließlich an die Sepsis-Zusatzschlüssel für SIRS und septischen Schock. Damit einher geht eine Verschiebung von der CDC-Definition der Sepsis (Keimnachweis gefordert) hin zur ICD-Definition der Sepsis (Keimnachweis nicht zwingend). Da keine Indexleistung „Prozess“ mehr erhoben wird (s.o.), können die Sepsis-Indikatoren nicht auf den wissenschaftlichen Standard der ZVK-Liegetage bezogen werden. Die schlechte Validität der ZVK-Kodierungen verhindert auch einen Bezug auf die ZVK-Patienten. Als Ausweg empfiehlt das AQUA-Institut, die Sepsisfälle im Zähler auf alle Patienten der Einrichtung im Nenner zu beziehen, genauer auf die Summe der Case-Mix-Punkte der Einrichtung (Produkt aus Patientenzahl x Case Mix Index). Die letzteren Informationen stehen aus der Einrichtungsbefragung zur Verfügung.
- Gleichzeitig soll die Häufigkeit der wichtigsten Ursachen einer nosokomialen Sepsis (Beatmungsassoziierte Pneumonie, Katheter-assoziierter Harnwegsinfekt, Postoperative Wundinfektion) ebenfalls erfasst werden, um damit eine valide Datengrundlage für eine eventuelle Weiterentwicklung des Verfahrens zu schaffen.
- Aufgrund der abschließenden Empfehlungen zur Indexleistung „Neonatologie“ entfallen die Indikatoren „ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Neugeborenen“ und „ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Frühgeborenen“.
- Die Fragen nach der ZVK-assoziierten Sepsis/Sepsis-MRE sollen sich auf die ICD-10-Definition der Sepsis anstelle der CDC-Definitionen beziehen.
- Das Datenfeld „Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien“ wird gestrichen.
- 3 Datenfelder werden neu aufgenommen.

Einrichtungsbefragung insgesamt

- 13 Fragen werden gestrichen, 20 neu aufgenommen.
- 38 Fragen werden geändert.
- 7 Antworten werden geändert.
- 27 Ausfüllhinweise werden neu hinzugefügt.
- 12 Ausfüllhinweise werden geändert.
- Die 6 Indikatoren, die inhaltsgleich in stationärer und ambulanter Einrichtungsbefragung vorkommen, werden aufgeteilt. Indikator-ID und -Bezeichnung werden entsprechend angepasst.
- 4 der 5 weiteren stationären Qualitätsindikatoren werden hinsichtlich ihrer Bezeichnung präzisiert.
- Der Indikator „Schulungskonzept“ (ID 71) wird umbenannt in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in [ambulanten/stationären] Einrichtungen“ und fokussiert stärker auf Inhalte und Durchführung der Schulungen.
- Die Indikatoren 17_A_a/_b, 21_a/_b, 89_A_a/_b und 91_a/_b, die das Vorliegen einer Arbeitsanweisung bzw. internen Leitlinie beinhalten, wurden um Fragen ergänzt, die jetzt folgendem einheitlichen Muster folgen: Geltung, Inhalte, Zugriffsmöglichkeit, Aktualisierung, Autorisierung.
- Die Gewichtung im Auswertungsalgorithmus fällt weg und die maximal erreichbare Punktzahl wird für beide Befragungen einheitlich auf 100 festgelegt.

Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch und zur Blutkulturdiagnostik

- Die begriffliche Trennung zwischen Allgemeinstationen, Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit und Intensivstationen wird in den Indikatorbezeichnungen, den Fragestellungen und den Ausfüllhinweisen präzisiert.

Sozialdatenindikator 52_AA

- Dieser Indikator wird ausschließlich über Sozialdaten erfasst und ist daher Gegenstand der empirischen Prüfung der Sozialdaten. Die hieraus abgeleiteten Modifikationen finden sich im Ergebnisbericht zur empirischen Prüfung.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Auswertung und Berichterstellung

- Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen und der fallbezogenen Dokumentation können erstmalig in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr berichtet werden.
- Ergebnisse des Sozialdatenindikators können frühestens im dritten Jahr berichtet werden.
- Rückmeldeberichte sollen für Krankenhäuser und Arztpraxen/MVZ in ihrem Umfang unterschiedlich erstellt werden, um so den jeweiligen Zielgruppen die für sie zutreffenden Ergebnisbereiche zurückspiegeln zu können.
- Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen sollen nicht auf Standortebene, sondern auf Ebene des gesamten Krankenhauses ausgewertet und berichtet werden.

Datenvalidierung Einrichtungsbefragung

Empfohlen wird eine jährliche Stichprobe von 5 % der Einrichtungen. Die Überprüfung beschränkt sich dabei auf die Übersendung von Dokumentkopien, umfasst also insbesondere keine Vor-Ort-Prüfungen.

In der Zusammenschau der Ergebnisse der erweiterten Machbarkeitsprüfung und der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen ergaben sich folgende erhebliche Einschränkungen für die Ergebnisindikatoren:

1. Unzureichende Sensitivität der OPS-Kodes für zentralvenöse Katheter
2. Keine wissenschaftlich akzeptable Bezugsgröße für die Häufigkeit ZVK-assoziierter Infektionen im gesamten Krankenhaus umsetzbar

Diese Einschränkungen sind der Grund dafür, dass das AQUA-Institut die Umsetzung eines QS-Verfahrens *Vermeidung nososkomialer infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* nicht uneingeschränkt empfehlen kann. Lediglich mit der Eingrenzung auf die Patientengruppe mit dem höchsten Infektionsrisiko, die Früh- und Neugeborenen unter 1.500g, erscheint eine Umsetzung von Ergebnisindikatoren zur ZVK-assoziierten Sepsis möglich und wird vom AQUA-Institut im Rahmen der Systempflege des esQS-Verfahrens *Neonatologie* ausdrücklich empfohlen. Durch die Eingrenzung auf eine kleine Hochrisikogruppe von Patienten, die über andere Kodes sicher identifiziert werden können, ist der Punkt 1 nicht relevant. Punkt 2 ist für diese Patientengruppe nicht zutreffend, da in Perinatalzentren aufgrund einer anderen G-BA Richtlinie (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) entsprechende Dokumentationen bereits verpflichtend eingeführt sind, die für die esQS nutzbar gemacht werden können.

Das AQUA-Institut hat in diesem Bericht versucht, die vielfältigen Umsetzungsprobleme für ein QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* differenziert darzustellen und mit seiner pragmatischen Empfehlung dennoch Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung in diesem klinisch relevanten Bereich aufzuzeigen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

1 Einleitung

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2011 wurde das AQUA-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Instrumenten und der damit verbundenen Dokumentation für das sektorenübergreifende QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ beauftragt. Der Auftrag wurde vom AQUA-Institut angesichts des vorliegenden Interpretationsspielraums der im Rahmen der Recherche zu beantwortenden Fragestellungen mit Schreiben vom 16. Dezember 2011 konkretisiert.

Im Abschlussbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ vom 20. Dezember 2012 empfahl das AQUA-Institut schließlich zwei Indizes, bestehend aus 6 bzw. 8 Indikatoren, und 15 einzelne Qualitätsindikatoren zur Umsetzung.

1.1 Beauftragung der erweiterten Machbarkeitsprüfung

Mit Beschluss vom 20. März 2014 hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Durchführung einer erweiterten Machbarkeitsprüfung „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ (NosI-ZVK[1]) beauftragt. Mit demselben Beschluss wurde zudem die empirische Überprüfung der Sozialdaten für das Verfahren beauftragt, die Gegenstand eines gesonderten Berichts (Abgabetermin ebenfalls 31. Januar 2015) ist.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Erkenntnisse der zwischen März 2014 und Januar 2015 durchgeführten erweiterten Machbarkeitsprüfung.

1.2 Begründung für erweiterte Machbarkeitsprüfungen

In der Vergangenheit waren im Anschluss an die Verfahrensentwicklung in der Regel Machbarkeitsprüfungen beauftragt worden, die mithilfe von Leistungserbringern vor Ort Fragen nach der Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente, der Sinnhaftigkeit der Fragen und Indikatoren sowie der Verfügbarkeit der erforderlichen Daten klären sollten. Daran schlossen sich mehrfach sog. Probebetriebe an, mit deren Hilfe die Umsetzbarkeit im Echtbetrieb simuliert werden sollte. Dabei wurde auf eine kleine Anzahl freiwilliger Leistungserbringer (LE) für einen kurzen Zeitraum (drei Monate) zurückgegriffen, die in diesem Zeitraum Fälle dokumentieren, die Daten aufbereiten und schließlich übermitteln sollten.

Es zeigte sich im Verlauf zweier Probebetriebe, dass diese nur bedingt geeignet waren, die gewünschten Erkenntnisse zu ermitteln. Insbesondere verursachte dieses Konzept bei den Teilnehmern (LE, Softwareanbieter (SWA) und Datenannahmestellen (DAS)) erheblichen zeitlichen und teilweise auch finanziellen Mehraufwand. Aufgrund der kurzen Vorlaufzeiten konnten insbesondere die technischen Vorgaben nicht so umgesetzt werden, dass sie denen eines Regelbetriebs entsprachen. Insofern konnten zwar dank des Einsatzes der Teilnehmer nutzbare Daten erhoben, übermittelt und ausgewertet werden; die Bedingungen entsprachen jedoch teilweise nicht den realen Bedingungen, sodass diverse wichtige Aspekte jeweils nicht abschließend geklärt werden konnten.[2]

Infolgedessen hat der G-BA gemeinsam mit dem AQUA-Institut und weiteren Beteiligten die Vorgehensweise zwischen dem Abschluss der Verfahrensentwicklung und der Einführung eines Verfahrens in den Regelbetrieb verändert. So kann nun nach Abschluss der Entwicklung eine erweiterte Machbarkeitsprüfung (MP) beauftragt werden. Diese MP soll die Elemente der Machbarkeitsprüfung in ihrer alten Form mit ausgewählten Elementen eines Probebetriebs kombinieren. Anstatt einer Erprobung integrierter Softwaresysteme und Datenflüsse steht nunmehr die inhaltliche Überprüfung der Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens durch die Einbeziehung einer größeren Zahl von Leistungserbringern stärker im Fokus. Zusätzlich sollen anonyme Echtdaten erhoben werden, die zur Erprobung der Auswertung herangezogen werden können. Eine Erprobung der technischen Umsetzung

[1] Zentraler Venenkatheter.
[2] Zu den Gründen siehe u.a. den „Abschlussbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation“ vom 30. November 2012, https://www.sqg.de/projekte/probebetrieb-konisation.html.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ist zwar auf diese Weise ausgeschlossen. Das AQUA-Institut kann diese aber bei Vorliegen von (theoretischen) Erkenntnissen auf diesem Gebiet mit in den Bericht zur Machbarkeitsprüfung einfließen lassen. Bei diesen (theoretischen) Erkenntnissen kann es sich beispielsweise um Hinweise der Teilnehmer, aber auch von Softwareanbietern handeln, mit denen Fragen bei Bedarf diskutiert werden. Diese Vorgehensweise hat zur Folge, dass die eigentliche technische Umsetzung erst mit der Einführung des Verfahrens in den Regelbetrieb beginnen kann bzw. in deren Vorfeld. Dabei kann allerdings mittlerweile auf die Kenntnisse und Erfahrungen aus dem Bereich der Sonderexporte im Rahmen der QSKH-RL sowie der beiden zuvor durchgeführten Probebetriebe im Rahmen der Qesü-RL zurückgegriffen werden. Zudem werden bis zu einer eventuellen Einführung des Verfahrens NosI-ZVK weitere Erfahrungen aus dem Bereich der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) und des Qesü-Verfahrens „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (kurz: PCI) vorliegen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

2 Vorbereitung der erweiterten Machbarkeitsprüfung

Im Folgenden werden zunächst das generelle Vorgehen und die Zielsetzungen der erweiterten Machbarkeitsprüfung beschrieben. Die erweiterte Machbarkeitsprüfung zum Verfahren NosI-ZVK umfasst die Prüfung sowohl der Dokumentationsbögen zu den Indexleistungen „Infektion“, „Prozess“ und „Neonatologie“ als auch der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (ambulant und stationär).

Ziel war es, freiwillige Teilnehmer zu finden, die die erforderlichen Dokumentationen anhand der vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Unterlagen durchführen sollten. Die mit den Teilnehmern vereinbarten Besuche dienten dann dem Zweck, die Antworten, Einschätzungen und das Feedback „aus der Praxis“ zu allen Aspekten des Verfahrens und seiner Instrumente einzuholen, aber auch die vorbereiteten Daten aufzunehmen. Neben der Beantwortung der Verständnisfragen sollten 20 (Indexleistung „Prozess“), 10 (Indexleistung „Infektion“) bzw. 5 (Indexleistung „Neonatologie“) anonyme klinische Fälle aus dem Jahr 2013, die den vom AQUA-Institut vorgegebenen Filterkriterien entsprachen, durch die teilnehmenden Krankenhäuser herausgesucht werden.

Die erweiterte Machbarkeitsprüfung besteht aus fünf Elementen:

- Prüfung der fallbezogenen QS-Dokumentationen auf Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit durch die LE
- Prüfung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen auf Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit durch die LE
- Durchführung der Vor-Ort-Interviews mit Erhebung der Antworten und der Daten
- Aus- und Bewertung sowohl der Antworten als auch der Daten
- Überprüfung und ggf. Anpassung des entwickelten Verfahrens an die gewonnenen Erkenntnisse

Übergeordnetes Ziel der Prüfungen war die Schaffung aller notwendigen sachlichen Grundlagen für die Vorbereitung der themenspezifischen Bestimmungen inklusive der technischen Spezifikation dieser Daten.

2.1 Rekrutierung der Teilnehmer

Gemäß der Beauftragung durch den G-BA waren folgende Teilnehmer zu finden:

- Indexleistung „Prozess“
  10 stationäre Teilnehmer. Davon sollten möglichst 4 dieser Krankenhäuser der Maximal- oder Schwerpunktversorgung und 6 der Grund- und Regelversorgung entstammen.

- Indexleistung „Neonatologie“
  3 stationäre Leistungserbringer.

- Indexleistung „Infektion“
  10 stationäre Teilnehmer. Davon sollten möglichst 4 dieser Krankenhäuser der Maximal- oder Schwerpunktversorgung und 6 der Grund- und Regelversorgung entstammen.

- Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation („Einrichtungsbefragung“)
  10 stationäre Teilnehmer. Davon sollten möglichst 4 dieser Krankenhäuser der Maximal- oder Schwerpunktversorgung und 6 der Grund- und Regelversorgung entstammen.

  10 ambulante Teilnehmer. Davon sollten nach Möglichkeit 7 hämato-onkologische Praxen oder medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 3 hämato-onkologische Ambulanzen sein.

In Absprache mit der AG Qesü des G-BA begann das AQUA-Institut bereits vor der offiziellen Beschlussfassung mit der Vorbereitung der Rekrutierungsmaßnahmen. Dazu gehörten unter anderem die Erstellung der notwendigen Fragebögen und die interne Projektplanung.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Um die in der Beauftragung vorgegebene Anzahl an Einrichtungen für die Machbarkeitsprüfung zu gewinnen, wurden verschiedene Wege der Rekrutierung eingeschlagen. Im Zeitraum von Anfang November 2013 bis März 2014 wurden unterschiedliche Akteure auf die erweiterte Machbarkeitsprüfung hingewiesen und gebeten, Einrichtungen zu benennen bzw. sich nach Möglichkeit auch persönlich durch die Ansprache potenzieller Teilnehmer zu engagieren. Angeschrieben bzw. angefragt wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berufsverbände, die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS), Experten der jeweiligen Fachbereiche aus Projekten des AQUA-Instituts, Panelteilnehmer sowie Bundesfachgruppenmitglieder. Darüber hinaus wurde sowohl auf der Webseite des AQUA-Instituts als auch durch eine Pressemitteilung auf die erweiterte Machbarkeitsprüfung hingewiesen und um Beteiligung gebeten. Interessenten wurden Hintergrundinformationen zum Inhalt, den Anforderungen und dem Ziel der Machbarkeitsprüfung zugeschickt. Zudem wurden sie gebeten, sich nach der Entscheidung zur Teilnahme mittels eines vorbereiteten Formulars verbindlich anzumelden.

Der Anmelde- und Auswahlprozess zog sich über mehrere Wochen hin, sodass im Mai 2014 mit den ersten Terminabsprachen begonnen werden konnte.

2.2 Zusammensetzung der Teilnehmer

Es gelang, Teilnehmer entsprechend den gestellten Anforderungen zu rekrutieren und die Machbarkeitsprüfung durchzuführen. Die stationären Teilnehmer setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmer aus dem stationären Bereich

Versorgungsstufe / Verfahrensteil	Grund- und Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Maximalversorgung	Summe
Indexleistung „Prozess“	6	2	2	10
Indexleistung „Infektion“	6	2	2	10
Indexleistung „Neonatologie“	0	1	2	3
Einrichtungsbefragung stationär	6	2	2	10

An der ambulanten Einrichtungsbefragung nahmen 7 hämato-onkologische Praxen und 3 hämato-onkologische Ambulanzen teil.

2.3 Vorbereitung der Vor-Ort-Interviews

Entsprechend den durch das Verfahren zugedachten Aufgabenverteilungen waren auch die Anforderungen an die Teilnehmer je nach Sektorenzugehörigkeit unterschiedlich: 10 der Krankenhäuser beteiligten sich sowohl an der fallbezogenen Befragung „Prozess“ und „Infektion als auch an der stationären einrichtungsbezogenen Befragung. 2 der Krankenhäuser nahmen zusätzlich an der fallbezogenen Befragung „Neonatologie“ teil. Ein Haus nahm lediglich an der fallbezogenen Befragung „Neonatologie“ teil.

Wie im Verfahren vorgesehen, nahmen die Praxen und die Ambulanzen ausschließlich an der ambulanten einrichtungsbezogenen Befragung teil.

2.3.1 Unterlagen für die Teilnehmer

Zur Vorbereitung erhielten alle Teilnehmer die Unterlagen für die stationäre und/oder die ambulante Einrichtungsbefragung per E-Mail. Zusätzlich erhielten die Krankenhäuser vorgefertigte Formulare zur Erfassung der anonymen klinischen Fälle für die jeweiligen fallbezogenen Befragungen sowie für die jeweiligen einrichtungsbezogenen Befragungen. Für das Heraussuchen der Fälle und für die Einrichtungsbefragungen erhielten alle Teilnehmer entsprechende Merkblätter (s. Anhänge A.10 bis A.12) und die Kodes für die Fallauswahl (s. Anhang A.13).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Entsprechend der Zielsetzung waren die Fragebögen zur QS-Dokumentation für die Teilnehmer besonders aufbereitet worden: Sie enthielten nicht nur die inhaltlichen Fragen, also die Dokumentationsbögen im engeren Sinne; zu jeder inhaltlichen Frage wurden zudem weitere Fragen nach immer gleichem Muster gestellt (ausfüllbare PDF-Dateien, s. Anhänge A.1 bis A.9.2):

Tabelle 2: Beispiel für Fragen zum Verständnis und zur Verfügbarkeit

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ Ja ☐ Nein	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ Ja ☐ Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ Ja ☐ Nein	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? [3] ☐ Ja ☐ Nein	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Aus diesem Vorgehen ergab sich für die Teilnehmer zwar ein relativ hoher Aufwand, auf diese Weise wurde aber sichergestellt, dass sie sich intensiv mit den inhaltlichen Aspekten der Machbarkeitsprüfung auseinandersetzten, die – neben der Datenerhebung – von besonderer Bedeutung sind.

Abschließend wurden die Teilnehmer darum gebeten, die von ihnen bereits beantworteten Fragebögen dem AQUA-Institut nach Möglichkeit kurz vor dem vereinbarten Besuchstermin zukommen zu lassen, damit einerseits auf etwaige Rückfragen reagiert, andererseits aber auch auf problematisch erscheinende Fragen fokussiert werden konnte. Während der Besuche wurden dann stets die gesamten Fragebögen durchgegangen bzw. es wurden die Besuche selbstverständlich auch dann durchgeführt, wenn Teilnehmer aus zeitlichen Gründen dem Wunsch, die Bögen vorab zurückzusenden, nicht nachkommen konnten.

2.3.2 Zusatzfragen

Neben den Fragen, die durch das Verfahren selbst und die direkten Erfordernisse der Machbarkeitsprüfung vorgegeben waren, hat das AQUA-Institut jedem Fragebogen Zusatzfragen angehängt, bei denen es etwa um den Zeitaufwand, dessen Beurteilung, die Adressaten des späteren Rückmeldeberichts usw. ging (s. Anhänge A.3, A.5, A.7, A.9.1 und A.9.2). Die Antworten auf diese Fragen gingen, soweit sinnvoll auswertbar, an verschiedenen Stellen ebenfalls in die Auswertung ein.

2.3.3 Ansprechpartner für die Teilnehmer

Bereits mit der Zusendung des Informationsmaterials wurden den (potenziellen) Teilnehmern Ansprechpartner des AQUA-Instituts für inhaltliche und organisatorische Fragen genannt, an die sie sich jederzeit wenden konnten. Zudem wurden ihnen die konkreten Personen, die den Besuch bei ihnen durchführen sollten, bereits mit oder kurz nach erfolgter Terminbestätigung genannt, sodass zu jeder Zeit die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme bestand.

[3] Frage C. konnte alternativ auch lauten „Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?", wenn es bis dato noch keinen solchen gab.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

3 Durchführung der Machbarkeitsprüfung

Das folgende Kapitel beschreibt, in welchen Bearbeitungsschritten und auf welche Art und Weise die Daten erhoben und ausgewertet wurden.

3.1 Durchführung der Vor-Ort-Interviews

Wie oben beschrieben wurden Termine mit den Teilnehmern vereinbart. Zu diesen Terminen waren ein (Einrichtungsbefragung Praxis/hämatologische Ambulanz) oder zwei (Krankenhäuser) Mitarbeiter des AQUA-Instituts vor Ort. Am Beginn des Besuchs stand die Einführung in das Thema mittels einer eigens dafür entwickelten Präsentation. Im Anschluss daran wurden gemeinsam der Fragebogen bzw. die Fragebögen durchgegangen und die Antworten der Teilnehmer dokumentiert. Dabei war es sehr unterschiedlich, wer aufseiten der Teilnehmer anwesend war: In Einzelpraxen war dies in der Regel nur der Arzt als Praxisinhaber, vereinzelt aber zusätzlich z.B. auch eine medizinische Fachangestellte. In den Krankenhäusern war das Teilnehmerbild erheblich heterogener. Auf Wunsch des AQUA-Instituts sollte nach Möglichkeit mindestens ein Arzt anwesend sein, der zu den Fällen Auskunft geben konnte. Zudem sollte für die Einrichtungsbefragung eine Person anwesend sein, die zu den Hygienefragen Auskunft geben konnte, also z.B. ein hygienebeauftragter Arzt. Diesem Wunsch wurde weitgehend entsprochen; darüber hinaus waren häufig noch weitere Personen anwesend, etwa Hygiene- oder Pflegefachkräfte, ein Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) oder ein (Medizin-)Controller. Je nach Zusammensetzung und Vorbereitung seitens der Teilnehmer dauerten die Besuche in den Praxen/MVZ ca. ein bis zwei, in den Krankenhäusern zwischen zwei und vier Stunden.

Die Antworten und Daten wurden vor Ort von den Mitarbeitern des AQUA-Instituts dokumentiert bzw., sofern die Antworten vorab vorgelegen hatten, ergänzt. Insgesamt lassen sich die erhobenen Daten in drei Kategorien unterteilen (eine Aus- und Bewertung erfolgt in den folgenden Kapiteln):

- konkrete Daten zur fallbezogenen und/oder zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation
- Antworten auf die standardisierten Fragen zur Verständlichkeit und zur Verfügbarkeit der Daten der QS-Dokumentationen
- Antworten auf die Zusatzfragen

3.2 Daten- und Schemaprüfung, Auswertung der Daten

Im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung wurden, anders als in vorherigen Machbarkeitsprüfungen, konkrete Daten erhoben. Im Detail handelte es sich dabei um 189[4] klinische Patienten für den Dokumentationsbogen „Prozess“ aus den 10 teilnehmenden Krankenhäusern. Für den Dokumentationsbogen „Infektion“ wurden 78[5] Patienten aus den 10 teilnehmenden Krankenhäusern einbezogen, für die Fallprüfung „Neonatologie“ 14[6] Neu- bzw. Frühgeborene. Zudem wurde von jedem der Teilnehmer eine stationäre bzw. ambulante Einrichtungsbefragung beantwortet, sodass schließlich 10 stationäre und 10 ambulante Einrichtungsbefragungen ausgewertet werden konnten. Die quantitative und inhaltliche Auswertung dieser Daten wird in den Kapiteln 4, 5, 6, 7 und 9 beschrieben.

Alle vorliegenden Daten wurden zunächst auf Vollständigkeit hin überprüft; in einem zweiten Schritt erfolgte eine Überprüfung der Plausibilität der Angaben. Unvollständige und/oder unplausible Angaben wurden, soweit möglich, mit den Teilnehmern im Nachgang der Besuche noch hinterfragt bzw. aufgeklärt. Die Vollständigkeitsüberprüfung ebenso wie z.B. die Prüfung von Plausibilitäts- und Wertebereichsregeln sowie Muss- und Kann-Bestimmungen werden in einem zukünftigen Regelbetrieb mittels des vom AQUA-Institut bereitgestellten Datenprüfprogramms bzw. der in der Datenbank zur technischen Umsetzung zu hinterlegenden Regeln überprüft. Eine automatische Schemaprüfung hingegen wurde nicht durchgeführt, da die Daten nicht in einem bestimmten Dateischema elektronisch übermittelt wurden.

[4] Ein Krankenhaus konnte statt der gewünschten 20 nur 9 Fälle liefern.
[5] Es sollten pro Haus 10 Fälle geliefert werden. Zwei Häuser suchten jedoch für den Interviewtermin und auch auf spätere Nachfrage hin gar keine Fälle heraus, ein Haus konnte nur 8 Fälle bereitstellen.
[6] Pro Klinik sollten 5 Patienten mit ZVK dokumentiert werden. Ein Haus konnte jedoch nur 4 Fälle liefern.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

3.3 Auswertung der Antworten

Die beiden letztgenannten Kategorien aus Abschnitt 3.1 bestanden aus standardisierten Antwortmöglichkeiten, aber auch aus der Möglichkeit qualitativer Antworten, bspw. Hinweise, Verbesserungsvorschläge etc.

Sofern Inkonsistenzen in den quantitativen Antworten erkennbar waren (Beispiel: Eine Information wurde als „regelhaft erhebbar“ bezeichnet und der entsprechende Zahlenwert angegeben, aber gleichzeitig wurde „im Regelbetrieb nicht erhebbar“ angegeben) wurden diese geklärt und für die Auswertung bereinigt. Die standardisierten Fragen wurden anschließend nach Häufigkeiten ausgewertet.

Die qualitativen Antworten und Vorschläge der fall- und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationen wurden in einem ersten Schritt gesichtet und, soweit möglich, den einzelnen Fragen der Dokumentationsbögen zugeordnet. Anschließend wurden sie inhaltlich gruppiert und bearbeitet. Die quantitativen Antworten auf Datenfeldebene sowie die qualitativen Antworten, deren Bewertung und ihre Konsequenzen für die Indizes, Indikatoren, Fragen und Ausfüllhinweise sind den Kapiteln 4, 5, 6, 7 und 8 zu entnehmen.

Die Zusatzfragen wurden mit dem gleichen Vorgehen ausgewertet, ohne dass hierbei Inkonsistenzen auftreten konnten. Die Ergebnisse der Auswertung sind zum Teil mit in die oben genannten Auswertungen eingeflossen, zum Teil werden sie separat in Kapitel 11 bearbeitet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4 Dokumentationsbogen „Prozess“

4.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Prozess“

Die der Machbarkeitsprüfung zugrunde liegende Version des Fragebogens war identisch mit der des Abschlussberichts vom 20. Dezember 2012.

4.1.1 Datenfeld 1 „Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs“

1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 3: Ergebnisse zu Datenfeld 1

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	2	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es sollte klargestellt werden, ob es sich um die Erstanlage handelt oder ob alle Anlagen angeführt werden sollen. Es werde nicht klar, ob nach der „wievielten“ oder nach „wie viele“ Anlage(n) gefragt wird. Unklar war einem Teilnehmer auch, welche Eingriffe laut QS-Filter dokumentationspflichtig seien und wie dokumentiert werde, wenn ein Patient mit ZVK zuverlegt wird.

Einige Teilnehmer gaben an, dass die gewünschte Information nicht regelhaft im Krankenhausinformationssystem (KIS) vorläge und nicht regelhaft in allen Fällen zu erheben sei. Um die wievielte Anlage es sich jeweils handelt, sei nur durch Durchblättern der Papierakte zu klären. Man müsse also die Akten der Stationen, auf denen der Patient zuvor lag, aufwendig durchsuchen, um herauszufinden, ob vorher ein ZVK lag. Vor allem bei mehreren gelegten ZVKs oder bei Patienten, die zwischen Stationen verlegt worden sind, sei es aufwendig nachzuvollziehen, um den wievielten gelegten ZVK es sich jeweils handelt.

In einem Regelbetrieb sei diese Information nur zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen wird. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass tatsächlich jeder ZVK dokumentiert würde und dies nicht vergessen werde. Diese Art der Dokumentation wäre aber mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden. Nur in bestimmten Zeiträumen (vorgegebene, zufällig ausgewählte Wochen bzw. Monate) zu dokumentieren sei nicht umsetzbar, da diese Information jeweils nicht zu jedem Arzt „durchdringen“ würde bzw. es dann leicht vergessen würde.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation erscheint überhaupt nur dann möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.2 Datenfeld 2 „Kathetersystem“

2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/ getunnelter ZVK 4 = anderes

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 4: Ergebnisse zu Datenfeld 2

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	10	0	

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus merkte an, dass das Datenfeld „Zentralvenöses Kathetersystem“ heißen sollte. Ansonsten würde man denken, unter „andere“ fallen arterielle Zugänge. Ein weiteres befragtes Haus möchte erläutert haben, dass hier nicht der Sheldon-Katheter für die Dialyse gemeint ist.

Es wurde darauf hingewiesen, dass das Datenfeld im Falle von Patienten, bei denen zur gleichen Zeit verschiedene Kathetersysteme liegen, nicht sinnvoll ausgefüllt werden kann. Außerdem schlug ein Krankenhaus vor, nach dem Material des Katheters zu fragen. Es gäbe neuere Studien, nach denen bei silikonbeschichteten ZVKs ein geringeres Sepsis-Risiko bestehe. Des Weiteren betonten die meisten Krankenhäuser, dass sie keine PICC-Line-Katheter benutzen. Teilimplantierte und PICC-Line-Katheter würden hauptsächlich in der Kinderklinik gelegt.

Die Mehrzahl der Krankenhäuser gab an, dass die Information zwar nicht im KIS, aber in der Pflegekurve/Patientenakte vorliegt. Es sei allerdings mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben. Einige Krankenhäuser gaben an, dass die Information nicht in jeder Patientenakte und auf jeder Station dokumentiert werde.

In einem Regelbetrieb wäre diese Information nur dann valide für jeden ZVK (auf jeder Station) zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Eine solche Dokumentation wäre mit erheblichem Mehraufwand verbunden.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes und auf weitere Überlegungen zur Verwendung von Laufzetteln verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.3 Datenfeld 3 „Datum der Anlage“

3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 5: Ergebnisse zu Datenfeld 3

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde bemerkt, dass nicht klar sei, ob nach der Erstanlage gefragt wird oder nach dem Datum der Anlage eines weiteren ZVK.

Die Mehrzahl der Krankenhäuser gab an, dass die Information zwar nicht im KIS, aber in der Pflegekurve/Patientenakte vorliegt. Es sei allerdings mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben. Einige Krankenhäuser gaben an, dass die Information nicht auf jeder Station dokumentiert wird: Auf internistischen Stationen werde das Datum der ZVK-Anlage dokumentiert, auf operativer Intensivstation (ITS) und auf Normalstationen nicht. In einem Regelbetrieb wäre diese Information für jeden ZVK auf jeder Station nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen werde. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Eine solche Dokumentation wäre mit erheblichem Mehraufwand verbunden (s. auch Kommentare zu Datenfeld 1 in Abschnitt 4.1.1).

Empfehlung
Eine valide Dokumentation erscheint allenfalls möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist, der seinerseits jedoch mit nicht unerheblichen Aufwänden verbunden wäre.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes und auf weitere Überlegungen zur Verwendung von Laufzetteln verzichtet.

4.1.4 Datenfeld 4 „Insertionsstelle“

4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 6: Ergebnisse zu Datenfeld 4

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	10	0	0

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Die Mehrzahl der Krankenhäuser gab an, dass die Information in der Pflegekurve/Patientenakte vorliegt, es allerdings zum Teil mühsam sei, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren. Einige Krankenhäuser gaben an, dass die Information nicht auf jeder Station in der Pflegekurve/Patientenakte dokumentiert wird. In diesen Fällen müsste man auf die Röntgenbilder zurückgreifen, anhand derer die Information abzulesen ist. In manchen Krankenhäusern liegt die Information im KIS vor, wenn das zugehörige Röntgenbild elektronisch abgelegt ist.

Empfehlung
In den meisten Fällen ist die Information über die Insertionsstelle in der Patientenakte dokumentiert. Einzig denkbar erschiene für die regelhafte Dokumentation dieses Datenfeldes die Implementierung eines (elektronischen) „ZVK-Laufzettels".

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess" (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.5 Datenfeld 5 „Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs"

5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs Mehrfachnennungen möglich	☐☐☐☐☐☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasen-Schutz

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 7: Ergebnisse zu Datenfeld 5

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	7	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	10	0	0

Kommentare der Leistungserbringer
Mehrere der befragten Einrichtungen gaben an, dass die aufgeführten Hygienemaßnahmen zwar Standard seien (Arbeitsanweisung ist vorhanden, Schulungen werden durchgeführt, ZVKs werden nur von Internisten und Anästhesisten gelegt; außerdem würden ZVKs nur im Aufwachraum oder auf ITS gelegt), die Information liege aber nicht in der Pflegekurve/Patientenakte vor. Ein Protokoll zu den Hygienemaßnahmen bei Anlage eines ZVK pro Fall werde, auch wenn die Anlage auf einer Intensivstation erfolge, nicht geführt. Die Einhaltung krankenhausinterner Hygienestandards werde jedoch erwartet/postuliert. Ausnahmen seien Notfälle bei Traumapatienten. Eine Dokumentation im Regelbetrieb sei wegen des Aufwands nicht praktikabel.

Empfehlung
Da einerseits die Einhaltung der abgefragten Hygienemaßnahmen nirgends dokumentiert wird, aber andererseits bestehende Standards (SOPs; Standard Operating Procedure) in der Einrichtungsbefragung geprüft werden (s. Abschnitt 4.4), wird auf dieses Datenfeld und den damit verbundenen Indikator verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die folgenden Fragen 6 bis 12 waren nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde. [7]

4.1.6 Datenfeld 6 „Indikation(en) zur Anlage des ZVK“

6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐☐☐☐☐☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 8: Ergebnisse zu Datenfeld 6

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	6	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	4	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Eines der befragten Krankenhäuser gab an, dass die Möglichkeit geschaffen werden solle, unter „andere“ ein Freitextfeld einzufügen, damit differenziert werden könne, ob unter „andere“ eine berechtigte Indikation fällt oder nicht.

Nach Einschätzung der meisten Krankenhäuser seien durch die genannten Punkte alle Möglichkeiten der Indikation abgedeckt. Ein Krankenhaus schlug vor, den Punkt 2 um Parenteralia zu ergänzen und zu formulieren als: „mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts oder eines parenteralen Nahrungsmittels“.

Aus Sicht eines weiteren Krankenhauses solle Punkt 3 anders formuliert werden, damit auch Fälle darunter verstanden werden könnten, bei denen durch eine Dauerversorgung an Infusionen die Gefahr von Paravasaten/ Venenreizung besteht. Ein anderes Krankenhaus wies darauf hin, dass in den Antwortmöglichkeiten die Katecholamintherapie und Analgo-Sedierung fehlten.

Alle Leistungserbringer gaben an, dass die Indikation für den ZVK nicht explizit dokumentiert und auch in OP-Berichten nicht standardmäßig angegeben werde. Die Informationen ließen sich jedoch indirekt aus der Patientenakte ableiten; z.B. anhand der ärztlichen Anordnungen, oder über die in der Patientenkurve dokumentierten Medikamente, Parenteralia, Blutprodukte und weiterer Maßnahmen. Allerdings sei es mühsam, die Information aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechenden Informationen zu erheben. Wenn nicht-ärztliches Personal dokumentiere, sei zur korrekten Beantwortung der Fragen häufig eine

[7] Die Hervorhebung erfolgte in den Unterlagen für die Machbarkeitsprüfung, um die Eigenschaft der Frage 2 als Filterfrage herauszustellen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Rücksprache mit einem Arzt erforderlich. Hier wäre ein Ausfüllhinweis hilfreich, der an Beispielen benennt, welche Fälle unter welche Punkte fallen.

Als Ausnahme von der Möglichkeit der Ableitung aus den Patientenakten sei der Punkt „kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig“ nicht über Aktenrecherche zu ermitteln.

Eine Dokumentation über den elektronischen Laufzettel hielt der Großteil der befragten Krankenhäuser für das Thema Indikationsstellung zu aufwendig (s. auch Kommentare zu Datenfeld 1 in Abschnitt 4.1.1).

Empfehlung
Eine valide Dokumentation der Indikation erweist sich als äußert schwierig, da die erforderlichen (medizinischen) Informationen nur indirekt aus der Patientenakte zu entnehmen sind und ärztliches Fachwissen erforderlich ist. Zudem ist die Indikation „Kein peripherer Zugang möglich“ prinzipiell nicht valide erhebbar.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.7 Datenfeld 7 „Geplante Nutzungsdauer“

1	Geplante Nutzungsdauer	_____

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 9: Ergebnisse zu Datenfeld 7

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	4	6	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	8	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	6	4	0

Kommentare der Leistungserbringer
Mehrere der befragten Krankenhäuser gaben an, dass die Definition fehle, was kurzfristig und langfristig bedeute. Eine konkrete Zeitangabe wäre hilfreich.

Alle Krankenhäuser betonten, dass die Information der „geplanten Nutzungsdauer“ nirgendwo dokumentiert werde. Die tatsächliche Nutzungsdauer könne aus der Patientenkurve abgelesen werden, aber nicht die zum Zeitpunkt der Indikationsstellung durch den Arzt vorgesehene Nutzungsdauer des ZVK. Während zwei Krankenhäuser angaben, dass die Dokumentation für einen Regelbetrieb angepasst werden könne, gaben acht Krankenhäuser an, diese Information auch in einem Regelbetrieb nicht erfassen zu können.

Empfehlung
Die „geplante“ Nutzungsdauer wird prinzipiell nicht dokumentiert. Dieses Datenfeld sollte daher entfallen.

4.1.8 Datenfeld 8 „Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage“

8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 10: Ergebnisse zu Datenfeld 8

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	3	0

Kommentare der Leistungserbringer
Mehrere Krankenhäuser gaben an, dass der Ausfüllhinweis übersehen wurde. Allein aufgrund der Fragestellung würde man davon ausgehen, dass der Tag der ZVK-Anlage als Tag 1 gezählt wird. Für den Chirurgen wäre es besser, wenn der Tag der ZVK-Anlage als Tag 1 gezählt werden würde.

Die Information liege nicht regelhaft im KIS vor, aber in der Pflegekurve/Patientenakte. Es sei jedoch mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben, denn patientenbegleitend liege die Information vor, aber aus den Akten sei sie nicht immer eindeutig ersichtlich.

Einige Teilnehmer gaben an, dass diese Information nicht in jeder Patientenakte und auf jeder Station dokumentiert werde: auf internistischen Stationen werde sie dokumentiert, auf operativer ITS und auf Normalstationen jedoch nicht. In einem Regelbetrieb wäre diese Information für jeden ZVK auf jeder Station nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden einzelnen ZVK behandlungsbegleitend eingetragen würde. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Eine solche Dokumentation wäre mit erheblichem Mehraufwand verbunden (s. auch Kommentare zu Datenfeld 1 in Abschnitt 4.1.1).

Empfehlung
Eine valide, flächendeckende Dokumentation erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist. Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird auf eine (ggf. erforderliche) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.9 Datenfeld 9 „Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag“

9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐☐☐☐☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 11: Ergebnisse zu Datenfeld 9

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	6	4	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	4	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Eines der befragten Krankenhäuser gab an, dass die Möglichkeit geschaffen werden solle, unter „andere“ ein Freitextfeld einzufügen, damit differenziert werden könne, ob unter „andere“ eine berechtigte Indikation fällt oder nicht.

Nach Einschätzung der meisten Krankenhäuser sind durch die genannten Punkte alle Möglichkeiten der Indikation abgedeckt. Ein Krankenhaus schlug vor, den Punkt 2 um Parenteralia zu ergänzen und zu formulieren als: „mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts oder eines parenteralen Nahrungsmittels“. Aus Sicht eines weiteren Krankenhauses solle Punkt 3 anders formuliert werden, damit auch Fälle darunter verstanden werden können, bei denen durch eine Dauerversorgung an Infusionen die Gefahr von Paravasaten/Venenreizung besteht. Ein anderes Krankenhaus wies darauf hin, dass in den Antwortmöglichkeiten die Katecholamintherapie und Analgo-Sedierung fehlen. Außerdem wurde vorgeschlagen, als weitere Antwortmöglichkeit „akute operative Versorgung“ bzw. „Re-Operation“ aufzunehmen, um Fälle abbilden zu können, in denen ein Patient z.B. erneut operiert werden muss. Zudem fehle die Antwortmöglichkeit „schlechte Venenverhältnisse und mehrtägige intravenöse Infusionen oder häufige Blutentnahmen notwendig“. Aus Sicht des befragten Krankenhauses sei dies ein Indikationskriterium für die Beibehaltung des ZVK. Ein solches Vorgehen stehe zwar in keinem Lehrbuch, aber es sei Realität in den Krankenhäusern und falle unter „Patientenkomfort“, sozusagen als „weiche Indikation“. Darüber hinaus werde ein ZVK manchmal auch aus Sicherheitsgründen belassen, z.B. wenn der Patient bereits mehrfach reanimiert wurde. Es wurde eingeräumt, dass ein weiterer Grund für das Belassen des ZVK bei Patienten mit schlechten Venenverhältnissen aber auch eine Verminderung des Zeitaufwands für das Personal sei.

Mehrere Leistungserbringer wollten „tatsächlich durchgeführte Therapie“ in die Fragestellung aufgenommen haben, um klarzustellen, dass es nicht um eine Intention gehe, sondern um die tatsächliche Therapie.

Alle Leistungserbringer gaben an, dass die Indikation für den ZVK nicht explizit dokumentiert werde. Die Informationen ließen sich jedoch indirekt aus der Patientenakte ableiten; z.B. anhand der ärztlichen Anordnungen, oder über die in der Patientenkurve dokumentierten Medikamente, Parenteralia, Blutprodukte und weiterer Maßnahmen. Allerdings sei es mühsam, die Information aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechenden Informationen zu erheben. Wenn nicht-ärztliches Personal dokumentiere, sei zur korrekten Beantwortung der Fragen häufig eine Rücksprache mit einem Arzt erforderlich. Hier wäre ein Ausfüllhinweis hilfreich, der an Beispielen benennt, welche Fälle unter welche Punkte fallen.

Als Ausnahme von der Möglichkeit der Ableitung aus den Patientenakten sei der Punkt „kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig“ nicht über Aktenrecherche zu ermitteln.

Eine Dokumentation über den elektronischen Laufzettel (s. auch Kommentare zu Datenfeld 1 in Abschnitt 4.1.1) hielt der Großteil der befragten Krankenhäuser für das Thema Indikationsstellung zu aufwendig.

Mehrere Krankenhäuser bemerkten, der erste/zweite ZVK-Liegetag sei zu früh, um Patienten ermitteln zu können, bei denen die Indikationsstellung „kritisch“ sein könnte. Es solle besser auf den 3. oder 4. Tag Bezug genommen werden: Patienten, die im Rahmen einer großen OP einen ZVK benötigen, benötigten diesen in der

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Regel auch noch am 1. oder 2. Tag. Es sei dann eher der 3. oder 4. Tag ein Zeitpunkt, an dem die Indikation ggf. nicht mehr gegeben sei.

Empfehlung
Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.10 Datenfeld 10 „Verlegung des Patienten“

10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 12: Ergebnisse zu Datenfeld 10

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	2	8	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	6	4	0

Kommentare der Leistungserbringer
Mehrere Leistungserbringer wussten nicht, ob mit der Frage gemeint sei, dass der Patient mit oder ohne ZVK verlegt worden sei.

Weiterhin sei unklar, was unter „intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ zu verstehen und wie in diesem Zusammenhang bspw. eine (krankenhausübergreifend nicht einheitlich definierte) Intermediate Care Station einzustufen sei. Zudem gebe es auch auf Normalstationen Telemetrie-Einheiten und Monitorüberwachung.

Die Information läge nicht regelhaft im KIS, aber in der Pflegekurve/Patientenakte vor. Es sei jedoch mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechenden Informationen zu erheben.

Empfehlung
Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.11 Datenfeld 11 „Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung“

11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 13: Ergebnisse zu Datenfeld 11

Gesamt: 23	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Die Krankenhäuser beurteilten es unterschiedlich, dass im Ausfüllhinweis definiert ist, den Tag der Verlegung als „Tag 1“ zu definieren. Während es für einige Krankenhäuser logisch und verständlich ist, bemerkten andere, dass man hier im Vergleich zu Frage 8, wo der Tag der ZVK-Anlage als „Tag 0“ definiert ist, konstant sein sollte.

Die Information liege nicht regelhaft im KIS vor, aber in der Pflegekurve/Patientenakte. Es sei mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben.

Es wurde angemerkt, dass eine Abteilungs- bzw. stationsübergreifende Erfassung nicht mit nötiger Sicherheit zu leisten sei. Die Information könne aus den auf Normalstation geführten Akten nicht regelhaft entnommen werden. In einem Regelbetrieb wäre diese Information für jeden ZVK auf jeder Station nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen werde. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Auf diese Weise würden die Informationen stationsübergreifend auf einen Blick zur Verfügung stehen. Eine solche Dokumentation wäre allerdings mit erheblichem Mehraufwand verbunden.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation dieses Datenfeldes erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.12 Datenfeld 12 „Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“

Die Frage 12 war nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde, sonst weiter bei Frage 13[8]

12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐☐☐☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 14: Ergebnisse zu Datenfeld 12

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	4	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer

Eins der befragten Krankenhäuser gab an, dass die Möglichkeit geschaffen werden solle, unter „andere“ ein Freitextfeld einzufügen, damit differenziert werden könne, ob unter „andere“ eine berechtigte Indikation fällt oder nicht.

Nach Einschätzung der meisten Krankenhäuser sind durch die genannten Punkte alle Möglichkeiten der Indikation abgedeckt. Ein Krankenhaus schlug vor, den Punkt 2 um Parenteralia zu ergänzen und zu formulieren als: „mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts oder eines parenteralen Nahrungsmittels“. Aus Sicht eines weiteren Krankenhauses solle Punkt 3 anders formuliert werden, damit auch Fälle darunter verstanden werden könnten, bei denen durch eine Dauerversorgung an Infusionen die Gefahr von Paravasaten/Venenreizung bestehe. Es wurde von einer Klinik angemerkt, dass der Punkt „Messung des zentralen Venendrucks“ fehle und als Auswahlmöglichkeit aufgenommen werden müsse. Patienten lägen zunehmend kürzer auf der Intensivstation und würden früher verlegt auf die Normalstation. Auf vielen peripheren Stationen gebe es deshalb Monitorbetten; d.h. auch hier bestehe die Möglichkeit, den ZVD zu messen.

Aus Sicht eines Krankenhauses fehlt als Indikationskriterium die Antwortmöglichkeit „schlechte Venenverhältnisse und mehrtägige intravenöse Infusionen oder häufige Blutentnahmen notwendig“. Ein solches Vorgehen stehe zwar in keinem Lehrbuch, aber es sei Realität in den Krankenhäusern und falle unter „Patientenkomfort“, sozusagen als „weiche Indikation“. Darüber hinaus werde ein ZVK manchmal auch aus Sicherheitsgründen belassen, z.B. wenn der Patient bereits mehrfach reanimiert wurde. Es wurde eingeräumt, dass ein weiterer Grund für das Belassen des ZVK bei Patienten mit schlechten Venenverhältnissen aber auch eine Verminderung des Zeitaufwands für das Personal sei.

[8] Die Hervorhebung erfolgte in den Unterlagen für die Machbarkeitsprüfung, um die Abhängigkeit der Frage 12 von der Antwort „ja“ in Frage 11 herauszustellen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Mehrere Leistungserbringer wollten „tatsächlich durchgeführte Therapie“ in die Fragestellung aufgenommen haben, um klarzustellen, dass es nicht um eine Intention gehe, sondern um die tatsächliche Therapie.

Alle Leistungserbringer gaben an, dass die Indikation für den ZVK nicht explizit dokumentiert werde. Die Informationen ließen sich jedoch indirekt aus der Patientenakte ableiten; z.B. anhand der ärztlichen Anordnungen, oder über die in der Patientenkurve dokumentierten Medikamente, Parenteralia, Blutprodukte und weiterer Maßnahmen. Allerdings sei es mühsam, die Information aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechenden Informationen zu erheben. Wenn nicht-ärztliches Personal dokumentiere, sei zur korrekten Beantwortung der Fragen häufig eine Rücksprache mit einem Arzt erforderlich. Hier wäre ein Ausfüllhinweis hilfreich, der an Beispielen benennt, welche Fälle unter welche Punkte fallen.

Als Ausnahme von der Möglichkeit der Ableitung aus den Patientenakten sei der Punkt „kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig“ nicht über Aktenrecherche zu ermitteln.

Eine Dokumentation über den elektronischen Laufzettel hielt der Großteil der befragten Krankenhäuser für das Thema Indikationsstellung zu aufwendig.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation dieses Datenfeldes erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.13 Datenfeld 13 „Datum Entnahme des ZVK“

13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 15: Ergebnisse zu Datenfeld 13

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	3	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen??	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Leistungserbringer schlug die Formulierung „Entfernung des ZVK“ vor. Weiterhin wurde gefragt, welches Datum im Falle des Versterbens eines Patienten eingetragen werden solle, da dies gerade auf Intensivstationen häufig vorkomme und der ZVK bei ungeklärter Todesursache nicht entfernt werden dürfe. Weiterhin könne das Feld auch nicht beantwortet werden, wenn der Patient mit ZVK in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

Von einigen Krankenhäusern wurde angemerkt, dass das Datum der Entfernung eines ZVK nicht regelhaft dokumentiert werde, unter Umständen auch nicht in den Patientenakten der Intensivstationen. Insbesondere wenn mehrere Stationen bzw. Fachbereiche betroffen seien, sei die Erhebung der Information erschwert.

In einem Regelbetrieb wäre die Information für jeden ZVK auf jeder Station nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwende, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen wird. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Auf diese Weise hätte man

© 2015 AQUA-Institut GmbH

die Informationen stationsübergreifend auf einen Blick zur Verfügung. Eine solche Dokumentation wäre allerdings mit erheblichem Mehraufwand verbunden.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation dieses Datenfeldes erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

4.1.14 Datenfeld 14 „Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt“

14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 16: Ergebnisse zu Datenfeld 14

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde angemerkt, dass es unklar sei, ob hier die zeitliche Reihenfolge gemeint ist (d.h. Zweit-, Dritt-, weitere Anlagen, nachdem der erste ZVK gezogen wurde) oder ob gemeint ist, dass parallel mehrere ZVKs angelegt worden sind. Es müsste außerdem deutlich gemacht werden, dass hier NICHT der Dialyse-Katheter gemeint sei.

Mehrere Häuser merkten an, dass die Information nicht regelhaft im KIS vorliege, aber in der Pflegekurve/Patientenakte. Es sei jedoch mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren, vor allem, wenn man den Patienten nicht kenne und wenn retrospektiv erhoben werde. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben. Von einigen Krankenhäusern wurde angemerkt, dass die Erhebung der Information insbesondere dann erschwert sei, wenn mehrere Stationen bzw. Fachbereiche betroffen sind. In einem Regelbetrieb wäre die Information nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwendet, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen wird. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Auf diese Weise hätte man die Informationen stationsübergreifend auf einen Blick zur Verfügung. Eine solche Dokumentation wäre allerdings mit erheblichem Mehraufwand verbunden.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation dieses Datenfeldes erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.1.15 Datenfeld 15 „ZVK-Liegetage“

15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 17: Ergebnisse zu Datenfeld 15

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	3	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus bemerkte, es sei unklar, was angegeben werden soll, wenn der Patient mit ZVK in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

Mehrere Häuser merkten an, dass die Information nicht regelhaft im KIS vorliege, aber in der Pflegekurve/Patientenakte. Es sei jedoch mühsam, die Information händisch aus den Patientenakten zu eruieren. Bei einer fortlaufenden Dokumentation sei es einfacher, die entsprechende Information zu erheben. Von einigen Krankenhäusern wurde angemerkt, dass die Erhebung der Information insbesondere dann erschwert sei, wenn mehrere Stationen bzw. Fachbereiche betroffen sind. In einem Regelbetrieb wäre die Information nur dann zu erheben, wenn man einen elektronischen Laufzettel anwendet, in dem das Anlage- und Entnahmedatum für jeden ZVK behandlungsbegleitend eingetragen wird. Dieser müsste fest in der KIS-Software integriert sein. Auf diese Weise hätte man die Informationen stationsübergreifend auf einen Blick zur Verfügung. Eine solche Dokumentation wäre allerdings mit erheblichem Mehraufwand verbunden.

Empfehlung
Eine valide Dokumentation dieses Datenfeldes erscheint nur möglich, wenn regelhaft ein „ZVK-Laufzettel“ implementiert ist.

Aufgrund der negativen Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Prozess“ (s. Abschnitt 4.4) wird an dieser Stelle jedoch auf die Beschreibung einer (ggf. erforderlichen) Überarbeitung des Datenfeldes verzichtet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.2 Fallprüfungen

In die Fallprüfungen wurden 189 Patienten aus den 10 teilnehmenden stationären Einrichtungen einbezogen. Pro Klinik sollten 20 Patienten mit ZVK dokumentiert werden. Ein Leistungserbringer konnte jedoch nur 9 Fälle liefern, sodass sich die genannte, verminderte Fallzahl ergab. Die verfügbaren demographischen bzw. klinischen Charakteristika sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst.

Tabelle 18: Altersverteilung der Patienten (N=189)

Kennzahl	Alter in Jahren
Mittelwert	64,37
Median	70,00
Spannweite	99
Minimum	0
Maximum	99
5. Perzentil	24,50
25. Perzentil	57,00
75. Perzentil	77,00
95. Perzentil	87,00

Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 64 Jahre mit einer Spannweite zwischen 6 Monaten und 99 Jahren. Das Patientenkollektiv umfasste dabei 6 Säuglinge (≤ 12 Monate) und 2 Kleinkinder (> 1 Jahr und ≤ 6 Jahre). Alle anderen Patienten waren älter als 18 Jahre.

Tabelle 19: Altersklassen der Patienten

Altersklasse [Jahre]	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
0–5	8	4,2	4,2
18–29	3	1,6	5,8
30–49	18	9,5	15,3
50–69	63	33,3	48,7
70–89	91	48,1	96,8
90–99	6	3,2	100,0

Tabelle 20: Geschlechtsverteilung der Patienten

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
Männlich	97	51,3
Weiblich	92	48,7
Gesamt	**189**	**100,0**

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 21: Häufigkeit des gewählten Kathetersystems

Kathetersystem	Häufigkeit	Prozent
Konventioneller ZVK	178	94,2
Anderes	9	4,8
Fehlend	2	1,1
Gesamt	**189**	**100,0**

Tabelle 22: Häufigkeit der gewählten Insertionsstelle

Insertionsstelle	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
V. subclavia	39	20,6	21,2
V. jugularis interna	135	71,4	73,4
V. brachio-cephalica	1	0,5	0,5
V. femoralis	6	3,2	3,3
andere	3	1,6	1,6
Gültig Gesamt	184	97,4	100,0
Fehlend	5	2,6	
Gesamt	**189**	**100,0**	

Aus dem Spektrum der dokumentierten Hauptdiagnosen lässt sich ableiten, dass überwiegend Patienten mit internistischen Erkrankungen für die Machbarkeitsprüfung ausgesucht wurden.

In mehr als 72 % der Fälle handelte es sich um eine Katheter-Erstanlage. Als Insertionsstelle wurde in 73 % die V. jugularis interna und in 21 % die V. subclavia gewählt (s. Tabelle 22). Als Kathetersystem kam in 95 % ein konventioneller ZVK zum Einsatz. Die V. femoralis wurde nur in 6 Fällen (3,3 %) als Zugangsweg verwendet.

4.3 Auswertung der Prozessindikatoren

Die der Auswertung zugrunde liegenden Daten waren von unterschiedlicher Vollständigkeit: Alter und Geschlecht sowie die Angaben zur „Asepsis bei Anlage“ waren zu 100 % dokumentiert, die Insertionsstelle zu 97,4 % und das verwendete Kathetersystem zu 98,9 %.

Die aus diesen Zahlen berechneten Qualitätsindikatoren sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse der QIs der fallbezogenen Prozessdokumentation

ID	Indikatorbezeichnung	Zähler	Nenner	QI-Wert (%)
01_AA	Indikation zur Anlage eines konventionellen ZVK	174	189	92,1
04_AA	Indikation für den Verbleib eines konventionellen ZVK	151	172	87,8
05_AA	Indikation nach Verlegung auf eine Station ohne intensivmedizinische Überwachungseinheit	43	65	66,2
11_A	Vena femoralis als Insertionsstelle	6	189	3,2
13_A	Asepsis bei ZVK-Anlage	146	169	86,4

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die unterschiedlichen Grundgesamtheiten resultieren aus fehlenden Werten in der Dokumentation durch die Leistungserbringer. Aufgrund der relativ geringen Fallzahl sind diese Ergebnisse mit einer großen Varianz behaftet; eine Berechnung von Konfidenzintervallen war im Rahmen dieser Prüfung jedoch nicht vorgesehen.

Die Ergebnisse der QI 05_AA und QI 4_AA unterstützen dennoch die Vermutung, dass hier z.T. deutliche Qualitätsdefizite zu vermuten sind. Verschiedene Leistungserbringer gaben an, es könne durchaus vorkommen, dass der ZVK belassen wird, auch wenn keine der genannten Indikationen weiterbesteht. Begründet wird dieses Vorgehen dann entweder mit „schlechten Venenverhältnissen“ oder mit notwendigen häufigeren Blutentnahmen.

4.4 Empfehlungen für die Prozessindikatoren

Für eine valide, bundesweite Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation der Prozessindikatoren müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

3. Regelkonforme Dokumentation der OPS-Kodes 8-831.- (Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße) und 8-931.- (Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks). Deren Dokumentation ist Voraussetzung für die QS-Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle und für die Berechnung des Nenners der Indikatoren.
4. Regelkonforme Dokumentation des Eingriffs (Datum der Anlage, Hygiene-Maßnahmen bei Anlage, Indikation über die gesamte Liegedauer, Insertionsstelle) und der Liegedauer in Tagen.

Die dem AQUA-Institut zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes (DRG-Statistik 2013 – Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)) zeigen, dass die genannten Kodes zwar in größerem Umfang dokumentiert werden, aber aus den Aussagen verschiedener Leistungserbringer (Controlling) ergibt sich, dass die Dokumentation nicht standardmäßig in allen Kliniken durchgeführt wird, da diese Prozedurenschlüssel nicht vergütungsrelevant sind. Der Grad der Unterdokumentation variiert stark, erreicht aber bei einigen, auch großen Kliniken 100 Prozent. In einigen der befragten Krankenhäuser wird z.B. bei Patienten, die im Rahmen einer Operation einen ZVK erhalten, die ZVK-Anlage nicht gesondert kodiert. Nach Einschätzungen der Teilnehmer würden über die Gesamtheit der vom AQUA-Institut definierten Einschlusskodes zwischen 55 und 98 % (Mittelwert: 84,3 %) der ZVK-Patienten identifiziert werden können. Aus Sozialdaten ist jedoch bekannt, dass es auch Häuser gibt, die keinerlei ZVK-spezifischen OPS-Kode (8-831) kodieren.

Im Abschlussbericht zur Entwicklung des QS-Verfahrens war aufgrund der seinerzeit bereits vermuteten uneinheitlichen Dokumentationsgewohnheiten der OPS-Kodes 8-831 und 8-931 empfohlen worden, auch OPS-Kodes zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung in den QS-Filter aufzunehmen. Im Rahmen dieser Komplexbehandlungen wird nicht zwangsläufig ein ZVK gelegt, aber es existiert eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür. Die Rückmeldungen aus der Machbarkeitsprüfung zeigten allerdings, dass die fraglichen Kodes in den Krankenhäusern ebenfalls unterschiedlich dokumentiert werden und mit einer größeren Varianz unter den Krankenhäusern bzgl. der Fälle, bei denen kein ZVK vorliegt, zu rechnen ist. Die Werte hierfür wurden von den Teilnehmern auf zwischen 5 und 65 % (Mittelwert: 16,6 %) der Patienten geschätzt, die eine intensivmedizinische Komplexbehandlung, aber keinen ZVK erhalten hatten. Problematisch ist dies für die Ermittlung des Nenners der Prozessindikatoren.

Die Rückmeldungen und Kommentare der an der Machbarkeitsprüfung beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich der Dokumentation der Anlage und Pflege eines ZVK ergeben ein relativ klares Bild: Die Hygienemaßnahmen bei ZVK-Anlage werden demnach in den befragten Krankenhäusern nicht regelhaft dokumentiert. Da die bestehenden Standards (Arbeitsanweisungen) in der Einrichtungsbefragung geprüft werden (s. Kapitel 3), kann aus Sicht des AQUA-Instituts auf den Indikator prinzipiell verzichtet werden. Es zeigte sich jedoch auch für einen Großteil der anderen erfragten Aspekte, dass eine Erhebung im Regelbetrieb problematisch sein würde: Obwohl es sich bei den beteiligten Häusern sicher um eine Positivauswahl im Sinne von Qualität und Engagement handelt, wird in keinem Fall angegeben, dass die erforderliche Dokumentation standardmäßig komplett erfolgt und im Regelbetrieb mit vertretbarem Aufwand machbar sei.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Alle Rückmeldungen betonen ausdrücklich, dass eine vollständige Dokumentation in der Regel nicht gewährleistet ist und auch im Regelbetrieb nur mit extremem Aufwand zu gewährleisten sei. Dabei sind vor allem die Erfassung der Indikation und der Liegedauer problematisch, insbesondere beim Übergang der Patienten von Intensiv- auf Normalstation. Die genannten Hemmnisse sind vor allem:

- Entnahmedatum wird nicht in allen Krankenhäusern immer dokumentiert
- bei mehreren ZVKs muss die Akte (oder mehrere Akten, wenn der Patient auf mehreren Stationen lag) aufwendig durchsucht werden
- bei einer Verlegung von einer Intensiv- auf eine Normalstation stehen die Akten von der Normalstation dem Arzt auf ITS nicht zur Verfügung bzw. die Dokumentation fällt in einen anderen Verantwortungsbereich; es wird für schwierig gehalten, wenn ein anderer Arzt (von Normalstation) den Fall weiter dokumentieren muss
- die Indikationsstellung kann nur indirekt mithilfe der verordneten/durchgeführten Maßnahmen anhand der Akten erfasst werden
- der Aspekt „kein peripherer Zugang möglich“ kann nicht retrospektiv anhand der Akten erhoben werden

Eine therapiebegleitende Dokumentation, wie sie von mehreren Befragten favorisiert wurde, erscheint nicht möglich, da die Kodierung der Behandlungen i.d.R. nicht unmittelbar bei Einleitung des Prozesses stattfindet.

Das Dokumentationsproblem ließe sich nur lösen, wenn die Dokumentation der Behandlung mit einem zentralvenösen Zugang flächendeckend „lege artis“ – im Sinne des Patientenrechtegesetzes (§630 f BGB)[9] – durchgeführt würde. Das bedeutet, dass in der Patienten- bzw. Pflegeakte eine standardisierte Dokumentation, in Form einer Checkliste/eines Laufzettels bundesweiter Konsens sein müsste. Mehrere Leistungserbringer haben in ihren Kommentaren auch explizit auf die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit eines solchen Instruments hingewiesen. Eine Erfassung der Indikationsstellung in einem Laufzettel für alle ZVKs (nicht nur Stichproben-ZVKs) fand der Großteil der Krankenhäuser allerdings sehr aufwendig und nicht praktikabel.

Ein weiteres Problem wird in der Ziehung der notwendigen Zufallsstichprobe gesehen. Durch die verzögerte OPS-Kodierung (entscheidend sind die Kodierungen bei Fallabschluss) ist prinzipiell nur eine retrospektive Ziehung der Fälle möglich und damit – durch die Möglichkeit der zeitversetzten oder unterlassenen Kodierung – eine echte Zufallsstichprobe nicht erreichbar.

Aufgrund der beschriebenen Probleme ist davon auszugehen, dass die oben formulierten Voraussetzungen – Dokumentation der Kodes resp. des Eingriffs – für eine bundesweite Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation der Prozessindikatoren nicht gegeben sind. Insbesondere erscheint ein valider Einrichtungsvergleich nicht möglich, da durch Nicht-Kodierung der relevanten Prozedurenschlüssel ein systematischer Bias herbeigeführt werden kann.

Aus den genannten Gründen wird die fallbezogene QS-Dokumentation der Prozessindikatoren nicht zur Umsetzung empfohlen.

[9] Patientenrechtegesetz (§630 f BGB): „**Verpflichtung zur Dokumentation der Behandlung:** Der Behandelnde ist verpflichtet, in der **Patientenakte** sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung **wesentlichen Maßnahmen** und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, **Therapien** und ihre Wirkungen, **Eingriffe** und ihre **Wirkungen**, Einwilligungen und Aufklärungen.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

5 Dokumentationsbogen „Infektion“

Der stationäre Dokumentationsbogen „Infektion“ wurden mit den Teilnehmern anhand eines ausgewählten Falls Frage für Frage durchgegangen und die Antworten protokolliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse und Kommentare der Fragen einzeln dargestellt, diskutiert und ggf. Empfehlungen abgegeben, wie sie modifiziert werden sollten.

5.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Infektion“

Die der Überprüfung in der Machbarkeitsprüfung zugrunde liegende Version des Fragebogens war identisch mit der des Abschlussberichts vom 20. Dezember 2012.

5.1.1 Datenfeld 1 „Prozedur“

1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 24: Ergebnisse zu Datenfeld 1

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wird von den Krankenhäusern gefragt, welche OPS im Wesentlichen kodiert werden sollen. Bei „Langliegern“ könne es vorkommen, dass mehrere OPS vorliegen. Eine genaue Vorgabe der erforderlichen Kodes wird gewünscht. Eine Importfunktion aus dem KIS sei zwingend.

Empfehlung
Das Datenfeld wird unverändert übernommen. Es wird empfohlen, die Möglichkeit eines umfassenden Imports aller fallbezogenen OPS-/ICD-Kodes aus dem Datensatz des Leistungserbringers zu schaffen.

5.1.2 Datenfeld 2 „ZVK zum Zeitpunkt des Beginns […] einer Sepsis vorhanden“

2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 25: Ergebnisse zu Datenfeld 2

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	2	
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	

Kommentare der Leistungserbringer
Für die befragten Leistungserbringer war die Frage verständlich.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit der Information gab es unterschiedliche Rückmeldungen: Während einige Krankenhäuser die Informationen gut aus den Patientenakten entnehmen konnten, wiesen andere Krankenhäuser darauf hin, dass bei einer retrospektiven Erfassung anhand der Patientenakten der Zeitpunkt des Beginns der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis häufig nur vermutet werden könne. Ein Krankenhaus merkte an, dass dies insbesondere für Sepsisfälle, die auf Normalstation auftreten, zuträfe, da dort die Symptome wie Fieber, Leukozyten-Anstieg und Tachykardie nicht so engmaschig dokumentiert würden wie auf Intensivstationen. Des Weiteren war es für einige Krankenhäuser mit hohem Zeitaufwand verbunden, die Informationen retrospektiv aus den Akten zu entnehmen, vor allem wenn die Akten mehrerer Abteilungen durchgesehen werden mussten. Aus Sicht dieser Krankenhäuser wäre eine behandlungsbegleitende Dokumentation deutlich von Vorteil.

Ein Krankenhaus schlug vor, die Definition der Sepsis nach ICD-10 statt der nach CDC zu verwenden. Da der Bogen für Fälle ausgelöst werde, für die ein ICD-Kode zur Sepsis dokumentiert wurde, müssen die entsprechenden Symptome/Befunde gemäß Definition der ICD-Sepsis in den Patientenakten dokumentiert sein.

Empfehlung
Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden. Aufgrund der Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Infektion“ (s. Abschnitt 5.4) wird die Definition der Sepsis nach ICD-10 in Kombination mit den Zusatzkodes des infektionsbedingten SIRS empfohlen. Da die Abrechnung eines ICD-SIRS-Kodes gemäß Kodierrichtlinien strengen, überprüfbaren Befunden/Symptomen unterliegt, ist davon auszugehen, dass diese Daten regelhaft in der Patientenakte dokumentiert sind.

5.1.3 Datenfeld 3 „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK“

3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 26: Ergebnisse zu Datenfeld 3

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	5	5	
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	10	0	

Kommentare der Leistungserbringer
Eines der Krankenhäuser merkte an, dass nicht deutlich werde, ob der liegende oder ein neu anzulegender ZVK gemeint sei, auch wenn dies in den Antwortmöglichkeiten auftaucht. Eventuell solle man dies noch in die Fragestellung aufnehmen, z.B. „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK".

Mehrere Krankenhäuser gaben an, dass die notwendigen Informationen zur Entnahme der Blutkulturen aus dem ZVK bei ihnen regelhaft aus der Patientenakte oder den Laborbefunden entnommen werden könnten. In einem der befragten Krankenhäuser liegen die entsprechenden Informationen nur für Patienten, die auf Intensivstation behandelt werden vor (über die Dokumentation im Verlaufsbogen), jedoch nicht für Patienten, die auf Normalstation behandelt werden.

Fünf Krankenhäuser gaben hingegen an, dass die Informationen für sie auch im Regelbetrieb nicht erhebbar seien. Grund für diese Einschätzung war bei allen, dass die Information, ob die Blutkultur aus dem ZVK abgenommen wird, bereits in den Laboranforderungen nicht regelhaft oder sogar grundsätzlich nicht dokumentiert werde.

Eines dieser Krankenhäuser wies auf folgendes Problem hin: Auch wenn Informationen dazu vorliegen, wie viele aerobe oder anaerobe Blutkulturen jeweils abgenommen wurden und ob diese aus einer peripheren Vene oder aus einem ZVK entnommen worden sind, könne man jedoch nicht entnehmen, ob die Blutkulturen aus dem bereits liegenden oder aus einem anderen, neu angelegten ZVK entnommen worden sind.

Zusätzlich besteht in einigen Krankenhäusern das Problem, dass der Zugriff auf die elektronischen Mikrobiologiebefunde den Hygienefachkräften vorbehalten ist.

Laut einem der befragten Krankenhäuser sei die Entnahme jeweils eines Blutkultursets aus peripherer Vene und ZVK umstritten. Die MIQ (Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik), aus der die Empfehlung stammt, habe in der Krankenhaus-Praxis in Deutschland keinen Eingang gefunden. In den KRINKO-Empfehlungen sei ein derartiges Vorgehen nicht beschrieben. Dies zeigt sich in der Rückmeldung einiger Krankenhäuser, die darauf hinweisen, dass sie Blutkulturen prinzipiell nur aus der peripheren Vene und nie aus dem liegenden ZVK abnehmen. In anderen Häusern wird dieser Standard hingegen eingehalten.

Empfehlung
Eine entsprechende, regelkonforme Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen zur Blutkulturdiagnostik, die die Angabe der Entnahmestelle der Blutkultur einschließt (siehe ausführliche Erläuterung zu den gesetzlichen Vorgaben in Abschnitt 5.4) wird vorausgesetzt.

Die Blutkulturdiagnostik bei Patienten mit ZVK sollte möglichst häufig nach definierten Kriterien bzw. leitlinienkonform erfolgen. Auch wenn in den KRINKO-Empfehlungen die MIQ-Standards nicht explizit Erwähnung finden, so empfehlen verschiedene Leitlinien (AWMF 2010, DGHO 2010, Jauch et.al. 2007)[10] das Vorgehen nach MIQ. Es wird empfohlen, das Datenfeld bis auf die Präzisierung der Frage unverändert zu belassen.

[10] AWMF (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie; Jauch, KW;

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die Formulierung der Frage wird wie folgt präzisiert: „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK“.

5.1.4 Datenfeld 4 „Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene“

4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 27: Ergebnisse zu Datenfeld 4

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	3	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	3	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	9	1	0

Kommentare der Leistungserbringer
Von mehreren Krankenhäusern wurde vorgeschlagen, die Frage umzuformulieren in „Entnahme von Blutkulturen aus einer peripheren Vene“. Ein Krankenhaus schlug vor, einen Ausfüllhinweis aufzunehmen, in dem darauf hingewiesen wird, „dass hier NICHT die Entnahme aus einer Arterie gemeint ist“.

Die Kommentare zur Verfügbarkeit der Informationen sind weitgehend identisch mit denen zu Datenfeld 3.

Eine Hygienefachkraft wies darauf hin, dass in der Pädiatrie bei den Kindern häufig nur eine nichtbelüftete Kultur abgenommen werde, aus der dann im Labor je eine aerobe und eine anaerobe Blutkultur angelegt wird. Es würden hier also keine Sets gewonnen.

Empfehlung
Die Formulierung der Frage wird wie folgt präzisiert: „Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen (peripheren) Vene“.

Eine Ergänzung des Ausfüllhinweises wird nicht empfohlen, da in Ausnahmefällen eine arterielle Punktion zur Blutkulturentnahme nicht zwingend verboten ist und insbesondere keine diagnostischen Nachteile hat.

5.1.5 Datenfeld 5 „In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen“

Die Frage 5 war nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden; sonst weiter bei Frage 6.[11]

5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja

Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; Mühlebach, S (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuell Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

[11] Die Hervorhebung erfolgte in den Unterlagen für die Machbarkeitsprüfung, um die Eigenschaft der Fragen 3 und 4 als Filterfragen herauszustellen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 28: Ergebnisse zu Datenfeld 5

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	2	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde von den Leistungserbringern für erforderlich gehalten zu erläutern, was mit „separaten“ Venenpunktionen gemeint sei, d.h. ob hiermit die Entnahme aus zwei verschiedenen Venen, die Entnahme zu unterschiedlichen Zeiten oder beides gemeint sei.

Es wurde mehrfach auf die unzureichende Dokumentation in den Kliniken hingewiesen. Die schriftlichen Laboranforderungen würden unzureichend ausgefüllt. Der Ort der Entnahme (welche Vene, welche Stelle) werde nicht angegeben.

Die unterschiedliche Dokumentationsqualität/Verfügbarkeit der Daten zwischen Intensiv- und Normalstation wurde erneut hervorgehoben. Auch in Häusern, in denen die Informationen vorliegen, müssten diese z.T. sehr aufwendig aus den Akten entnommen werden. Teilweise auch deshalb, weil der Zugriff auf elektronisch vorhandene Mikrobiologiedaten nur den Hygienefachkräften und nicht den Ärzten gestattet sei.

Zur Frage nach den separaten Venenpunktionen wurde vermerkt, dass dies nicht immer realisierbar sei. Im Fokus der Ärzte (die die Punktion durchführen) stehe, den Keim zu identifizieren und eine Antibiose einzuleiten. Die Ursachenforschung (sekundäre, primäre Sepsis) stehe nicht im Vordergrund.

Eine Krankenhaushygienikerin schlug vor, einen Indikator einzuführen, der das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Blutkulturdiagnostik prüfe, da hier noch Verbesserungspotenzial bestehe.

Empfehlung
Eine entsprechende, regelkonforme Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen zur Blutkulturdiagnostik (siehe ausführliche Erläuterung zu den gesetzlichen Vorgaben in Abschnitt 5.4) wird vorausgesetzt.

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden. In den Ausfüllhinweis soll aufgenommen werden: „Mit separaten Venenpunktionen ist die Entnahme aus zwei verschiedenen Venen gemeint.“

Eine Frage nach dem Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur Blutkulturdiagnostik sollte perspektivisch in die Einrichtungsbefragung aufgenommen werden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

5.1.6 Datenfeld 6 „Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien“

6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 29: Ergebnisse zu Datenfeld 6

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Nach Einschätzung zweier Teilnehmer sollte in der Fragestellung deutlicher werden, dass es sich um eine primäre Sepsis handelt, z.B. durch den Zusatz „keine Infektion an anderer Stelle“. Auch sei die CDC-Definition der Sepsis vielen Ärzten nicht vertraut, sondern nur die klinische (ICD-10) Definition.

Auch hier wird mehrfach von den Krankenhäusern auf die Problematik der Verfügbarkeit der Information hingewiesen, insbesondere da Laborinformationen benötigt würden, um die CDC-Kriterien vollständig zu erfassen. Die mikrobiologische Diagnostik werde häufig durch externe Anbieter erbracht und die Daten stünden evtl. dann nicht direkt im KIS zur Verfügung.

Die Dokumentation der primären Sepsis wird von einigen Häusern im Rahmen des KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) durchgeführt und erweist sich laut Rückmeldungen dieser Häuser als sehr aufwendig. Die Hygienefachkraft sei pro Woche etwa 4 bis 5 Stunden mit der Dokumentation der Fälle auf den Intensivstationen beschäftigt.

Es wird darauf hingewiesen, dass für das Kriterium 1 („Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind“) die komplette Krankengeschichte des Patienten aus der Patientenakte eruiert werden müsse. Das Kriterium 2 („Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr: Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.“) müsse klinisch erhoben werden, d.h. der Patient müsse untersucht werden. Die Informationen retrospektiv aus den Akten zu recherchieren, sei mit großem zeitlichem Aufwand verbunden. Gut ließen sich die Informationen deshalb nur behandlungsbegleitend erheben.

Der befragte Internist eines Krankenhauses sah kein praktisches Problem in der Anwendung der CDC-Definition im Gegensatz zur Definition der klinischen Sepsis.

Ansonsten wurde es überwiegend kritisch gesehen, hier die CDC-Definition anzuwenden. Da nur in wenigen Fällen zwei separate Blutentnahmen erfolgten, könne bei Vorliegen eines gewöhnlichen Hautkeims das Kriterium 2 häufig gar nicht erfüllt werden. Viele septische Patienten würden über die CDC-Definition dadurch nicht erfasst.

Die vorliegenden Kommentare deuten darauf hin, dass in den meisten dokumentierten Fällen keine ZVK-assoziierte Sepsis und auch keine primäre Sepsis vorlägen, sondern es sich i.d.R. um sekundäre Sepsis-Fälle handele.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Empfehlung
Dieses Datenfeld sollte ersetzt werden durch die Frage nach einer Sepsis gemäß ICD-Kriterien:

Der Ausfüllhinweis soll dahingehend geändert werden, dass die ICD-Kriterien der Sepsis in Kombination mit einem infektionsbedingten SIRS erläutert werden:

„Sepsis: SIRS hervorgerufen durch eine Infektion
http://www.sepsis-gesellschaft.de/DSG/Deutsch/Krankheitsbild+Sepsis/Informationen+fuer+Mediziner/Definitionen

Kriterienkatalog SIRS
„Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein:

Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen).
Die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden:

1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien:

- Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min
- Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤ 4,3kPa bzw. 33 mmHg)
- Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild

2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- Fieber (≥ 38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min
- Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤4,3kPa bzw. 33 mmHg)
- Leukozytose (≥12.000/mm³) oder Leukopenie (≤4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild

Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation(en) sowie eines SIRS nicht-infektiöser Genese ohne oder mit Organkomplikation(en) müssen mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein:

- Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min
- Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤4,3kPa bzw. 33 mmHg)
- Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild

5.1.7 Datenfeld 7 „Nachweis eines multiresistenten Erregers“

7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 30: Ergebnisse zu Datenfeld 7

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	10	0	0

Kommentare der Leistungserbringer
Zu der Antwortmöglichkeit „andere“ wurde hinterfragt, was damit gemeint sei. Es wird vorgeschlagen, in die Fragestellung aufzunehmen: „Nachweis eines der genannten multiresistenten Erreger“. Dann könne man auf die Auswahlmöglichkeit „anderer“ verzichten.

Die Verfügbarkeit der Daten wird einheitlich als gegeben betrachtet; entweder lägen die mikrobiologischen Befunde elektronisch im KIS bzw. Laborsystem oder in der Krankenakte vor. Der Zeitaufwand der Erhebung und der auf Hygienefachkräfte begrenzte Zugriff werden auch hier erwähnt.

Empfehlung
Dieses Datenfeld sollte unverändert übernommen werden. Der Ausfüllhinweis soll ergänzt werden durch: „5= anderer: z.B. Parasiten, Mycobacterium tuberculosis, …“

5.1.8 Datenfeld 8 „Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien“

Die Frage 8 war nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr.[12]

8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 31: Ergebnisse zu Datenfeld 8

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	10	0	0

Kommentare der Leistungserbringer
Eine Hygienefachkraft hinterfragte, ob im Ausfüllhinweis tatsächlich die gesamte Definition für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr laut NEO-KISS abgebildet sei.

Ein Kommentar betonte, dass hier grundsätzlich die gleichen Probleme bestünden wie bei Datenfeld 6 (s. Abschnitt 5.1.6), aber es in diesem Fall etwas einfacher sei, die primäre Sepsis zu erfassen, da in der Definition die Kriterien „keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle“ und „Beginn einer antimikrobiellen Therapie“ enthalten seien.

[12] Die Hervorhebung erfolgte in den Unterlagen für die Machbarkeitsprüfung.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Empfehlung
Aufgrund der Gesamtempfehlung zur fallbezogenen Dokumentation „Infektion“ (s. Abschnitt 6.4) wird empfohlen, dieses Datenfeld zu streichen.

5.2 Fallprüfungen

In die Fallprüfungen „Infektion“ wurden 78 Patienten aus den 10 teilnehmenden stationären Einrichtungen einbezogen. Pro Klinik sollten 10 Patienten mit ZVK und Verdacht auf Sepsis dokumentiert werden. Ein Leistungserbringer konnte jedoch nur 8 Fälle liefern, sodass sich die genannte, verminderte Fallzahl ergab.

Die verfügbaren demografischen bzw. klinischen Charakteristika sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst.
Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 68 Jahre wobei die Werte zwischen 1 Monat und 89 Jahren lagen. Das Patientenkollektiv umfasste dabei lediglich 2 Säuglinge (≤ 12 Monate), alle anderen Patienten waren älter als 39 Jahre. 63 % der Patienten waren männlich, 37 % weiblich.

Aus dem Spektrum der dokumentierten Hauptdiagnosen lässt sich ableiten, dass überwiegend Patienten mit internistischen Erkrankungen eingeschlossen wurden. Als Hauptdiagnose wurde in 12 von 78 Fällen (15,4 %) ein Sepsiskode angegeben und bei 45 von 78 Patienten (57,7 %) ein Sepsiskode als Nebendiagnose. In 4 von 78 Fällen (5,1 %) war sowohl in der Haupt- als auch einer Nebendiagnose ein Sepsiskode angegeben.

Die große Zahl von Hauptdiagnosen „Sepsis“ resultiert daher, dass ein Haus entgegen den Vorgaben Patienten mit einer „ambulant erworbenen Sepsis“ erfasst hat (8 Fälle). Zwei Leistungserbringer haben vermutlich die Auswahlkriterien falsch verstanden und in einem Haus wurde vermutlich eine nosokomiale Sepsis als Hauptdiagnose „Sepsis durch Streptokokken“ kodiert.

Tabelle 32: Altersverteilung der Patienten (N=78)

Kennzahl	Alter in Jahren
Mittelwert	67,95
Median	72,00
Spannweite	89
Minimum	0
Maximum	89
5. Perzentil	40,95
25. Perzentil	61,50
75. Perzentil	78,25
95. Perzentil	85,05

Tabelle 33: Geschlechtsverteilung der Patienten

Geschlecht	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Männlich	49	62,8	62,8	62,8
Weiblich	29	37,2	37,2	100,0
Gesamt	**78**	**100,0**	**100,0**	

© 2015 AQUA-Institut GmbH

5.2.1 Datenfeld 2: ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden

Tabelle 34: Datenfeld 2: Anzahl der Patienten, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden war

	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Nicht gültig	26	33,3	33,3	33,3
Gültig	52	66,7	66,7	100,0
Gesamt	**78**	**100,0**	**100,0**	

In 2/3 (= 66,7 %) aller dokumentierten Fälle war ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden.

5.2.2 Datenfeld 3: Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK

Tabelle 35: Antworten zur Frage nach der Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK

Antwort	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen	47	60,3	61,0	61,0
nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt	1	1,3	1,3	62,3
ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	29	37,2	37,7	100,0
Gesamt gültig	77	98,7	100,0	
fehlend	1	1,3		
Gesamt	**78**	**100,0**		

Wenn Blutkulturen aus dem ZVK entnommen wurden (37,7 %), dann immer ein Set aus anaerober und aerober Flasche. In 61 % wurde keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen und nur in einem Fall war der ZVK bereits entfernt.

5.2.3 Datenfeld 4: Blutkultur andere Vene, und Frage 5: Separate Venenpunktion

In 64 % der Fälle wurde eine Blutkultur aus einer anderen (peripheren) Vene entnommen (Tabelle 36). Lediglich bei 15 Patienten (19 %) wurden dabei mehr als ein Set in separaten Venenpunktionen gewonnen (Tabelle 37).

Tabelle 36: Antworten zur Frage nach der Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene

Blutkultur aus anderer Vene	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	27	34,6	35,1	35,1
ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	50	64,1	64,9	100,0
Gesamt gültig	77	98,7	100,0	
Fehlend	1	1,3		
Gesamt	**78**	**100,0**		

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 37: In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen

Separate Venenpunktionen	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	40	51,3	72,7	72,7
ja	15	19,2	27,3	100,0
Gesamt gültig	55	70,5	100,0	
Fehlend	23	29,5		
Gesamt	**78**	**100,0**		

5.2.4 Datenfeld 6: Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien

Eine primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien lag nach Bewertung der beteiligten Ärzte in 25 von 78 (31,1 %) Fällen vor.

Tabelle 38: Primäre Sepsis gemäß CDC

Primäre Sepsis gem. CDC	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	53	67,9	67,9	67,9
ja	25	32,1	32,1	100,0
Gesamt	**78**	**100,0**	**100,0**	

Insgesamt wurden bei 76 Erregernachweisen lediglich 9 multiresistente Erreger gefunden; davon allein 7 MRSA und jeweils ein VRE/GRE und ein MRGN-Keim.

5.2.5 Datenfeld 7: Nachweis eines multiresistenten Erregers

Tabelle 39: Nachweis eines multiresistenten Erregers

Nachweis MRE	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	58	74,4	86,6	86,6
MRSA	7	9,0	10,4	97,0
VRE/GRE	1	1,3	1,5	98,5
3 MRGN	1	1,3	1,5	100,0
Gesamt gültig	67	85,9	100,0	
Fehlend	11	14,1		
Gesamt	**78**	**100,0**		

5.2.6 Klinische primäre Sepsis bei Patienten bis 1 Jahr

Tabelle 40: Klinische primäre Sepsis bei Patienten bis 1 Jahr

Klinische primäre Sepsis bei Patienten bis 1 Jahr	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Nein	11	14,1	100,0	100,0
Fehlend	67	85,9		
Gesamt	**78**	**100,0**		

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Prozeduren

Die Anzahl der für den Dokumentationsbogen auslösenden Kodes ist in Tabelle 41 wiedergegeben. Dabei haben von den 78 dokumentierten Patienten nur 55 (70,5 %) einen Kode, der im Regelbetrieb den QS-Bogen auslösen würde. Die Fälle ohne auslösenden Kode sind jedoch, bis auf eine Ausnahme, die chirurgischen Patienten, bei denen eine größere, meist kardio-chirurgische Operation dokumentiert ist.

Tabelle 41: Anzahl der Kodes für die QS-Auslösung

OPS	Bezeichnung	Anzahl	Anteil (%)
8-831.	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	38	48,7
8-890.	Intensivmedizinische Komplexbehandlung	30	38,5
8-931.	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des ZVD	19	24,4
8-831 oder 8-890 oder 8-931		55	70,5

Die Kodes werden teilweise einzeln und teilweise doppelt dokumentiert (s. Tabelle 42); eine Systematik lässt sich nicht erkennen.

Tabelle 42: Anzahl doppelter QS-Auslösung

Auslösekode	Anzahl	Prozent
ZVK-Legen	24	30,8
Komplexbehandlung	16	20,5
beide OPS	14	17,9
ZVK-Legen	23	29,5
ZVD-Messung	4	5,1
beide OPS	15	19,2
Komplexbehandlung	22	28,2
ZVD-Messung	11	14,1
beide OPS	8	10,3

Dass bei 23 der dokumentierten Fälle kein im QS-Filter definierter OPS-Kode vorlag, ist insofern überraschend, als die Leistungserbringer die Vorgabe hatten, nur Fälle mit ZVK auszuwählen und bei der Suche der Fälle bei Bedarf die entsprechenden OPS-Kodes zugrunde zu legen. Für 8 dieser Fälle wurde auf Nachfrage bei der zuständigen Controllingabteilung versichert, dass definitiv entsprechende Kodes dokumentiert waren, aber vergessen wurde, diese in der Machbarkeitsprüfung zu dokumentieren. Zwei Leistungserbringer haben behandlungsbegleitend dokumentiert, sodass zum Zeitpunkt der Dokumentation die Abrechnungskodes nicht bekannt waren. Dies betrifft die Angaben in 11 Fällen. Für die übrigen 4 Fälle aus 2 anderen Häusern wurde bestätigt, dass die entsprechenden Auslösekodes für diese Fälle nicht zur Abrechnung dokumentiert worden waren. Diese Häuser hatten für die Fallauswahl nicht die Abrechnungskodes herangezogen.

Durch die Empfehlung, die Kodes des QS-Filters bei der Auswahl der zu dokumentierenden Fälle zu nutzen, lassen die vorliegenden Daten keine sicheren Rückschlüsse auf das Kodierverhalten zu. Allerdings unterstützen die aufgezeigten 4 Fälle, in denen kein entsprechender Kode abgerechnet wurde, die Annahme, dass eine flächendeckende, vollzählige Auslösung zur QS-Dokumentation von ZVK-Patienten durch den vorgegebenen QS-Filter nicht gewährleistet ist.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

5.3 Auswertung der Infektionsindikatoren

Die für die Auswertung zugrunde liegenden Daten waren von hoher Vollzähligkeit. Alter und Geschlecht, die Hauptdiagnose und die Angaben zur Frage 2: „ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden“ waren zu 100 % dokumentiert, die Fragen 3 und 4 jeweils zu 98,7 % (1 Missing). Mindestens 1 Prozedurenschlüssel war in 97,4 % der Fälle angegeben.

Die aus diesen Zahlen berechneten Qualitätsindikatoren sind in Tabelle 43 dargestellt.

Tabelle 43: Empirische QIs der fallbezogenen Infektionsdokumentation

ID	Indikatorbezeichnung	Zähler	Nenner	QI-Wert (%)
44_AA	Erfüllte Kriterien bei Blutkulturdiagnostik	3	3	100
47a_A	Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis	4	4	100
62_A	ZVK-assoziierte primäre Sepsis	20	48	41,7
63_AB	ZVK-assoziierte primäre Sepsis – MRE	4	20	20

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl sind diese Ergebnisse mit einer großen Varianz behaftet bzw. ist eine statistische Aussage für die Indikatoren 44_AA und 47a_A nicht möglich.

5.4 Empfehlungen für die Indexleistung Infektion

Für die QS-Auslösung der Indexleistung „Infektion“ wurde im Abschlussbericht eine Kombination aus ZVK-OPS-Kodes (analog des QS-Filters zur Indexleistung „Prozess“) und spezifischer ICD-Kodes zur Sepsis als Nebendiagnose empfohlen. Im Dokumentationsbogen wurde die Sepsis gemäß den Kriterien der CDC abgefragt.

Die Kommentare der Leistungserbringer zu den Datenfeldern und der Indexleistung „Infektion“ gesamt, lassen sich in zwei wesentliche Gruppen zusammenfassen: Zum einen wird auf die zum Teil schlechte Dokumentation und Verfügbarkeit der benötigten Angaben zum ZVK und zur Blutkulturdiagnostik hingewiesen. Zum anderen – damit verbunden – wird hervorgehoben, dass die Diagnose der Sepsis nach den Kriterien der CDC schwer nachvollziehbar und mit hohem Rechercheaufwand verbunden sei.

Die Erfahrungen der Machbarkeitsprüfung insgesamt und speziell in Bezug auf die Indexleistung „Infektion“ lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Wie bereits in den Empfehlungen für die Prozessindikatoren begründet, scheint derzeit eine bundesweite, regelkonforme Dokumentation der im QS-Filter definierten Kodes zur Identifikation von Patienten mit ZVK und damit eine korrekte, zufallsbasierte Stichprobenziehung nicht möglich.
   Deshalb wird empfohlen, die Kodes, die für die Auslösung von Patienten mit ZVK definiert wurden, aus dem QS-Filter zu streichen.
2. Die Tatsache, dass in deutschen Kliniken zum Teil unvollständig dokumentiert und kodiert wird, kann nicht bestritten werden. Dies gilt insbesondere für Laboranforderungen für Blutkulturen, bei denen häufig weder die Entnahmestelle dokumentiert ist, noch ob sowohl eine aerobe als auch eine anaerobe Blutkultur angelegt wurde. Im Sinne vor allem der Patientensicherheit und auch aus juristischer Sicht kann dies jedoch nicht als Argument gegen eine QS-Dokumentation angeführt werden, zumal dann nicht, wenn es um eine schwerwiegende Erkrankung wie die (nosokomial erworbene) Sepsis geht. Zum Thema verpflichtende Dokumentation enthält das Patientenrechtegesetz (§630 f BGB) dazu folgenden Absatz:

   – Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem, zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.
   – Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Da insbesondere die Durchführung und Dokumentation der Blutkulturdiagnostik ein bekanntes Qualitätsdefizit darstellt, sollte auf die Erhebung der entsprechenden Indikatoren nicht verzichtet werden. Das setzt voraus, dass die Blutkultur-Anforderungsscheine korrekt ausgefüllt werden. Das ist auch im klinischen Alltag zumutbar und muss gefordert werden.

3. Die Diagnose der Sepsis nach CDC-Kriterien scheint tatsächlich mit größeren Schwierigkeiten behaftet und muss hinterfragt werden. Diese Kriterien sind für eine epidemiologische Erfassung der Sepsis geeignet, aber werden im klinischen Alltag meist nicht angewandt und sind zum Teil auch nicht bis in jedes Detail bekannt.

Die CDC-Definition einer Sepsis erfordert zwingend den Nachweis eines Keimes in der Blutkultur, während die ICD-Definition die klinische Symptomatik in den Vordergrund stellt und auch ohne Keimnachweis eine Sepsisdiagnose gestellt werden kann. Bei Verwendung der CDC-Definition bedeutet das im klinischen Alltag: keine, oder mangelhafte Blutkulturdiagnostik führt zu geringerer Zahl von Sepsisfällen. Zudem ist bekannt, dass auch bei korrekter Entnahme von Blutkulturen ein nennenswerter Anteil keinen Keimnachweis erbringt, auch wenn klinisch eindeutig eine Sepsis vorliegt. Aus diesen Gründen wird eine Abkehr von der Definition nach CDC empfohlen.

Die Probleme bei der Dokumentation der ZVK-Kodes und die Schwierigkeiten der Sepsis-Definition nach CDC veranlassen zu der Überlegung, die Auslösung des QS-Bogens „Infektion“ auf das Kollektiv der Sepsis bzw. der schweren Sepsis nach ICD zu ändern. Dies kann durch die ICD-Kodes R65.0! und R65.1! (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne/mit Organkomplikationen) und den Kode R57.2- septischer Schock gewährleistet werden.

Die beiden Zusatzschlüssel sind an die Primärkodierung eines der Sepsiskodes (A40.- A41.-) gebunden, dürfen aber nur dann verwendet werden, wenn die entsprechenden Symptome/Befunde in der Patientenakte nachweisbar dokumentiert sind. Gegenüber einer Auslösung lediglich nach Erreger-spezifischen Kodes bedeutet dies eine Minderung der ausgelösten Fallzahl um ca. 12.000 Fälle pro Jahr (Destatis-Anfrage vom 8.1.2014: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten mit Haupt- und Nebendiagnose „Sepsis“; DRG-Statistik[14] 2013), ergibt aber eine höhere Spezifität der Diagnose und in allen Fällen validierbare (SIRS)-Symptome in der Patientenakte.

Es wird daher empfohlen, die Fallauslösung durch die Kodes R65.0!, R65.1! und R57.2 vorzunehmen und damit auf die Sepsis/SIRS-Definition nach ICD-10 umzustellen. Der vollständige Filter ist Anhang F.1 zu entnehmen.

Es wird empfohlen, den Prozedurbogen umzustellen und vor weiterführenden Fragen zur Qualität der Blutkulturdiagnostik die Frage nach dem Vorliegen einer primären, ZVK-assoziierten Sepsis zu stellen. Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die weiteren Fragen nur für Fälle mit ZVK-assoziierter Sepsis auszufüllen ist. Da der QS-Filter alle Patienten mit Sepsis nach ICD-10-Kriterien umfasst, soll im Dokumentationsbogen ebenfalls die Definition der Deutschen Sepsisgesellschaft bzw. ICD-10 zugrunde gelegt werden. Die ICD-Kodes R65.0! und R65.1! dürfen nur im Zusammenhang mit entsprechenden Sepsiskodes angegeben werden (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2014). Nach DRG-Statistik (*Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern*) des Statistischen Bundesamtes wurden diese Kodes 220.270-mal im Jahr 2013 erfasst. Zusammen mit den Zahlen für den Kode „Septischer Schock“ ergeben sich etwa 254.087 auszulösende Fälle pro Jahr.

Da die Erhebung der ZVK-assoziierten Sepsis/Sepsis-MRE sich auf die ICD-10-Definition der Sepsis beziehen, soll auf die Frage nach der „Klinischen primären Sepsis gemäß CDC-Kriterien“ bei Patienten jünger als ein Jahr verzichtet werden. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten nosokomialer Infektionen, respektive einer ZVK-assoziierten Sepsis ist im Bereich Neonatologie deutlich am größten. Daten aus der empirischen Prüfung zeigen, dass ca. ≥ 75 % der dokumentierten Sepsisfälle innerhalb der ersten 1 bis 2 Monate auftreten. Im Sinne eines zumutbaren Dokumentationsaufwands in der Perinatalmedizin/Pädiatrie erscheint es gerechtfertigt, diese Einschränkung zu machen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zur Abschätzung der zu erwartenden Fälle mit primärer-ZVK-assoziierter Sepsis lassen sich die Daten der zweiten nationalen Prävalenzstudie[13] heranziehen. Dort wird die Prävalenz der Patienten mit während des aktuellen Krankenhausaufenthalts erworbenen nosokomialen Infektionen in einer repräsentativen Stichprobe (9626 Fälle aus 46 Krankenhäusern) mit 3,4 % (95 %-Konfidenzintervall: 3,0–3,8 %) angegeben. Der Anteil der primären Sepsis bei den Patienten mit nosokomialer Infektion betrug dabei 5,7 %.

Laut Angaben des statistischen Bundesamtes (DRG-Statistik[14])betrug die Zahl der „Vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern“ 18.133.711 im Jahr 2013. Abzüglich der 872.823 Fälle/Patienten mit einem Alter unter 1 Jahr ergibt sich eine Gesamtpopulation von 17.260.888 Fällen.

Legt man nun die Prävalenzschätzungen von Behnke et.al. (2013) zugrunde, dann ergibt sich eine Schätzung der zu erwartenden Fälle mit ZVK-assoziierter Sepsis von 30.106 (Zählerpopulation). Bei einer Gesamtzahl von 1550 (nach IK-Nr.) nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäusern ist in grober Abschätzung im Mittel mit 22 Fällen mit ZVK-assoziierter Sepsis pro Krankenhaus und Jahr zu rechnen (Aus der Punktprävalenz kann nur mit großer Einschränkung auf die Inzidenz geschlossen werden, hier soll diese Abschätzung jedoch zur ersten Orientierung genügen). Damit sollte eine ausreichende Differenzierung der Leistungserbringer in einem Raten-Indikator möglich werden.

Eine Vergleichbarkeit mit internationalen Daten ist nur eingeschränkt möglich, da die epidemiologischen Daten aus der Literatur eine Normierung auf 1000-ZVK-Liegetage beinhalten. Schätzungen von Provonost et.al. (2006)[15] besagen, dass mit 4 ZVK-assoziierten Sepsisfällen auf 1000 Liegetage zu rechnen ist. Legt man eine mittlere Liegedauer von sieben Tagen zugrunde und rechnet mit ca. 1 Million ZVKs pro Jahr in Deutschland, so resultieren daraus ca. 28.000 Fälle. Die oben genannte Schätzung nach den Prävalenzdaten von Behnke et.al. und der DRG-Statistik erscheint damit in der Größenordnung plausibel.

Aufgrund der genannten Zahlen für die Zählerpopulation erscheint die vorgeschlagene Auslösung über die Kodes R65.0! R65.1! und R57.2 sinnvoll und die zu erwartende Zahl für die vollständige Dokumentation des QS-Bogens „Infektion“ gerechtfertigt und zumutbar.

Die empfohlene Umstellung der Auslösung hat dabei nur geringe Auswirkungen auf die Indikatoren zur Blutkulturdiagnostik, deren Erfassung weiterhin empfohlen wird.

Die Rechenregel des Indikators „Erfüllte Kriterien bei der Blutkulturdiagnostik“ (ID 44_AA) wird durch die geänderte Auslösung nicht beeinflusst. Auch wenn die MIQ-Standards zur Blutkulturdiagnostik nicht den Rang einer Richtlinie haben und von den Leistungserbringern unterschiedlich bewertet werden, sollte die Blutkulturdiagnostik bei Patienten mit ZVK möglichst häufig nach definierten Kriterien bzw. leitlinienkonform erfolgen (s. auch Abschnitt 5.1.3: Empfehlungen zum Datenfeld „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK“). Es wird deshalb empfohlen, den Indikator in der beschriebenen Form zu erfassen.

Für den Indikator „Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK“ ergibt sich die gleiche Argumentation. Es wird empfohlen, auch diesen Indikator mit den entsprechenden Anpassungen der Datenfelder und Ausfüllhinweise (s. Abschnitt 5.1) zu erfassen.

Der Indikator „Primäre ZVK-assoziierte Sepsis“ wird durch die geänderte QS-Auslösung und insbesondere durch die Umstellung auf die Sepsisdefinition nach ICD-10 wesentlich beeinflusst. Das Vorliegen einer ZVK-assoziierten Sepsis muss jetzt nicht mehr gemäß CDC-Kriterien als eine durch Labor bestätigte Sepsis angegeben werden, sondern durch das Vorhandensein eines ZVK in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten der Sepsissymptome und das Kriterium „keine Infektion an anderer Stelle“. Indem nicht mehr der Keimnachweis in der Blutkultur Voraussetzung ist, wird die Zahl der insgesamt für den Indikator dokumentierbaren Fälle deutlich

[13] Behnke M, Hansen S, Leistner R, Peña Diaz LA, Gropmann A, Sohr D, Gastmeier P, Piening B: Nosocomial infection and antibiotic use - a second national prevalence study in Germany. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(38): 627–33. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0627.
[14] Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des §1 KHEntgG unterliegen.
[15] Pronovost, P; Needham, D; Berenholtz, S; Sinopoli, D; Chu, H; Cosgrove, S; et al. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N.Engl.J.Med. 355(26): 2725-2732.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

erhöht und damit seine Aussagekraft verbessert. Es wird daher empfohlen, den Indikator in der geänderten Version zu erfassen.

Für den Indikator „ZVK-assoziierte primäre Sepsis – MRE“ gilt prinzipiell die gleiche Argumentation, sodass auch hier empfohlen wird, den Indikator mit den entsprechenden Anpassungen der Datenfelder und Ausfüllhinweise (s. Abschnitt 5.1) zu erfassen.

Zusätzlich zu den vorgeschlagenen Datenfeldern für die Indikatoren wird vorgeschlagen, drei weitere Datenfelder zu implementieren:

Datenfeld 1: Nur auszufüllen wenn „Primäre, ZVK-assoziierte Sepsis = Nein“
Lag zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome eine der folgenden nosokomialen Infektionen vor:

- Beatmungs-assoziierte Pneumonie
- Katheter-assoziierter Harnwegsinfekt
- Postoperative Wundinfektion

Datenfeld 2: Nur auszufüllen wenn „Primäre, ZVK-assoziierte Sepsis = Ja“
Anzahl der ZVK-Liegetage

Datenfeld 3: Immer auszufüllen
„Liegt das kulturelle Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik vor: ja/nein“

Die Information aus dem Datenfeld 1 kann als Kennzahl und zur Risikoadjustierung genutzt werden. Weiterhin ist damit eine Plausibilisierung der Zahl der ZVK-assoziierten Sepsisfälle im Vergleich zu den o.g. Prävalenzdaten möglich. Des Weiteren ist die Information für die Qualitätsbeurteilung im Strukturierten Dialog bedeutsam.
Durch die Erhebung des Datenfelds 3 bei allen ausgelösten Fällen kann ein wichtiges Kriterium der Prozessqualität bei Sepsis – unabhängig davon, ob diese ZVK-assoziiert ist – erfasst werden.

Für die Bestimmung der beiden Indikatoren „ZVK-assoziierte primäre Sepsis“ und „ZVK-assoziierte primäre Sepsis – MRE“ ist die Kenntnis der Zahl der Patienten mit ZVK erforderlich. Daher war im Abschlussbericht vorgesehen, die Auslösung der Sepsisfälle mit den OPS-Kodes zu verknüpfen, die die Anlage eines ZVK dokumentieren.

Die Rückmeldungen verschiedener Leistungserbringer (siehe Abschnitt 4.1) haben jedoch ergeben, dass die Dokumentation nicht standardmäßig in allen Kliniken durchgeführt wird, da diese Kodes nicht vergütungsrelevant sind. Der Grad der Unterdokumentation variiert stark, erreicht aber bei einigen, auch großen Kliniken 100 %. Nach Einschätzung der Leistungserbringer würden über die Gesamtheit der vom AQUA-Institut definierten Einschlusskodes lediglich 55 bis 98 % (Mittelwert: 84,3 %) der ZVK-Patienten identifiziert werden können.

Auch der Einschluss der OPS-Kodes zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung in den QS-Filter belegt nicht, dass zwangsläufig ein ZVK gelegt wurde; es existiert lediglich eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür. Die Rückmeldungen aus der Machbarkeitsprüfung zeigen allerdings auch, dass die fraglichen Kodes in den Krankenhäusern ebenfalls unterschiedlich dokumentiert werden und daher mit einer größeren Varianz bzgl. der Fallzahlen zu rechnen ist. Die Werte hierfür wurden von den Teilnehmern auf zwischen 5 und 65 % (Mittelwert: 16,6 %) der Patienten geschätzt, die eine intensivmedizinische Komplexbehandlung, aber keinen ZVK erhalten hatten. Die Ermittlung des Nenners direkt auf Basis der dokumentierten ZVK-Kodes kann daher nicht empfohlen werden.

Aus diesem Grund wird empfohlen, die Auslösung nicht mehr an die als wenig valide eingeschätzten OPS-Kodes für „Legen und Wechsel eines ZVK“ zu knüpfen, sondern ausschließlich an die Sepsis-Zusatzschlüssel für SIRS und den OPS-Kode für den septischen Schock. Damit einher geht eine Verschiebung von der CDC-Definition der Sepsis (Keimnachweis gefordert) hin zur ICD-Definition der Sepsis (Keimnachweis nicht zwingend). Da keine Stichprobe „Prozess“ mehr erhoben werden soll (siehe Abschnitt 4.4) können die Sepsis-Indikatoren

© 2015 AQUA-Institut GmbH

nicht auf ZVK-Liegetage bezogen werden, was als epidemiologisch-wissenschaftlicher Standard gilt. Auch ein Bezug auf alle ZVK-Patienten wird durch die schlechte Validität der ZVK-Kodierung nicht als praktikabel angesehen. Als Ausweg empfiehlt das AQUA-Institut, die Sepsisfälle im Zähler auf alle Patienten der Einrichtung im Nenner zu beziehen, genauer auf die Summe der Case-Mix-Punkte der Einrichtung (Produkt aus Patientenzahl x Case Mix Index). Die letzteren Informationen stehen aus der Einrichtungsbefragung zur Verfügung.

Weiterhin regt das AQUA-Institut an, einen prognostischen bzw. exakter einen „Propensity-Score“ zu entwickeln,[16] der vorhersagen soll, ob ein ZVK gelegt (bzw. benötigt) wurde, um anschließend die Summenwerte dieses Scores pro Krankenhaus als (Proxy-)Nenner für tatsächlich gelegte ZVKs nutzen zu können. Es ist davon auszugehen, dass sich ein solcher Score aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser gut entwickeln lässt. Gleichzeitig ist die Entwicklung eines solchen Scores, der faktisch alle Fälle und Risikokonstellationen aller Krankenhäuser im Blick haben muss, zu aufwendig, als dass er im Rahmen dieser Beauftragung umgesetzt werden konnte. Es wird daher empfohlen, die Entwicklung eines solchen „Propensity-Scores“ gesondert zu beauftragen. Es sollte geprüft werden, ob parallel und gleichzeitig eine Risikoadjustierung der Sepsisindikatoren – wie im Abschlussbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ beschrieben – beauftragt werden kann.

Zusammenfassend wird empfohlen, die Indexleistung „Infektion“ mittelfristig um die Hauptursachen der nosokomialen Sepsis (Invasive Beatmung, Harnwegskatheter, Wundinfektion) zu erweitern und dabei den Aspekt der Sterblichkeit im Krankenhaus zu berücksichtigen.

[16] Rosenbaum, PR; Rubin, DB (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika 70(1): 41-55.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

6 Dokumentationsbogen „Neonatologie“

Im Abschlussbericht vom 20. Dezember 2012 war empfohlen worden, die Sepsisraten bei Früh- und Neugeborenen im Rahmen der Dokumentation des in der externen stationären Qualitätssicherung bereits bestehenden Verfahrens *Neonatologie* zu erheben. Gegenstand der Machbarkeitsprüfung für den Dokumentationsbogen „Neonatologie“ waren die Fragen, die noch nicht Bestandteil im bereits existierenden QS-Verfahren sind. Gemäß Abschlussbericht betrifft dies die Datenfelder „Zentralvenöser Katheter“ sowie „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“. In die Machbarkeitsprüfung wurde darüber hinaus ein Datenfeld zur Abfrage der Anzahl der ZVK-Liegetage aufgenommen, um zu untersuchen, inwieweit eine Erfassung der Sepsis mit Bezug zu ZVK-Liegetagen für neonatologische Patienten praktikabel ist. Diese drei Datenfelder wurden mit den Teilnehmern anhand eines ausgewählten Falles durchgegangen und die Antworten protokolliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse und Kommentare zu den Fragen einzeln dargestellt, diskutiert und ggf. Empfehlungen abgegeben, wie sie modifiziert werden sollten.

6.1 Datenfelder des Dokumentationsbogens „Neonatologie“

6.1.1 Datenfeld 1 „Zentralvenöser Katheter“

1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 44: Ergebnisse zu Datenfeld 1

Gesamt: 2	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	3	0	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	1	
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	2	1

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde darauf hingewiesen, dass zur Beantwortung der Frage 1 die Patientenakte durchgesehen werden müsse. Das Krankenhaus, das angab, dass die Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei, begründete dies damit, dass zusätzliche Dokumentationsanforderungen für neonatologische Einrichtungen vor dem Hintergrund der weiteren derzeit existierenden umfangreichen Dokumentationsanforderungen nicht akzeptabel seien.

Empfehlung
Unter Berücksichtigung der Gesamtempfehlung zur stationären QS-Dokumentation „Neonatologie“ (siehe Abschnitt 6.5) wird empfohlen, dieses Datenfeld unverändert zu übernehmen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

6.1.2 Datenfeld 2 „ZVK-Liegetage“

2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 45: Ergebnisse zu Datenfeld 2

Gesamt: 2	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	3	0	
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	1	
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	3	0	

Kommentare der Leistungserbringer
Bei der hier vorgesehenen retrospektiven Erhebung müssten die ZVK-Liegetage anhand einer aufwendigen Durchsicht der Papierakten ermittelt werden. Problematisch sei in diesem Zusammenhang, dass die Papierakten nicht immer verfügbar sind, da Akten zu neonatologischen Patienten häufig auch in anderen Bereichen des Krankenhauses zu Dokumentationszwecken benötigt werden.

Übereinstimmend wird darauf hingewiesen, dass zwar die ZVK-Liegetage verpflichtend für das NEO-KISS erfasst werden müssen, allerdings nur für Kinder unter 1500 g, und zwar so lange, bis sie über 1800 g wiegen. Die Bestimmung der Liegetage erfolge jedoch nicht fallbezogen, sondern mittels der sogenannten Mitternachtsstatistik. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen kann damit nicht auf die Daten aus dem NEO-KISS zurückgegriffen werden.

Empfehlung
Unter Berücksichtigung der Gesamtempfehlung zur stationären QS-Dokumentation „Neonatologie“ (siehe Abschnitt 6.5) wird empfohlen, dieses Datenfeld bzw. die Erfassung der ZVK-Liegetage kritisch zu hinterfragen und ggf. mit dem Expertenpanel und der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin zu diskutieren.

6.1.3 Datenfeld 6 „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“

6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 46: Ergebnisse zu Datenfeld 6

Gesamt: 2	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	3	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	1	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	3	0	0

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Zur Ermittlung der Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS wäre eine aufwendige Recherche anhand der Patientenakten erforderlich. Der hohe Aufwand ergibt sich dadurch, dass Befunde aus verschiedenen Bereichen analysiert und zusammengeführt werden müssen.

Empfehlung
Unter Berücksichtigung der Gesamtempfehlung zur stationären QS-Dokumentation „Neonatologie“ (siehe Abschnitt 6.5) wird empfohlen, dieses Datenfeld unverändert zu übernehmen.

6.2 Fallprüfungen

In die Fallprüfungen wurden 14 neu- bzw. frühgeborene Patienten aus den drei teilnehmenden stationären Einrichtungen einbezogen. Pro Klinik sollten 5 Patienten mit ZVK dokumentiert werden. Ein Leistungserbringer konnte jedoch nur 4 Fälle liefern, sodass sich die genannte, verminderte Fallzahl ergab. Die verfügbaren demographischen bzw. klinischen Charakteristika sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst.

Das Gestationsalter der 14 Neu- bzw. Frühgeborenen (Tabelle 47) betrug im Median 27 Wochen mit einer Spannweite von 16 [23-39] Wochen und damit nur in einem Fall unter dem Ausschlusskriterium für Frühgeborene von 24 Wochen.

Tabelle 47: Gestationsalter der Neu- bzw. Frühgeborenen in Wochen

Kennzahl	Wert
Mittelwert	29,29
Median	27
Spannweite	16
Minimum	23
Maximum	39
5. Perzentil	23
25. Perzentil	25
75. Perzentil	34,75
95. Perzentil[17]	

Unter den Kinder waren 10 männlichen und 4 weiblichen Geschlechts. Es wurden 3 schwere, nicht letal verlaufende Fehlbildungen registriert. Die übrigen Kinder wurden ohne Fehlbildungen geboren.

Das Geburtsgewicht (Tabelle 48) der 14 Kinder betrug im Median 972,5 g mit einer Spannweite von 390 bis 4560 g. Aus dem Auswertungskollektiv auszuschließen war daher das Frühgeborene mit dem Gestationsalter 23 Wochen und dem Geburtsgewicht von 390 g.

Tabelle 48: Geburtsgewicht der Neu- bzw. Frühgeborenen in Gramm

Kennzahl	Wert
Mittelwert	1424,64
Median	972,50
Spannweite	4170
Minimum	390
Maximum	4560
5. Perzentil	390,00

[17] Nicht vorhanden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kennzahl	Wert
25. Perzentil	715,00
75. Perzentil	1705,00
95. Perzentil[18]	

Für die ZVK-Liegetage liegen nur 9 Werte vor, für 5 Kinder konnte keine Angabe gemacht werden. Die ZVK-Liegedauer (Tabelle 49) betrug im Median 39 Tage, mit einer Spannweite von 9 bis 114 Tagen.

Tabelle 49: ZVK-Liegetage bei Neu- bzw. Frühgeborenen

Kennzahl	Wert
Mittelwert	47,78
Median	39,00
Spannweite	105
Minimum	9
Maximum	114
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	16,00
75. Perzentil	87,00
95. Perzentil[19]	

Es wurde in 13 der insgesamt 14 dokumentierten Fälle die Anlage eines ZVK dokumentiert. Ein Krankenhaus hat entgegen der Einschlusskriterien einen Fall dokumentiert, bei dem kein ZVK vorlag. Ein weiteres Krankenhaus konnte die ZVK-Liegetage für die von ihm dokumentierten 4 Fälle nicht ermitteln, da die hierfür notwendigen Patientenakten zum Dokumentationszeitpunkt in anderen Bereichen des Krankenhauses für weitere Dokumentationszwecke benötigt wurden. Aus diesem Grund ergeben sich die 5 fehlenden Werte bzgl. der Angabe der ZVK-Liegetage.

Das Krankenhaus, das zum Dokumentationszeitpunkt keine Patientenakten vorliegen hatte, hat die Dokumentationsbögen pro Fall auf Grundlage der aus dem KIS ermittelbaren Informationen ausgefüllt. Neben dem Datenfeld zu den ZVK-Liegetagen konnten daher auch die Datenfelder „Sepsis/SIRS >72h“, „Anzahl Septitiden/SIRS >72h“ in 3 Fällen und das Datenfeld „Anzahl mit ZVK assoziierter Septitiden/SIRS“ in 4 Fällen nicht ausgefüllt werden. Aufgrund der unvollständigen Angaben können die 4 Fälle dieses Krankenhauses in den folgenden Auswertungen bzgl. der Sepsis nicht berücksichtigt werden. Des Weiteren wird der Fall, bei dem kein ZVK vorlag, nicht weiter berücksichtigt.

Von den 9 zu betrachtenden Patienten wurde bei 8 Patienten eine nosokomiale (später als 72 Stunden nach der Geburt aufgetretene) Sepsis angegeben, wobei bei einem Neugeborenen zweimal während des stationären Aufenthalts eine Sepsis auftrat. Von den demnach insgesamt 9 Fällen einer nosokomialen Sepsis wurden 8 Fälle als ZVK-assoziierte Sepsis dokumentiert.

[18] Nicht vorhanden.
[19] Nicht vorhanden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

6.3 Auswertung der Neonatologie-Indikatoren

Auswertungen zu den ZVK-Liegetagen und zur ZVK-assoziierten Sepsis lassen sich aufgrund unvollzähliger Dokumentation (s. Abschnitt 6.2) nur für 9 der insgesamt 14 dokumentierten Fälle (64,3 %) machen. Bei einem Sepsis-Fall lag ein Gestationsalter von weniger als 24 Wochen vor, sodass dieser Fall gemäß definierter Ausschlusskriterien nicht in die Berechnung der Indikatoren eingeht.

Die aus diesen Zahlen berechneten Qualitätsindikatoren sind in Tabelle 50 dargestellt.

Tabelle 50: Empirische QIs der fallbezogenen Infektionsdokumentation

ID	Indikatorbezeichnung	Anzahl ZVK-assoz. Sepsis	ZVK-Liegetage	QI-Wert [N/1000 ZVK-Liegetage]
60_A	ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Neugeborenen	4	305	13,1
61_A	ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Frühgeborenen	3	110	27,2

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl sind die berechneten Indikatoren nur als Nachweis der formalen, Datenbank-gestützten Auswertbarkeit zu betrachten und haben keinerlei statistische Aussagekraft.

6.4 Auswertungen der Zusatzfragen „Neonatologie“

Der Zeitaufwand für die zusätzliche Primärdokumentation in der Patientenakte sowie für die Dokumentation für die drei zusätzlichen Datenfelder wurde von den drei befragten Leistungserbringern unterschiedlich eingeschätzt. Ein Interviewpartner gab an, dass keine weitere Primärdokumentation notwendig sei. Das Ausfüllen der drei zusätzlichen Datenfelder würde im Regelbetrieb nach Einschätzung dieses Leistungerbringers pro Fall zwischen 20 und 30 Minuten in Anspruch nehmen und sei ein mittlerer Zeitaufwand. Ein anderer Interviewpartner gab einen Zeitaufwand von jeweils 6 bis 10 Minuten sowohl für die Primärdokumentation als auch für die Dokumentation der zusätzlichen drei Datenfelder an. Der Interviewpartner wollte den Zeitaufwand nicht mit den vorgegebenen Kategorien bewerten, betonte jedoch, dass diese zusätzliche Dokumentation aufgrund anderer umfangreicher Dokumentationsanforderungen im Fachbereich Neonatologie von den Ärzten nicht zu leisten sei. Das dritte Krankenhaus schätzte ein, für die zusätzliche Primärdokumentation etwa 60 Minuten und für das Ausfüllen der zusätzlichen Datenfelder 10 bis 20 Minuten pro Fall im Regelbetrieb zu benötigen und bewertete dies als sehr hohen Zeitaufwand. Auch dieses Krankenhaus wies auf die umfangreichen bestehenden Dokumentationsanforderungen im Versorgungsbereich neonatologischer Patienten hin.

Auf die Frage, ob es Überschneidungen der beiden Indikatoren mit anderen Dokumentationsanforderungen gibt, gaben alle drei Krankenhäuser die Dokumentationsverpflichtungen im NEO-KISS an. Wie in Abschnitt 6.1 beschrieben, wurde betont, dass aufgrund der unterschiedlichen Definitionen bei der Dokumentation der ZVK-Liegetage nicht auf die im NEO-KISS erhobenen Daten zurückgegriffen werden kann.

Den zusätzlichen Nutzen einer Erfassung der beiden Indikatoren zur ZVK-assoziierten Sepsis bei Neu- bzw. Frühgeborenen bewerteten zwei Krankenhäuser als gering, da im NEO-KISS bereits eine Erfassung der Gefäßkatheter-assoziierten Sepsis bzw. des infektiologischen Gesamtverlaufs bei Frühgeborenen erfolgen müsse. Da diese Fälle in Qualitätszirkeln besprochen und auch im Zusammenhang mit Antibiotikagaben bewertet würden, sei ausreichend gesichert, dass entsprechende Sepsis-Fälle gründlich analysiert werden. Das dritte Krankenhaus bewertete den Zusatznutzen der beiden Indikatoren als „mittleren Zusatznutzen“. Übereinstimmend wiesen alle drei Krankenhäuser darauf hin, dass die ZVK-assoziierte Sepsis eine geringere Relevanz als die mit peripherem Verweilkatheter assoziierte Sepsis habe, da letztere weitaus häufiger in der Neonatologie eingesetzt würden. Es sei sinnvoller, analog zum Vorgehen im NEO-KISS auch die mit peripherem Verweilkatheter assoziierten Sepsis-Fälle zu erfassen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

6.5 Empfehlungen für die Indexleistung Neonatologie

Die Auslösekriterien für die Erfassung der Indikatoren zu den Sepsisraten bei Früh- und Neugeborenen sind mit denen des bestehenden Verfahrens *Neonatologie* der externen stationären Qualitätssicherung identisch. Im QS-Bogen des Verfahrens „Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ kommen im Vergleich mit dem bestehenden Verfahren lediglich die Datenfelder „Zentralvenöser Katheter“, „ZVK-Liegetage“ und „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“ hinzu. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, diese Felder – wie zuvor bereits im Abschlussbericht vom 20.Dezember 2012 empfohlen – in den Dokumentationsbogen für das bestehende QS-Verfahren zu übernehmen. Im Falle einer solchen Erhebung der Indikatoren sollten diese auch im Rahmen des bestehenden QS-Verfahrens *Neonatologie* ausgewertet und in die Rückmeldeberichte aufgenommen werden.

Im Rahmen des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ sollten diese Indikatoren zusätzlich als „Kennzahlen“ ausgewertet und dargestellt werden.

Eine solche Umsetzung kann jedoch erst erfolgen, nachdem eine entsprechende Abstimmung mit dem G-BA und die entsprechenden Diskussionen im Rahmen einer (esQS-)Weiterentwicklung mit der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin stattgefunden haben. Insbesondere die vorgeschlagene Erfassung der ZVK-Liegetage wurde von den Leistungserbringern sehr kritisch gesehen. Übereinstimmend wurde darauf hingewiesen, dass zwar die ZVK-Liegetage verpflichtend für das NEO-KISS erfasst werden müssen, allerdings nur für Kinder unter 1500 g, und zwar so lange, bis sie über 1800 g wiegen. Die Bestimmung der Liegetage erfolge im KISS zudem nicht fallbezogen, sondern mittels der sogenannten Mitternachtsstatistik. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen könne damit nicht auf die Daten aus dem NEO-KISS zurückgegriffen werden und deshalb resultiere ein erheblicher, zusätzlicher Arbeits- bzw. Dokumentationsaufwand.

Es wird daher empfohlen, die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung in den G-BA-Gremien zu diskutieren und zu prüfen, ob ein entsprechender Auftrag zur Weiterentwicklung für das QS-Verfahren *Neonatologie* erteilt werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

7 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Ergebnisse nach Datenfeldern (Fragen)

Die Fragen der stationären und/oder der ambulanten Einrichtungsbefragung wurden mit den Teilnehmern Frage für Frage durchgegangen und die Antworten und Daten protokolliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse und Kommentare zu den Fragen einzeln dargestellt, diskutiert und ggf. Empfehlungen abgegeben, wie sie modifiziert werden sollten. Die Antworten der Einrichtungen werden berücksichtigt und diskutiert, soweit sie von Relevanz für das jeweilige Datenfeld sind. Antworten, die sich auf andere Felder oder Sachverhalte beziehen, werden an den jeweils geeigneten Stellen aufgegriffen ohne dass diese Verortung besonders gekennzeichnet wird.

7.1 Stationäre Einrichtungsbefragung

Der überarbeitete Bogen der Einrichtungsbefragung für stationäre Einrichtungen finde t sich im Anhang C.1.

Frage 1: Durchschnittlicher patientenbezogener Gesamtschweregrad der Einrichtung

Wie hoch ist der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) Ihrer Einrichtung?	_,_ _ _

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 51: Stationäre Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	5	2

Kommentare der Leistungserbringer
Der PCCL-Wert (Patient Clinical Complexity Level) war nicht allen Interviewpartnern geläufig, die behandelnden Ärzte und das Hygienepersonal kannten diesen Wert oft nicht. In zwei Häusern konnten die Interviewpartner keine Angaben machen, weil sie diesen Wert nicht kannten und ein Mitarbeiter aus dem Medizin-Controlling nicht anwesend war.

Der Leistungserbringer, der angab, dass die Erhebung im Regelbetrieb nicht möglich sei, stellte dar, dass nach seiner Ansicht der Aufwand zu hoch wäre, das Medizin-Controlling einzubeziehen. Laut Aussage der Mehrzahl der Krankenhäuser ist der PCCL-Wert jedoch gut zu erheben.

Empfehlung
Die Frage wird präzisiert zu: „Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?“

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Der PCCL-Wert der Patienten eines Krankenhauses wird aus den DRG-Daten generiert und wird im Medizin-Controlling ermittelt.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 2: Durchschnittliches Relativgewicht der Patienten

Wie hoch ist das durchschnittliche Relativgewicht der Patienten Ihrer Einrichtung?	_ _,_ _ _

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 52: Ergebnisse zu Frage 2

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	5	2

Kommentare der Leistungserbringer
Das Relativgewicht war nicht allen Interviewpartnern geläufig. In zwei Häusern konnten die Interviewpartner keine Angaben machen, weil weder die behandelnden Ärzte noch das Hygienepersonal diesen Wert kannten und ein Mitarbeiter aus dem Medizin-Controlling nicht anwesend war. Es wurde angemerkt, dass klargestellt werden müsse, ob sich die Angabe des Relativgewichts auf einen Standort, eine Abteilung oder eine Station beziehe. Der Controller eines der befragten Krankenhäuser schlug vor, hier besser nach dem Effektivgewicht statt nach dem Relativgewicht zu fragen.

Empfehlung
Das von einem der befragten Teilnehmer vorgeschlagene Effektivgewicht bringt nach Einschätzung des AQUA-Instituts keinen weiteren Nutzen für die Risikoadjustierung. Es berücksichtigt Zu- und Abschläge, gibt aber keine Zusatzinformation in Bezug auf den Schweregrad.

Die Frage wird wie folgt präzisiert:
„Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?“

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) ist eine definierte Kennzahl aus dem DRG-System und wird im Medizin-Controlling ermittelt.

Frage 3: Patiententage Gesamteinrichtung

Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr in der gesamten Einrichtung vor?	_ _ _ _ _ _ Patiententage

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 53: Ergebnisse zu Frage 3

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus wies darauf hin, dass der Begriff „betreffendes Erfassungsjahr“ nicht eindeutig sei und näher definiert werden müsse. Des Weiteren war einem Interviewpartner nicht klar, ob mit dem Begriff „Einrichtung“ eine Station, ein Krankenhaus oder der Standort eines Krankenhauses gemeint sei. Da „Einrichtung“ ggf. als

© 2015 AQUA-Institut GmbH

„Abteilung (Klinik)“ missverstanden werden könne, solle hier und in den betroffenen folgenden Fragen vom „gesamten Krankenhaus“ gesprochen werden.

Empfehlung
Um die Dokumentation zu vereinfachen, werden die Fragen 3, 5 und 7 zusammengefasst. Die empfohlenen Formulierungen von Frage und Ausfüllhinweis werden unter den Empfehlungen zur Frage 7 dargestellt

Frage 4: Anzahl Blutkultursets mit veranlasster Blutkulturdiagnostik

Wie hoch ist die Anzahl der Blutkultursets, für die – bezogen auf die gesamte Einrichtung – eine Blutkulturdiagnostik veranlasst wurde?	_ _ _ _ _ _ Blutkultursets

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 54: Ergebnisse zu Frage 4

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	1	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	9	1	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus bemerkte, dass die Frage umständlich formuliert sei und schlug die Formulierung „[...] Anzahl der Blutkultursets, die [...] untersucht wurden“ vor. In den Interviews wurde deutlich, dass klar definiert werden muss, ob hier die Verbrauchszahlen an Blutkultursets laut Einkauf, die Anzahl der Anforderungen, die ins Labor gegangen sind oder die Anzahl an Blutkulturen, die tatsächlich untersucht worden sind, angegeben werden soll.

Der Interviewpartner, der angab, die Informationen auch im Regelbetrieb nicht erheben zu können, begründete dies mit einem hohen Aufwand, da die Blutkulturdiagnostik von einem externen Labor durchgeführt werde und es schwierig sei, entsprechende Informationen von dem Labor zu erhalten. Die anderen Krankenhäuser gaben an, dass die Informationen über die mikrobiologische Software der – größtenteils – eigenen Labore verfügbar seien.

Aus einer Rückmeldung wurde deutlich, dass die Informationen für ein Krankenhaus unter Umständen aufwendig zu erfassen sind, wenn die Blutkulturdiagnostik in einem externen Labor durchgeführt wird. Aus Sicht des AQUA-Instituts kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Information in der Regel über die Abrechnungen mit dem externen Labor zu erfassen sind. Der Aufwand in einem Regelbetrieb wird als vertretbar eingeschätzt.

Empfehlung
Die Frage wird wie folgt präzisiert:
„Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden?“

Es wird der Ausfüllhinweis erweitert durch:
„In die Angaben sind auch die Blutkultursets aus Fremdlaboren einzubeziehen.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 5: Patiententage auf Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit

Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf der/ bzw. den Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit vor?	_ _ _ _ _ _ Patiententage

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 55: Ergebnisse zu Frage 5

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	1	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	7	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde angeregt, den Begriff „Patiententage“ näher zu definieren. Es müsse deutlich sein, wie ein Patiententag bei Verlegung (z.B. von Intensivstation auf Allgemeinstation) gezählt wird.

Zudem müsse klar definiert werden, was unter „Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit“ zu verstehen sei. Es wurde darauf hingewiesen, dass häufig auch Allgemeinstationen ein Zimmer mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit haben, es aber wenig Sinn mache, diese Stationen in Bezug auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch zu den Intensivstationen zu zählen.

Von einem Krankenhaus wurde angeregt, Knochenmarktransplantationsstationen, die einen sehr hohen Händedesinfektionsmittelverbrauch haben, den Intensivstationen zuzuordnen, um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Empfehlung
Um die Dokumentation zu vereinfachen, werden die Fragen 3, 5 und 7 zusammengefasst. Die empfohlenen Formulierungen von Frage und Ausfüllhinweis werden unter den Empfehlungen zur Frage 7 dargestellt.

Frage 6: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit

Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf der/bzw. den Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit?	_ _ _ _,_ Liter

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 56: Ergebnisse zu Frage 6

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus merkte an, dass nur die Menge an GELIEFERTEM Desinfektionsmittel angegeben werden kann (d.h. die Menge, die der Einkauf an die Stationen geliefert hat). Die VERBRAUCHTE Menge liege nicht exakt vor.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Aus Sicht der befragten Leistungserbringer müsse zudem klar definiert werden, was unter „Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit“ zu verstehen sei. Es wurde darauf hingewiesen, dass häufig auch Allgemeinstationen ein Zimmer mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit haben, es aber wenig Sinn mache, diese Stationen in Bezug auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch zu den Intensivstationen zu zählen.

Von einem Krankenhaus wurde angeregt, Knochenmarktransplantationsstationen, die einen sehr hohen Händedesinfektionsmittelverbrauch haben, den Intensivstationen zuzuordnen, um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Empfehlung
Es findet allgemeine Akzeptanz, dass Bestell- bzw. Liefermenge von Händedesinfektionsmittel als Surrogat für den Verbrauch angesehen werden kann. Auf dieser Grundlage und in Anlehnung an die Vorgehensweise im HAND-KISS („Aktion Saubere Hände“, an der deutschlandweit ca. 50 % der Krankenhäuser teilnehmen) wird die Frage dahingehend präzisiert, dass die GELIEFERTE Menge an Händedesinfektionsmittel erfasst wird. Ein entsprechender Ausfüllhinweis wird aufgenommen.

Die Rückmeldungen der Leistungserbringer zeigten, dass eine Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs differenziert nach Stationen mit bzw. ohne „intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ nicht praktikabel ist. Aus diesen Gründen wird empfohlen, den Händedesinfektionsmittelverbrauch – in Anlehnung an das Vorgehen im HAND-KISS – getrennt nach Intensivstationen und Allgemeinstationen zu erheben. Zudem wird empfohlen, entsprechend der Rückmeldung eines befragten Leistungserbringers, Knochenmarktransplantationsstationen zu den Intensivstationen zu zählen. Die Frage wird entsprechend angepasst und im Ausfüllhinweis wird erläutert, welche Stationen zu den Intensivstationen zu zählen sind.

Auf Grundlage dieser Änderung werden die beiden Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch dahingehend modifiziert, dass sie zwischen Intensivstationen und Allgemeinstationen und nicht mehr zwischen Stationen mit bzw. ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit differenzieren.

Die Frage wird umformuliert zu:
„Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?“

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Restlagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen und damit nicht zu Intensivstationen.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 7: Patiententage auf Station(en) ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit

Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf den Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit vor?	_ _ _ _ _ _ Patiententage

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 57: Ergebnisse zu Frage 7

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	6	1

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde angeregt, den Begriff „Patiententage“ näher zu definieren. Es müsse deutlich sein, wie ein Patiententag bei Verlegung (z.B. von Intensivstation auf Allgemeinstation) gezählt werde.

Zudem müsse klar definiert werden, was unter „Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ zu verstehen sei. Es wurde darauf hingewiesen, dass häufig auch Allgemeinstationen ein Zimmer mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit haben, es aber wenig Sinn mache, diese Stationen in Bezug auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch zu den Intensivstationen zu zählen.

Empfehlung
Um die Dokumentation zu vereinfachen, werden die Fragen 3, 5 und 7 zusammengefasst.

Zur Präzisierung des Begriffs „Patiententage“ wird die im HAND-KISS verwendete Definition übernommen und in einem Ausfüllhinweis erläutert.

Die Rückmeldungen der Leistungserbringer zeigten, dass eine Frage zum Händedesinfektionsmittelverbrauch differenziert nach Stationen mit bzw. ohne „intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ nicht praktikabel ist. Aus diesen Gründen wird empfohlen, die Patiententage – ebenfalls in Anlehnung an das Vorgehen im HAND-KISS – getrennt nach Intensivstationen und Allgemeinstationen zu erheben. Auf Grundlage dieser Änderung werden die beiden Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch dahingehend modifiziert, dass sie zwischen Intensivstationen und Allgemeinstationen und nicht mehr zwischen Stationen mit bzw. ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit differenzieren.

Zudem wird empfohlen, entsprechend der Rückmeldung eines befragten Leistungserbringers, Knochenmarktransplantationsstationen zu den Intensivstationen zu zählen. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, welche Stationen zu den Allgemeinstationen und welche zu den Intensivstationen zu zählen sind.

Die Fragen 3, 5 und 7 werden in folgender Frage zusammengefasst:
„Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor?“

- Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: _ _ _ _ _ _ Patiententage
- Bezogen auf alle Intensivstationen: _ _ _ _ _ _ Patiententage
- Bezogen auf alle Allgemeinstationen: _ _ _ _ _ _ Patiententage

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Als Patiententage zählen im DRG-System die Belegungstage auf den Stationen. Ein Patiententag wird folgendermaßen definiert: Der Aufnahmetag zählt als 1. Patiententag, der Entlassungstag wird nicht mehr gezählt.

Das Datenfeld und seine Dokumentation dient unter anderem als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch und lehnt sich an das Erhebungsprotokoll von HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.
Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen."

Frage 8: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Station(en) ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit

Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf den Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit?	_ _ _ _,_ Liter

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 58: Ergebnisse zu Frage 8

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus merkte an, dass nur die Menge an GELIEFERTEM Desinfektionsmittel angegeben werden kann (d.h. die Menge, die der Einkauf an die Stationen geliefert hat). Die VERBRAUCHTE Menge liege nicht exakt vor.

Aus Sicht der befragten Leistungserbringer müsse zudem klar definiert werden, was unter „Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit" zu verstehen sei. Es wurde darauf hingewiesen, dass häufig auch Allgemeinstationen ein Zimmer mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit haben, es aber wenig Sinn mache, diese Stationen in Bezug auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch zu den Intensivstationen zu zählen.

Empfehlung
Es findet allgemeine Akzeptanz, dass Bestell- bzw. Liefermenge von Händedesinfektionsmittel als Surrogat für den Verbrauch angesehen werden kann. Auf dieser Grundlage und in Anlehnung an die Vorgehensweise im HAND-KISS wird die Frage dahingehend präzisiert, dass die GELIEFERTE Menge an Händedesinfektionsmittel erfasst wird. Ein entsprechender Ausfüllhinweis wird aufgenommen.

Die Rückmeldungen der Leistungserbringer zeigten, dass eine Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs differenziert nach Stationen mit bzw. ohne „intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit" nicht praktikabel ist. Aus diesen Gründen wird empfohlen, den Händedesinfektionsmittelverbrauch –in Anlehnung an das Vorgehen im HAND-KISS – getrennt nach Intensivstationen und Allgemeinstationen zu erheben. Die Frage wird entsprechend angepasst und im Ausfüllhinweis wird erläutert, welche Stationen zu den Allgemeinstationen zu zählen sind.

Auf Grundlage dieser Änderung werden die beiden Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch dahingehend modifiziert, dass sie zwischen Intensivstationen und Allgemeinstationen und nicht mehr zwischen Stationen mit bzw. ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit differenzieren.

Die Frage wird umformuliert zu:
„Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Litern auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?"

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Jahresende mit Bestimmung der Restlagermenge auf Station ist nicht erforderlich.
Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen. Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet."

Frage 9: Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 13**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 59: Ergebnisse zu Frage 9

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	9	1	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde darauf hingewiesen, dass die Formulierung im Ausfüllhinweis „im Zähler definierte Bereiche" nicht verständlich sei und präzisiert werden müsse.

Von einem Krankenhaus wurde angemerkt, dass die Antwortmöglichkeit „teilweise" fehle, z.B. sei eine Arbeitsanweisung für die Intensivstation vorhanden, für die Normalstationen dagegen nicht, weil dort die Anlage eines ZVK sehr selten sei. Des Weiteren zeigte sich, dass in manchen Krankenhäusern Arbeitsanweisungen nur abteilungs- oder fachgebietsspezifisch vorhanden sind. Ein weiterer Teilnehmer wies darauf hin, dass ZVKs in dem betreffenden Krankenhaus nicht in Untersuchungs- und Behandlungsräumen gelegt werden und deshalb dort keine SOP zu diesem Thema vorliegen müsse.

Ein Krankenhaus stellte fest, dass Arbeitsanweisungen im Rahmen der Zertifizierung nach der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) gefordert sind. Für alle Leitlinien/Arbeitsanweisungen werde abgefragt, ob diese durch die Geschäftsführung etc. autorisiert wurden. Dies sollte auch für das vorliegende Qualitätssicherungsverfahren aufgenommen werden.

In einigen Krankenhäusern lagen entsprechende Arbeitsanweisungen in Form von Hygieneplänen vor und es wurde vorgeschlagen, auch diese als Arbeitsanweisungen zu zählen.

Empfehlung
Hinsichtlich des Aspekts der Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK werden Hygienepläne als nicht ausreichend bewertet. Eine entsprechende Erläuterung wird im Ausfüllhinweis aufgenommen.

In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine Arbeitsanweisung gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen. Die Vorgabe, dass entsprechende Arbeitsanweisungen in bestimmten Räumen (Notaufnahme, Operationssäle, Intensivstationen, Untersuchungs- und Behandlungsräumen) vorliegen müssen, wird gestrichen. In der Frage und im Ausfüllhinweis wird präzisiert, dass eine entsprechende Arbeitsanweisung in allen Bereichen, in denen ZVKs gelegt werden, vorliegen muss. Ziel dieser Änderung ist es, auch den Indikator „Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK" dahingehend zu präzisieren.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt.

Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn eine fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung zur Anlage eines ZVK für alle Abteilungen galt. Entsprechende Hygienepläne gelten NICHT als Arbeitsanweisung.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn jeweils ein Exemplar in den Bereichen, in denen ZVKs gelegt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

Es wird die Anregung aufgegriffen, die Autorisierung der entsprechenden Arbeitsanweisung zu erfassen und im Indikator „Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK“ zu fordern.

Zur Erhebung der Information wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen.“

Frage 10: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein
▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	☐ Ja ☐ Nein
▪ Beachtung der Einwirkzeit	☐ Ja ☐ Nein
▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:	☐ Ja ☐ Nein
- -sterile Handschuhe	
- -steriler Kittel	
- -Kopfhaube	
- -Mund-Nasen-Schutz	
- -steriles Abdecktuch	

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 60: Ergebnisse zu Frage 10

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	10	0

Kommentare der Leistungserbringer
Für die Teilnehmer war die Frage verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung
Die Frage bleibt in der Formulierung unverändert.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird folgender Ausfüllhinweis aufgenommen:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten."

Frage 11: Bereiche mit entsprechender Arbeitsanweisung

In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor? *(Mehrere Antworten möglich)*	☐ Notaufnahme ☐ Operationssäle ☐ Intensivstationen ☐ Untersuchungs-/Behandlungsräume ☐ Verwaltung ☐ Sonstige

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 61: Ergebnisse zu Frage 11

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	10	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es wurde angemerkt, dass diese Frage bereits mit der vorhergehenden Frage, ob die Arbeitsanweisung für alle Mitarbeiter zugänglich sei, beantwortet werde und deshalb überflüssig sei.

Einem Krankenhaus war unklar, warum die Antwortmöglichkeit „Verwaltung" vorgegeben ist. Arbeitsanweisungen zum Umgang mit ZVKs oder Portkathetern seien in der Verwaltung nicht zielführend.

Empfehlung
Die Frage wird gestrichen, da die Inhalte bereits mit der Frage „Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?" und dem zugehörigen Ausfüllhinweis abgebildet werden (siehe oben).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 12: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 62: Ergebnisse zu Frage 12

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	0

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Krankenhaus merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell sei, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben sei, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert habe.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden.“

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

Frage 13: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 16**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 63: Ergebnisse zu Frage 13

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	10	0	0
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	3	0

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Leistungserbringer schlug vor, aufzunehmen, dass auch ein genereller Standard „aseptischer Verbandwechsel“ unter die Kriterien für die Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel fallen könne. In einem Ausfüllhinweis solle dies klargestellt werden.

Folgende weitere Kommentare gleichen denen zu Frage 9:
Es wurde darauf hingewiesen, dass die Formulierung im Ausfüllhinweis „ im Zähler definierte Bereiche“ nicht verständlich sei und präzisiert werden müsse.

Ein Krankenhaus schlug vor, entsprechend dem Vorgehen im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ für alle Arbeitsanweisungen abzufragen, ob diese durch die Geschäftsführung autorisiert wurden.
In einigen Krankenhäusern lagen entsprechende Arbeitsanweisungen in Form von Hygieneplänen vor und es wurde vorgeschlagen, auch diese als Arbeitsanweisungen zu zählen.

Empfehlung:
In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine Arbeitsanweisung gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen. Im Ausfüllhinweis wird präzisiert, in welchen Bereichen eine entsprechende Arbeitsanweisung vorliegen muss.

Die ursprüngliche Frage wird umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben und um eine Anpassung gemäß den Rückmeldungen zur ambulanten Einrichtungsbefragung vorzunehmen. Zudem wird im Ausfüllhinweis die Anregung aufgegriffen, für den Aspekt des Verbandwechsels entsprechende Hygienepläne und auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zu zählen, sofern sie ein entsprechendes Unterkapitel enthalten. Die Arbeitsanweisung muss jedoch fachgebietsübergreifend gelten. Der Indikator „Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel“ wird entsprechend präzisiert.

Die Frage wird wie folgt formuliert:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung, sofern sie explizit ein Unterkapitel ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthalten.

Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt.

Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird die Anregung aufgegriffen, die Autorisierung der entsprechenden Arbeitsanweisung zu erfassen und im Indikator „Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel“ zu fordern. Zur Erhebung der Information wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen."

Frage 14: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel	☐ Ja ☐ Nein
▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen	☐ Ja ☐ Nein
▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 64: Ergebnisse zu Frage 14

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	10	0

Kommentare der Leistungserbringer
Für die Teilnehmer war die Frage verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung
Aufgrund von Rückmeldungen im Rahmen der Befragung der ambulanten Leistungserbringer (s. Abschnitt 7.2) wird der Unterpunkt „Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen" aufgeteilt in zwei Antwortmöglichkeiten:

- Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik
- Verbandwechsel mittels sterilen Handschuhen

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird folgender Ausfüllhinweis aufgenommen:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten."

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 15: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 65: Ergebnisse zu Frage 15

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	0

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare der Krankenhäuser gleichen denen zu Frage 12:
Ein Krankenhaus merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell ist, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben sei, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert habe.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden.“

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

Frage 16: Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 19**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 66: Ergebnisse zu Frage 16

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	0	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	9	0	1

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare gleichen denen zu Frage 9:
Es wurde darauf hingewiesen, dass die Formulierung im Ausfüllhinweis „im Zähler definierte Bereiche“ nicht verständlich sei und präzisiert werden müsse.

Ein Krankenhaus schlug vor, entsprechend dem Vorgehen im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ für alle Arbeitsanweisungen abzufragen, ob diese durch die Geschäftsführung autorisiert wurden.

In einigen Krankenhäusern lagen entsprechende Arbeitsanweisungen in Form von Hygieneplänen vor und es wurde vorgeschlagen, auch diese als Arbeitsanweisungen zu zählen.

Empfehlung
In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine Arbeitsanweisung gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen. Im Ausfüllhinweis wird präzisiert, in welchen Bereichen eine entsprechende Arbeitsanweisung vorliegen muss.

Die ursprüngliche Frage wird umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben. Zudem wird im Ausfüllhinweis die Anregung aufgegriffen, für den Aspekt der aseptischen Portpunktion und Konnektierung entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten zu lassen. In Anpassung an die Modifikationen zu Frage 13 sollen auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie ein entsprechendes Unterkapitel enthalten. Die Arbeitsanweisung muss jedoch fachgebietsübergreifend gelten. Der Indikator „Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung“ wird ebenfalls entsprechend präzisiert.

Die Frage wird wie folgt formuliert:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung.

Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt.

Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält.

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird die Anregung aufgegriffen, die Autorisierung der entsprechenden Arbeitsanweisung zu erfassen und im Indikator zu fordern. Zur Erhebung der Information wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen."

Frage 17: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein
▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle	☐ Ja ☐ Nein
▪ Beachtung der Einwirkzeit	☐ Ja ☐ Nein
▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen	☐ Ja ☐ Nein
▪ Fixierung der Kanüle	☐ Ja ☐ Nein
▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems	☐ Ja ☐ Nein
▪ Verwendung von Spezialkanülen	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 67: Ergebnisse zu Frage 17

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	0	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

Kommentare der Leistungserbringer
Nach Einschätzung eines befragten Krankenhauses werden sterile Handschuhe (Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen) laut Fachliteratur nicht für erforderlich gehalten.

Empfehlung
Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) gibt in ihrer Empfehlung von 2002[20] vor, zur Palpation und Fixierung der Portkammer sterile Handschuhe zu nutzen. Deshalb wird dieser Aspekt in der Frage und damit auch im Indikator beibehalten.

Die Frage bleibt in ihrer Formulierung unverändert.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird folgender Ausfüllhinweis aufgenommen:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten."

[20] KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 18: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 68: Ergebnisse zu Frage 18

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	0	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	7	1

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare der Krankenhäuser gleichen denen zu Frage 12:
Ein Krankenhaus merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell ist, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben sei, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert habe.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden.“

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

Frage 19: Arbeitsanweisung zu Infusionslösungen

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 22**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 69: Ergebnisse zu Frage 19

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare gleichen denen zu Frage 9:
Es wurde darauf hingewiesen, dass die Formulierung im Ausfüllhinweis „im Zähler definierte Bereiche“ nicht verständlich sei und präzisiert werden müsse.

Ein Krankenhaus schlug vor, entsprechend dem Vorgehen im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ für alle Arbeitsanweisungen abzufragen, ob diese durch die Geschäftsführung autorisiert wurden.

In einigen Krankenhäusern lagen entsprechende Arbeitsanweisungen in Form von Hygieneplänen vor und es wurde vorgeschlagen, auch diese als Arbeitsanweisungen zu zählen.

Empfehlung
In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine Arbeitsanweisung gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen. Im Ausfüllhinweis wird präzisiert, in welchen Bereichen eine entsprechende Arbeitsanweisung vorliegen muss.

Zudem wird im Ausfüllhinweis die Anregung aufgegriffen, für den Aspekt der Infusionslösungen entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten zu lassen. In Anpassung an die Modifikationen zu Frage 13 sollen auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie ein entsprechendes Unterkapitel enthalten. Die Arbeitsanweisung muss jedoch fachgebietsübergreifend gelten. Der Indikator „Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen“ wird ebenfalls entsprechend präzisiert.

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung.

Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt.

Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen enthält.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird die Anregung aufgegriffen, die Autorisierung der entsprechenden Arbeitsanweisung zu erfassen und im Indikator zu fordern. Zur Erhebung der Information wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen."

Frage 20: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein
▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion)	☐ Ja ☐ Nein
▪ Aseptisches Vorgehen	☐ Ja ☐ Nein
▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen	☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt
▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern	☐ Ja ☐ Nein
▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 70: Ergebnisse zu Frage 20

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	0

Kommentare der Leistungserbringer
Eines der befragten Krankenhäuser bat um Erläuterung, was unter „Mischinfusionen" zu verstehen sei. Es sei unklar, ob hierzu nur kritische Parenteralia und Zytostatika-Lösungen oder auch „einfachere" Mischinfusionen, die z.B. durch Zuspritzen hergestellt werden, gehören.

Die genannten Inhalte teilen sich in einem Krankenhaus auf zwei verschiedene Arbeitsanweisungen auf: Das Thema Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern ist in einer Anweisung, die 2014 aktualisiert wurde, enthalten. Alle anderen Aspekte finden sich in einer Arbeitsanweisung, die 2012 aktualisiert wurde. Die Dokumentation wird als problematisch empfunden, wenn verschiedene Arbeitsanweisungen mit unterschiedlichem Aktualisierungsdatum zugrunde liegen. Aus Sicht des AQUA-Instituts muss in diesem Falle das Datum der älteren Arbeitsanweisung eingetragen werden, da sich die Frage auf die Aktualisierung aller Bestandteile der Arbeitsanweisung bezieht.

Empfehlung
Die Formulierung der Frage wird mit der anderer Fragen vereinheitlicht und lautet: „Welche **Inhalte** werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?"

Es wird ein Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Mehrdosisbehälter (=Durchstichfläschchen) sind im Gegensatz zu Eindosisbehältern Gefäße, in denen sich mehrere Dosen einer Injektion befinden (u.a. Heparin-, Xylocain-, Adrenalin- und Insulin-Durchstichfläschchen). Das Verwenden von verschiedenen Präparaten in einer Infusion ist eine Mischinfusion. Kritische Parenteralia

© 2015 AQUA-Institut GmbH

und Zytostatika- Lösungen gehören genauso zu den Mischinfusionen wie auch die Mischinfusionen, die z.B. durch einfaches Zuspritzen hergestellt werden."

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird Folgendes im Ausfüllhinweis ergänzt:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste gültige Arbeitsanweisung zu beantworten."

Frage 21: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 71: Ergebnisse zu Frage 21

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Für ein Krankenhaus ist nicht klar, warum diese Frage Bezug auf die aktuelle KRINKO-Empfehlung zu diesem Thema nimmt, die aus dem Jahr 2002 ist. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) z.B. hätten eine aktuellere Empfehlung ausgegeben. Man sollte sich deshalb in dieser Frage nicht nur auf die KRINKO-Empfehlungen beschränken, sondern auf die internationale Fachliteratur Bezug nehmen, da die KRINKO-Empfehlungen oft nicht die aktuellsten seien.

Die weiteren Kommentare der Krankenhäuser gleichen denen zu Frage 12:
Ein Krankenhaus merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell ist, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben ist, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert hat.

Empfehlung
Die Empfehlungen der KRINKO haben für die Akteure des deutschen Gesundheitswesens Richtliniencharakter und sind daher bindend. Das Infektionsschutzgesetz gibt vor, dass KRINKO-Empfehlungen als wissenschaftliche Grundlage umgesetzt werden. Alle Arbeitsanweisungen und ihre Aktualisierungen sollten daher mit den KRINKO-Empfehlungen übereinstimmen. Daneben können Arbeitsanweisungen selbstverständlich zusätzlich auf Empfehlungen verschiedener Leitlinien beruhen. Im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens hatten die Panel-Experten deshalb empfohlen, in den Fragen keine spezifischen Leitlinien oder Richtlinien zu nennen, sondern dies bewusst offen zu lassen. Der zu dieser Frage gehörende Indikator war dahingehend nicht überarbeitet worden. Auf den spezifischen Bezug zur KRINKO sollte jedoch – analog zu allen anderen Fragen bzgl. Arbeitsanweisungen – auch in dieser Frage verzichtet werden.

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):"

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden."

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:

© 2015 AQUA-Institut GmbH

„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde."

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ" geändert.

Frage 22: Arbeitsanweisung bei Port-/ZVK-Infektion

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 25**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 72: Ergebnisse zu Frage 22

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	5	1	4
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	3	0

Kommentare der Leistungserbringer
Laut einem Krankenhaus sollte ggf. aufgenommen werden, dass auch eine übergeordnete Arbeitsanweisung gilt, z.B. eine Arbeitsanweisung „Prävention Gefäßassoziierter Infektionen", sofern das entsprechende Thema darin enthalten ist.

Ein Krankenhaus weist darauf hin, dass die Explantation eines Ports deutlich kritischer als das Ziehen eines getunnelten ZVK sei (ein getunnelter ZVK könne leicht erneut gelegt werden) und im Falle einer Infektion deshalb eine Arbeitsanweisung bzgl. des Portkatheters viel relevanter sei und separat abgefragt werden solle.

Einem weiteren Krankenhaus war nicht klar, ob die Arbeitsanweisung adressieren soll, wie man eine Portinfektion feststellt oder ob es darum geht, was zu tun ist, wenn eine Infektion besteht. Hier wird Bedarf für einen Ausfüllhinweis gesehen.

Laut Aussage der Interviewpartner aus zwei Krankenhäusern wird ein infizierter Portkatheter dort immer entfernt. Aus Sicht dieser Häuser macht es deshalb keinen Sinn, eine diesbezügliche Arbeitsanweisung zu haben. Einzige Ausnahme seien terminale Patienten. Hier ließe man den infizierten Port liegen. In einem anderen Krankenhaus gibt es nur die Arbeitsanweisung, dass ein infizierter Port sofort explantiert werden muss, wenn es vom Arzt für erforderlich angesehen wird. Die Mehrzahl der Interviewpartner erachtete es als sinnvoll, eine entsprechende Arbeitsanweisung vorliegen zu haben, wenn auch die Relevanz der im Detail vorgegebenen Inhalte der Arbeitsanweisung infrage gestellt wurde. Nach Ansicht mehrerer Leistungserbringer sei die Entfernung eines Portkatheters bei Infektion immer eine individuelle Entscheidung, die ggf. mit einem Infektiologen besprochen werde. Es wurde von einer Krankenhaushygienikerin für wenig sinnvoll gehalten, Erreger zu definieren, bei denen ein Port (nicht) entfernt werden muss. Solche Art Anweisungen seien kontraproduktiv. Wie man vorgeht, hänge unter Umständen weniger mit den Erregern zusammen, sondern eher mit den klinischen Anzeichen des Patienten. Man müsse individuell von Fall zu Fall entscheiden und eine Entscheidung auf Grundlage der Befunde in der Gesamtschau treffen. In einer Arbeitsanweisung sei dies schwer vorzugeben.

Ein Krankenhaus gab an, keine Patienten mit Portkatheter oder teilimplantierten/getunnelten Katheter zu versorgen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ein Krankenhaus gab an, dass die Daten im Regelbetrieb nicht erhebbar sein würden. Dies ist als unwahrscheinlich einzustufen, da die bloße Existenz einer Arbeitsanweisung in jedem Fall bekannt sein muss.

Die weiteren Kommentare gleichen denen zu Frage 9:
Es wurde darauf hingewiesen, dass die Formulierung im Ausfüllhinweis „im Zähler definierte Bereiche“ nicht verständlich sei und präzisiert werden müsse.

Ein Krankenhaus schlug vor, entsprechend des Vorgehens im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ für alle Arbeitsanweisungen abzufragen, ob diese durch die Geschäftsführung autorisiert wurden.

In einigen Krankenhäusern lagen entsprechende Arbeitsanweisungen in Form von Hygieneplänen vor und es wurde vorgeschlagen, auch diese als Arbeitsanweisungen zu zählen.

Empfehlung
Bezugnehmend auf die Rückmeldungen soll sich die Frage nicht mehr auf eine Arbeitsanweisung beziehen, sondern auf eine interne Leitlinie. Im Ausfüllhinweis wird angegeben, dass diese sich an der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) orientieren kann. Das AQUA-Institut sieht es als gerechtfertigt an, dass auch solche Einrichtungen eine entsprechende Leitlinie haben sollen, die derzeit keine Patienten mit Portkatheter oder teilimplantierten/getunnelten Katheter zu versorgen, da nicht auszuschließen ist, dass entsprechende Patienten aufgenommen werden.

Es wird ein Ausfüllhinweis aufgenommen, der erläutert, dass sich die erfragte interne Leitlinie darauf bezieht, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion festgestellt wird.

Der Indikator „Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantierten/getunneltem ZVK“ wird entsprechend angepasst und der Titel wird umformuliert in „Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion“.

In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine interne Leitlinie gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen. Im Ausfüllhinweis wird präzisiert, in welchen Bereichen eine entsprechende interne Leitlinie vorliegen muss.

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Leitlinie hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Die hier erfragte interne Leitlinie bezieht sich darauf, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion feststellt wird.

Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen).“

Eine neue Frage wird aufgenommen: „Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Die interne Leitlinie gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann."

Es wird die Anregung aufgegriffen, die Autorisierung der entsprechenden internen Leitlinie zu erfassen und im Indikator zu fordern. Zur Erhebung der Information wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?"

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen."

Frage 23: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 73: Ergebnisse zu Frage 23

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	4	0	6
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

Kommentare der Leistungserbringer
Die Mehrzahl der Interviewpartner erachtete eine Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion des Portkatheters zwar für sinnvoll, sahen aber die detaillierte Abfrage der Inhalte einer solchen Arbeitsanweisung kritisch. Nach Ansicht mehrerer Leistungserbringer sei die Entfernung eines Portkatheters bei Infektion immer eine individuelle Entscheidung, die ggf. mit einem Infektiologen besprochen werde. Es wurde von einer Krankenhaushygienikerin für wenig sinnvoll gehalten, Erreger zu definieren, bei denen ein Port (nicht) entfernt werden muss. Solche Art Anweisungen seien kontraproduktiv. Wie man vorgeht, hänge unter Umständen weniger mit den Erregern zusammen, sondern eher mit den klinischen Anzeichen des Patienten. Man müsse individuell von Fall zu Fall entscheiden und eine Entscheidung auf Grundlage der Befunde in der Gesamtschau treffen. In einer Arbeitsanweisung sei dies schwer vorzugeben.

Empfehlung
Die Formulierung der Frage wird mit der anderer Fragen vereinheitlicht und lautet: „Welche **Inhalte** werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?"

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Um dem individuellen Spielraum des Arztes bei entsprechenden Fällen gerecht zu werden, werden die Vorgaben für die Inhalte der internen Leitlinie wie folgt umformuliert:

- Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll
- Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll
- Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen belassen werden kann
- Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie

Folgender Ausfüllhinweis wird aufgenommen: „Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen)“

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird Folgendes im Ausfüllhinweis ergänzt:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste gültige interne Leitlinie zu beantworten. Sollte die interne Leitlinie über die Leitlinie der DGHO hinausgehend vorsehen, dass bei allen Erregern der Port bzw. der teilimplantierte/getunnelte ZVK entfernt werden soll, so ist in den Unterfragen 2 und 3 jeweils „ja“ anzukreuzen.“

Frage 24: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 74: Ergebnisse zu Frage 24

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	0	7
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare der Krankenhäuser gleichen denen zu Frage 12:
Ein Krankenhaus merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell ist, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben ist, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert hat.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden.“

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der internen Leitlinie auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

Frage 25: Standard zur Antibiotika-Initialtherapie

Liegt in Ihrer Einrichtung ein für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglicher, an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 27**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 75: Ergebnisse zu Frage 25

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	1	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	8	2	0

Kommentare der Leistungserbringer
Die Rückmeldungen zeigten, dass in einigen, insbesondere größeren Krankenhäusern ein einheitlicher, für das gesamte Haus gültiger Standard zur Antibiotika-Initialtherapie nicht vorliegt. Zum Teil liegen in den befragten Krankenhäusern mehrere separate Standards, jeweils für verschiedene Fachrichtungen bzw. verschiedene Abteilungen vor. Laut Aussage eines großen Krankenhauses liegen abteilungsspezifische Standards deshalb vor, da es im Rahmen der Maximalversorgung z.T. stark unterschiedliche Patientengruppen gäbe, für die jeweils ein eigener Standard formuliert werden müsse (z.B. transplantierte Patienten versus Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie).

Empfehlung
Die Frage wird umformuliert in:
„Gab es im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene interne Leitlinien allein sind nicht ausreichend. Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und insbesondere Kapitel 2.1. „Anwendung lokaler Behandlungsleitlinien/-pfade, Antiinfektiva-Hauslisten sowie spezieller Sonderrezept-, Freigaberegelungen bzw. Anwendungsbeschränkungen“ der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001l_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf) dienen.

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Eine interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn er für alle ärztlichen Mitarbeiter elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in allen medizinischen Bereichen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zur Erhebung der Information, ob die interne Leitlinie autorisiert wurde, wird folgende Frage aufgenommen:
„Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission autorisiert?“

Folgender Ausfüllhinweis wird zu der neuen Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden.

Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen.“

Der Indikator „Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie“ wird entsprechend angepasst.

Frage 26: Aktualisierung des Standards

Die letzte Aktualisierung des einrichtungsinternen Standards erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 76: Ergebnisse zu Frage 26

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	10	0

Kommentare der Leistungserbringer
Die Rückmeldungen zeigten, dass sich für die Dokumentation ein Problem ergibt, wenn Krankenhäuser mehrere separate Standards mit jeweils unterschiedlichem Aktualisierungsdatum haben. Für die betreffenden Krankenhäuser ist unklar, welches Datum in diesen Fällen angegeben werden muss. Aus Sicht des AQUA-Instituts muss in diesem Falle das Datum der ältesten internen Leitlinie eingetragen werden.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr):“

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen, um die Vorgaben hinsichtlich der internen Leitlinie zu präzisieren:
„Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen. Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 27 bis Frage 32: Schulungskonzept

Die folgenden Fragen 27 bis 32 fließen in den bisherigen Indikator ID 71: Schulungskonzept ein. Abweichend vom bisherigen Vorgehen sollen die Antworten der Teilnehmer zu diesen Datenfeldern/Fragen nicht einzeln, sondern als ein Komplex behandelt werden.

Insbesondere erscheint an dieser Stelle fraglich, ob es gerechtfertigt ist, dass ein Leistungserbringer, wie bisher in der Befragung vorgesehen, trotz regelmäßig durchgeführter und dokumentierter Schulungen aller relevanter Inhalte für die fraglichen Berufsgruppen dennoch keinerlei Wertung für den Fragenkomplex erhält, weil kein übergeordnetes Schulungskonzept vorgelegt werden kann.

Im Zentrum der Überlegungen stand im Anschluss an die Machbarkeitsprüfung aus diesen Gründen die Frage, ob der Themenkomplex einfacher und übersichtlicher gestaltet werden kann, während gleichzeitig die Intention des Indikators erhalten bleibt. Gleichzeitig soll eine weitestgehende Harmonisierung der Art der Fragestellung und der durch die Leistungserbringer bereitzustellenden Informationen mit vergleichbaren QS-Verfahren erreicht werden.

Frage 27: Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port

Liegt in Ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 33**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 77: Ergebnisse zu Frage 27

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	6	3	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	1	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	3	6	1

Frage 28: Angebot entsprechender Schulungen

Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 78: Ergebnisse zu Frage 28

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	1	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 29: Inhalte der Schulungen

Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?	
▪ Indikation	☐ Ja ☐ Nein
▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports	☐ Ja ☐ Nein
▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 79: Ergebnisse zu Frage 29

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	1	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

Frage 30: Zur Teilnahme verpflichtete Berufsgruppen

Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?	
▪ Ärzte	☐ Ja ☐ Nein
▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	☐ Ja ☐ Nein
▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte,	☐ Ja ☐ Nein
▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 80: Ergebnisse zu Frage 30

Gesamt: 25	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	0	4
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

Frage 31: Dokumentation der Schulungsdurchführung

Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 81: Ergebnisse zu Frage 31

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	0	4
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 32: Sicherstellung der regelmäßigen Schulungsteilnahme

Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 82: Ergebnisse zu Frage 32

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	4	5	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	0	4
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	7	1

Im Folgenden werden die Kommentare der Teilnehmer für die Fragen 27 bis 32 gesammelt dargestellt. Dabei werden Kommentare, die sich lediglich auf die Verständlichkeit einzelner Fragen beziehen, dann nicht dargestellt, wenn sie aufgrund der oben angesprochenen Neuausrichtung des Themenkomplexes „Schulung zu ZVK/Port“ aus Sicht des AQUA-Instituts nicht mehr von Relevanz sind.

Kommentare der Leistungserbringer

In den Rückmeldungen zu den Fragen zeigte sich zunächst der Bedarf, näher zu definieren, was unter „Schulungskonzept“ zu verstehen ist, da die einzelnen Krankenhäuser die Schulung ihrer Mitarbeiter sehr unterschiedlich handhaben. So sollte klargestellt werden, ob hier ein Konzept mit regelmäßigen Schulungen gefordert ist oder ob z.B. ein Weiterbildungskatalog ausreicht. Einigen Teilnehmern war außerdem unklar, ob es eine Rolle spielt, wenn Schulungen von einem externen Anbieter durchgeführt werden. Zudem entstand ein Missverständnis hinsichtlich des Begriffs „schriftlich“, insofern hierunter verstanden wurde, dass die Schulungen schriftlich durchgeführt werden sollen. In einem großen Krankenhaus gibt es laut Aussage der Befragten kein spezifisches Schulungskonzept zu Port und ZVK, das für alle Abteilungen des Krankenhauses gilt. Stattdessen gäbe es abteilungsinterne Schulungen (z.B. in der Anästhesie, auf einzelnen ITS), jedoch ohne „ausgefeiltes“ Konzept. Ein abteilungsübergreifendes Schulungskonzept sei bei einem solch großen Haus nicht praktikabel. Ein Problem seien hierbei die unterschiedlichen Auffassungen in den einzelnen Abteilungen, die ihre Schulungen deshalb z.T. lieber selbst gestalten möchten.

Die befragten Krankenhäuser hielten die Formulierung der Frage 32 für umständlich und unklar. Eine regelmäßige Schulungsteilnahme sei zudem mit der Vorgabe einer jährlichen Schulungsdurchführung sichergestellt, sodass die Frage als redundant eingeschätzt wurde.

Empfehlung

An den komprimiert wiedergegebenen Kommentaren zeigt sich, dass die ursprünglichen Fragen nicht zweckmäßig angelegt waren und erheblichen Änderungsbedarf hervorgerufen haben. Insbesondere die hervorgehobene Rolle des alleinigen Vorliegens eines Schulungskonzepts gegenüber der tatsächlichen Durchführung ist nicht angemessen.

Das AQUA-Institut verzichtet daher auf Empfehlungen zu Änderungen der einzelnen Fragen, sondern empfiehlt stattdessen deren Streichung und die Umstrukturierung des Themenkomplexes. Die Fragen sollen reduziert werden und gleichzeitig denselben Informationsgehalt behalten, sodass die Auswertung des notwendigen Indikators „Schulungskonzept“ unter geänderter Bezeichnung möglich bleibt:

- Die Frage „Liegt in Ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?“ ist aus Sicht des AQUA-Instituts verzichtbar, da es weniger auf das Vorliegen eines Konzepts als auf die tatsächliche Durchführung der Schulungen ankommt. Die Frage entfällt.
- Die Frage „Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?“ als Folgefrage zur vorherigen Frage entfällt. Der Aspekt der jährlichen Teilnahme wird durch die neu formulierte Frage (s.u.) berücksichtigt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

- Die Frage „Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?“ wird ersetzt durch die Auflistung der verpflichtenden Inhalte im Ausfüllhinweis zur neuen Frage (s.u.). Die Teilnahme an geeigneten Schulungen kann für die Mitarbeiter nur mit „Ja“ beantwortet werden, sofern die Schulungen die dort aufgelisteten Mindestinhalte aufweist und kann somit ebenfalls entfallen.
- Die Frage „Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?“ entfällt ebenfalls. Dieser Aspekt wird dadurch abgebildet, dass die erforderlichen Angaben für die fraglichen Berufsgruppen einzeln zu machen sind. Gleichzeitig wird in der Auflistung auf die Antwortmöglichkeit „Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte“ verzichtet, da auch diese Mitarbeiter bei einer Pflicht zur jährlichen Schulungsdurchführung aller Voraussicht nach ebenfalls spätestens 12 Monate nach ihrer Einstellung geschult werden.
- Die Frage „Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?“ entfällt. Dieser Aspekt wird dadurch abgebildet, dass künftig zum einen die Prozentangaben abgefragt werden für die einzelnen Berufsgruppen, was nur anhand einer entsprechenden Dokumentation durch die Einrichtungen erhebbar ist, zum anderen wird im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass die Schulungsteilnahme der Mitarbeiter mittels Unterschriftenlisten zu dokumentieren ist.
- Die Frage „Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?“ entfällt. Der Aspekt der regelmäßigen Teilnahme wird durch die neu formulierte Frage (s.u.) berücksichtigt, die auf die jährliche Schulungsteilnahme der betreffenden Mitarbeiter(-gruppen) abzielt.

In Anlehnung an Fragen anderer Verfahren werden die zuvor einzeln abgefragten Informationen in einer neuen Frage zusammengefasst:

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung in den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben?	☐ Daten wurden nicht erhoben	
	Anteil	Personal nicht vorhanden
▪ Ärzte	_ _ _ %	
▪ Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen	_ _ _ %	
▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	☐

Mehrere Aspekte der wegfallenden ursprünglichen Fragen – Mindestinhalte der Schulungen, Dokumentationspflicht – werden zudem über einen Ausfüllhinweis abgedeckt:

„Es kann sich sowohl um interne als auch externe Schulungsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert.

Inhalte einer solchen jährlichen Schulung zum Themenkomplex ZVK/Port müssen sein:

- Indikation
- Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports
- Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports

Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden. Eine solche Fortbildung kann in einer übergeordneten Fortbildung (z.B. Chemotherapie) integriert sein.

Der Bereich „Intensivmedizin“ bezieht sich auf Intensivstationen aller Fachbereiche. Als Intermediate Care werden Aufwachbereiche, Stroke Unit, Coronary Care Unit etc. verstanden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Der Indikator „Schulungskonzept“ (QI 71) wird umbenannt in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port“.

Als Ergebnis der Neugestaltung der Frage wird von den Einrichtungen somit kein (schriftliches) Schulungskonzept mehr verlangt. Dennoch wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiter (Zielwert für jede Berufsgruppe = 100 %) jährlich (geänderte Fragestellung) an geeigneten Schulungsmaßnahmen zum Themenkomplex ZVK/Port (Mindestinhalte der Schulungen) teilnehmen und dies auch zu dokumentieren ist (Unterschriftenlisten und implizite Dokumentationserfordernis).

Frage 33: Informationsveranstaltung Hygiene und Infektionsprävention

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?

	Anteil	Personal nicht vorhanden
▪ Ärzte	_ _ _ %	☐
▪ Ärzte im Praktischen Jahr	_ _ _ %	☐
▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte	_ _ _ %	☐
▪ Pflegeassistenten (zweijährige Ausbildung)	_ _ _ %	☐
▪ Pflegehelfer (einjährige Ausbildung)	_ _ _ %	☐
▪ medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	☐
▪ Reinigungskräfte	_ _ _ %	☐
▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung	_ _ _ %	☐
▪ Mitarbeiter der Küche	_ _ _ %	☐
▪ Mitarbeiter der Verwaltung	_ _ _ %	☐

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 83: Ergebnisse zu Frage 33

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	5	4	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	10	0

Kommentare der Leistungserbringer
Es bestand Unklarheit, ob die Informationsveranstaltungen in der eigenen Einrichtung angeboten werden müssen oder ob auch der Besuch einer externen Veranstaltung zu werten sei.

Weiterhin wurde von einem Krankenhaus angemerkt, dass die Antwortmöglichkeit fehlt, wenn Informationen zu den Teilnahmeraten bei bestimmten Berufsgruppen nicht vorhanden sind.

Vier Krankenhäuser gaben an, dass diese Informationen im Regelbetrieb nicht erhebbar sein würden. Diesbezüglich wurde als Problem aufgeführt, dass sich während eines Jahres permanent die Zahl der Beschäftigten ändere. Es müsse klargestellt werden, wie mit diesem Problem umgegangen werden soll. Des Weiteren seien die Berufsgruppen hier zu stark differenziert. Eine Zusammenfassung einiger Berufsgruppen wäre hilfreich.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Es ist anzunehmen, dass die Informationen im Regelbetrieb zu erheben sind, da sich ein Krankenhaus darauf einstellen kann, dass diese Informationen zur Verfügung gestellt werden müssen. Über durch die Personalabteilungen erstellte Teilnehmerlisten können die Teilnahmeraten der jeweiligen Berufsgruppen erfasst werden.

Empfehlung
Die Frage wird umformuliert in:
„Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr xxxx mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?“
Den konkreten Antwortfeldern wird ein Feld „Daten wurden nicht erhoben“ vorangestellt.

Die Aufzählung der einzelnen Berufsgruppen ändert sich folgendermaßen:

- Ärzte
- examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen
- Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes
- Medizinische Fachangestellte
- Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung
- Reinigungskräfte
- Mitarbeiter der Küche

Die Antwortoption „Personal nicht vorhanden“ wird auf die Gruppen „Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes“, „Medizinische Fachangestellte“ und „Mitarbeiter der Küche“ beschränkt.

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:
„Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung, der Reinigungskräfte und der Mitarbeiter der Küche sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:

- für alle Berufsgruppen:
  - Allgemeine Hygiene
  - Händedesinfektion
  - Hygiene bei multiresistenten Erregern
- berufsgruppenbezogen:
  - Flächendesinfektion
  - Aufbereitung von Sterilgut“

Der überarbeitete Bogen der Einrichtungsbefragung für stationäre Einrichtungen befindet sich im Anhang C.1.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

7.2 Ambulante Einrichtungsbefragung

Der überarbeitete Bogen der Einrichtungsbefragung für ambulante Einrichtungen findet sich im Anhang D.1.

Frage 1: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 4**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 84: Ambulante Einrichtungsbefragung: Ergebnisse zu Frage 1

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[21]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	6	2	2
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	1	2
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	5	3	2

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Großteil der befragten ambulanten Einrichtungen verstand die Frage dahingehend, dass hier ausschließlich der Verbandwechsel bei konventionellen ZVKs gemeint ist. Im Abschlussbericht war jedoch beabsichtigt, dass die Frage auch die Portkatheter umfasst.

Die Praxen gaben an, dass konventionelle ZVKs keine Rolle mehr in der ambulanten Praxis spielen, es würden nahezu ausschließlich Portkatheter verwendet und nur sehr selten würden Patienten mit einem liegenden konventionellen ZVK aus dem Krankenhaus entlassen. Deshalb werde eine Arbeitsanweisung zu konventionellen ZVKs nicht benötigt. Gegebenenfalls kämen Portpatienten mit Verbandkontrolle und zum Fädenziehen nach Portimplantation in die Praxis. Wird ein Portkatheter kurzfristig benötigt, kämen Portpatienten auch mit frisch implantiertem Port zur Chemotherapie und dann werde auch der Verband gewechselt. Da in den ambulanten Einrichtungen also hauptsächlich Portkatheter zum Einsatz kommen, wurde vorgeschlagen, für die Befragungen der ambulanten Einrichtungen den Bezug zum Portkatheter herauszustellen.

Eine hämato-onkologische Ambulanz gab an, dass dort keine Patienten mit konventionellem ZVK behandelt würden. Konventionelle ZVKs spielten nur eine Rolle bei hämato-onkologischen Ambulanzen, die Patienten mit Knochenmarktransplantationen versorgen.

Ein weiterer Kommentar lautete, dass der Ausdruck „zentral abgelegt“ präzisiert werden müsse. Aus Sicht dieses Leistungserbringers reiche es nicht aus, wenn in ambulanten Praxen ein Ordner bei der Rezeption abgelegt sei. Die Arbeitsanweisung müsse stattdessen an jedem Arbeitsplatz vorliegen, ggf. auch über Intranet. Wesentlich sei, dass jeder weiß, wo die Arbeitsanweisung ist, um jederzeit darauf zurückgreifen zu können. Des Weiteren müsse eine Versionskontrolle gegeben sein.

Eine der befragten Praxen gab an, dass die gewünschte Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei. Das erscheint nicht plausibel, da jede Einrichtung die Information beschaffen kann, ob eine solche Arbeitsanweisung vorliegt oder nicht.

[21] Bei Frage 1 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 2 und 3 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 2 und 3 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 2 und 3 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Empfehlung
In der Machbarkeitsprüfung wurde deutlich, dass die beiden verschiedenen Aspekte, ob eine Arbeitsanweisung gilt und ob diese in den definierten Bereichen für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich ist, in separaten Fragen erhoben werden sollten. Zur Erfassung des zweiten Aspekts wird eine neue Frage aufgenommen.

Die ursprüngliche Frage wird umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben und um eine Anpassung gemäß den Rückmeldungen zur stationären Einrichtungsbefragung vorzunehmen. Im Ausfüllhinweis wird die Anregung aufgegriffen, für den Aspekt des Verbandwechsels entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten zu lassen und auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zu zählen, sofern sie ein entsprechendes Unterkapitel enthalten. Der Indikator wird ebenfalls entsprechend präzisiert.

Die Frage wird wie folgt formuliert:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?“

Der Ausfüllhinweis wird gestrichen, die Anmerkungen der Teilnehmer werden durch die Präzisierung des Ausfüllhinweises zu Frage 2 berücksichtigt.

Folgender neuer Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt.

Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage formuliert:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird der Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung oder Hygienekommission (bei hämato-onkologischen Ambulanzen/MVZ) autorisiert sein muss. Um dies zu erfassen, wird eine weitere neue Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses/MVZ werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 2: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 85: Ergebnisse zu Frage 2

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[22]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	0	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	4	0	6
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	7	3

Kommentare der Leistungserbringer
Ein Leistungserbringer merkte an, es solle die Möglichkeit gegeben werden, „No-Touch-Technik“ anstelle von „sterilen Handschuhen“ anzugeben, da nur ersteres z.B. in der befragten Praxis angewendet werde und in der Arbeitsanweisung festgelegt sei. Die Verwendung steriler Handschuhe werde bewusst nicht vorgegeben.

Empfehlung
Die Frage wird umformuliert. Der Unterpunkt „Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen“ wird aufgeteilt in zwei Antwortmöglichkeiten:

- Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik
- Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird folgender Ausfüllhinweis aufgenommen: „Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.“

Frage 3: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 86: Ergebnisse zu Frage 3

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[23]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	0	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	4	0	6
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	6	3

Kommentare der Leistungserbringer
Eine Praxis merkte an, die Überprüfung, ob die Arbeitsanweisung noch aktuell ist, sei das Entscheidende – nicht die Aktualisierung. Es sei unklar, was anzugeben sei, wenn sich aufgrund der neuen Leitlinie nichts geändert habe.

[22] Siehe Fußnote 21.
[23] Siehe Fußnote 21.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):"

Folgender neuer Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden."

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde."

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ" geändert.

Frage 4: Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 7**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 87: Ergebnisse zu Frage 4

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[24]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	1	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	9	1	0

Kommentare der Leistungserbringer
Die Frage ist verständlich und nachvollziehbar.

Die Einrichtung, die angab, dass der Ausfüllhinweis nicht ausreichend und verständlich formuliert sei, begründete dies damit, dass der Ausdruck „zentral abgelegt" präzisiert werden müsse (siehe Frage 1).

Empfehlung
Eine der befragten Praxen gab an, dass die gewünschte Information im Regelbetrieb nicht erhebbar sei. Das erscheint nicht plausibel, da jede Einrichtung die Information beschaffen kann, ob eine solche Arbeitsanweisung vorliegt oder nicht.

Aufgrund der Rückmeldungen zur stationären Einrichtungsbefragung (s. Abschnitt 7.1) wird aufgenommen, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. Die Formulierung des Ausfüllhinweises wird entsprechend angepasst.

[24] Bei Frage 4 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein" beantwortet, wären die Fragen 5 und 6 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 5 und 5 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 5 und 6 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält.

Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird der Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung oder Hygienekommission (bei hämato-onkologischen Ambulanzen/MVZ) autorisiert sein muss. Um dies zu erfassen, wird eine weitere neue Frage aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor eines Krankenhauses/MVZ oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.“

Frage 5: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein
▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle	☐ Ja ☐ Nein
▪ Beachtung der Einwirkzeit	☐ Ja ☐ Nein
▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen	☐ Ja ☐ Nein
▪ Fixierung der Kanüle	☐ Ja ☐ Nein
▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems	☐ Ja ☐ Nein
▪ Verwendung von Spezialkanülen	☐ Ja ☐ Nein

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 88: Ergebnisse zu Frage 5

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[25]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	9	0

Kommentare der Leistungserbringer
Eine Praxis merkte an, dass ggf. die Möglichkeit gegeben werden sollte, die „No-Touch-Technik“ anstelle von „sterilen Handschuhen“ anzugeben, da nur ersteres in der Praxis angewendet werde und in der Arbeitsanweisung festgelegt sei. Die Verwendung steriler Handschuhe werde bewusst nicht vorgegeben. Nach Einschätzung einer weiteren ambulanten Einrichtung werden sterile Handschuhe laut Fachliteratur nicht für erforderlich gehalten.

Empfehlung
Der Inhalt der Frage bleibt unverändert, da die KRINKO-Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Einrichtungen im deutschen Gesundheitssystem Richtliniencharakter haben und dort sterile Handschuhe gefordert werden, wird hier der Punkt „Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen“ beibehalten (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html).

Die Formulierung der Frage wird mit der anderer Fragen vereinheitlicht und lautet: „Welche **Inhalte** werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?“

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird folgender Ausfüllhinweis aufgenommen: „Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.“

Frage 6: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 89: Ergebnisse zu Frage 6

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[26]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

Kommentare der Leistungserbringer
Die Kommentare entsprechen denen zu Frage 3.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in: „Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

[25] Siehe Fußnote 24.
[26] Siehe Fußnote 24.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender neuer Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden."

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde."

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ" geändert.

Frage 7: Arbeitsanweisung zu Infusionslösungen

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 10**

Ausfüllhinweis: Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 90: Ergebnisse zu Frage 7

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[27]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	10	0	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	2	1

Kommentare der Leistungserbringer

In einer Praxis wurde die Frage dahin gehend missverstanden, dass die Arbeitsanweisung nur für Infusionslösungen, die über den Portkatheter laufen, gedacht ist. In dieser Praxis hingegen liegt eine Arbeitsanweisung für ALLE Infusionslösungen vor, die sich nicht einzig und allein auf Portinfusionen bezieht, aber natürlich auch für diese gilt. Es wurde vorgeschlagen, im Ausfüllhinweis diese Möglichkeit ggf. zu erwähnen.

Empfehlung

Da sich die Frage eindeutig auf alle Infusionslösungen und den hygienischen Umgang damit bezieht, wird es nicht für notwendig gehalten, wie vorgeschlagen einen Ausfüllhinweis aufzunehmen.

Aufgrund der Rückmeldungen zur stationären Einrichtungsbefragung (s. Abschnitt 7.1) wird aufgenommen, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. Die Formulierung des Ausfüllhinweises wird entsprechend angepasst.

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Arbeitsanweisung hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Pra-

[27] Bei Frage 7 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein" beantwortet, wären die Fragen 8 und 9 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 8 und 9 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 8 und 9 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

xis) eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:
„Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen enthält.

Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.“

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.“

Es wird der Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung oder Hygienekommission (bei hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ) autorisiert sein muss. Um dies zu erfassen, wird eine weitere neue Frage wird aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?“

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.“

Frage 8: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein
▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion)	☐ Ja ☐ Nein
▪ Aseptisches Vorgehen	☐ Ja ☐ Nein
▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen	☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt
▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern	☐ Ja ☐ Nein
▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)	☐ Ja ☐ Nein

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 91: Ergebnisse zu Frage 8

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[28]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	9	0	1
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	8	0

Kommentare der Leistungserbringer
Zwei der befragten Praxen merkten an, dass eine Erläuterung zu dem Begriff „Mehrdosisbehälter“ hilfreich wäre. Eine weitere ambulante Einrichtung möchte erläutert haben, was unter „Mischinfusionen“ zu verstehen sei. Ansonsten sei die Frage verständlich und nachvollziehbar.

Empfehlung
Die Formulierung der Frage wird mit der anderer Fragen vereinheitlicht und lautet: „Welche **Inhalte** werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?“

Es wird folgender Ausfüllhinweis neu aufgenommen:
„Mehrdosisbehälter (=Durchstichfläschchen) sind im Gegensatz zu Eindosisbehältern Gefäße, in denen sich mehrere Dosen einer Injektion befinden (u.a. Heparin-, Xylocain-, Adrenalin- und Insulin-Durchstichfläschchen). Das Verwenden von verschiedenen Präparaten in einer Infusion ist eine Mischinfusion. Kritische Parenteralia und Zytostatika-Lösungen gehören genauso zu den Mischinfusionen wie auch die Mischinfusionen, die z.B. durch einfaches Zuspritzen hergestellt werden.“

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.“

Es wird der Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung oder Hygienekommission (bei hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ) autorisiert sein muss. Um dies zu erfassen, wird eine weitere neue Frage wird aufgenommen:
„Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?“

[28] Siehe Fußnote 27.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 9: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 92: Ergebnisse zu Frage 9

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[29]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	8	0	2
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	7	1

Kommentare der Leistungserbringer
Eine der Praxen sagte, eine Erklärung zur KRINKO-Empfehlung inklusive Verweis wäre hilfreich, damit klar sei, wovon die Rede ist. Drei der befragten ambulanten Einrichtungen war die KRINKO überhaupt nicht bekannt.

Empfehlung
Auf den spezifischen Bezug zur KRINKO sollte – analog zu allen anderen Fragen bzgl. Arbeitsanweisungen – auch in dieser Frage verzichtet werden. Im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens hatten die Panel-Experten empfohlen, keine spezifischen Leitlinien oder Richtlinien zu nennen, sondern dies bewusst offen zu lassen. Der zu dieser Frage gehörende Indikator war dahingehend nicht überarbeitet worden.

Die KRINKO-Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Einrichtungen im deutschen Gesundheitssystem haben Richtliniencharakter. In diesem Fall handelt es sich um die Empfehlungen zur „Prävention Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen“
(http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Gefaesskat_Rili.pdf?__blob=publicationFile).

Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))“:

Folgender neuer Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden.“

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der Arbeitsanweisung auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.“

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ“ geändert.

[29] Siehe Fußnote 27.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 10: Arbeitsanweisung bei Port-/ZVK-Infektionen

Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 13**

Ausfüllhinweis: Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 93: Ergebnisse zu Frage 10

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[30]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	5	0	5
Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?	7	2	1

Kommentare der Leistungserbringer
Einige der befragten Leistungserbringer betonten, dass Patienten mit Verdacht auf eine Infektion in der Regel an eine stationäre Einrichtung überwiesen werden. Zudem werde der Katheter meistens explantiert und nur in Ausnahmefällen werde ein Beibehalten erwogen. Dies sei immer eine individuelle Entscheidung, die ggf. mit einem Infektiologen besprochen werde. Grundsätzlich hielten die ambulanten Einrichtungen eine Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion für sinnvoll, sprachen sich jedoch dafür aus, keine spezifischen Inhalte hierzu vorzugeben.

Empfehlung
Bezugnehmend auf die Rückmeldungen soll sich die Frage nicht mehr auf eine Arbeitsanweisung beziehen, sondern auf eine interne Leitlinie. Im Ausfüllhinweis wird angegeben, dass diese sich an der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) orientieren kann.

Es wird ein Ausfüllhinweis aufgenommen, der erläutert, dass sich die erfragte interne Leitlinie darauf bezieht, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion festgestellt wird.

Der Indikator wird entsprechend angepasst und der Titel wird umformuliert in:
„Arbeitsanweisung bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion“.

Die ursprüngliche Frage wird wie folgt umformuliert, um den Aspekt der Gültigkeit der Leitlinie hervorzuheben:
„Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Portkatheter oder teilimplantierten/getunneltem ZVK?“

Der Ausfüllhinweis wird ersetzt durch folgenden Ausfüllhinweis:

„Die hier erfragte interne Leitlinie bezieht sich darauf, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion feststellt wird.

[30] Bei Frage 10 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein“ beantwortet, wären die Fragen 11 und 12 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 11 und 12 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 11 und 12 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen).

Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist."

Eine neue Frage wird aufgenommen:
„Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?"

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Die interne Leitlinie gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann."

Es wird der Aspekt aufgenommen, dass die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. Geschäftsführung oder Hygienekommission (bei hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ) autorisiert sein muss. Um dies zu erfassen, wird eine weitere neue Frage aufgenommen:
„Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber, bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?"

Folgender Ausfüllhinweis wird für die neue Frage aufgenommen:
„Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer internen Leitlinie muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt."

Frage 11: Inhalte der Arbeitsanweisung

Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein
▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 94: Ergebnisse zu Frage 11

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[31]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	0	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	0	8
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	7	3

[31] Siehe Fußnote 30.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Kommentare der Leistungserbringer
Der Großteil der befragten Leistungserbringer stellte die Relevanz der hier vorgegebenen Inhalte als Arbeitsanweisung für ambulante Einrichtungen infrage. In der Regel würden Patienten mit Verdacht auf eine Infektion an eine stationäre Einrichtung überwiesen. Zudem werde der Port in der Regel explantiert und nur in Ausnahmefällen werde ein Beibehalten des Portkatheters erwogen. Dies sei immer eine individuelle Entscheidung, die ggf. mit einem Infektiologen besprochen werde. Grundsätzlich hielten die ambulanten Einrichtungen eine Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion für sinnvoll, sprachen sich jedoch dafür aus, keine spezifischen Inhalte hierzu vorzugeben.

Empfehlung
Die Formulierung der Frage wird mit der anderer Fragen vereinheitlicht und lautet: „Welche **Inhalte** werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?“

Um dem individuellen Spielraum des Arztes bei entsprechenden Fällen gerecht zu werden, werden die Vorgaben für die Inhalte der internen Leitlinie wie folgt umformuliert:

- Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll
- Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll
- Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen belassen werden kann
- Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie

Folgender Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen).“

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten. Sollte die interne Leitlinie über die Leitlinie der DGHO hinausgehend vorsehen, dass bei allen Erregern der Port bzw. der teilimplantierte/getunnelte ZVK entfernt werden soll, so ist in den Unterfragen 2 und 3 jeweils „ja“ anzukreuzen.“

Frage 12: Aktualisierung der Arbeitsanweisung

Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrunde liegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_ _/_ _ [mm/jj]

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 95: Ergebnisse zu Frage 12

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[32]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	7	0	3
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	0	8
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	6	3

Kommentare der Leistungserbringer
siehe Frage 3, 6 und 9.

Empfehlung
Um zu verhindern, dass ein Datum aus dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr eingetragen wird, wird die Frage umformuliert in:
„Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):“

[32] Siehe Fußnote 30.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Folgender neuer Ausfüllhinweis wird aufgenommen:
„Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden."

Um klarzustellen, dass ggf. die Überprüfung der internen Leitlinie auf Aktualität ausreichend ist, wird der Ausfüllhinweis wie folgt ergänzt:
„Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde."

Das Format der Antwortmöglichkeit wird dem anderer Verfahren angepasst und in „MM.JJJJ" geändert.

Frage 13 bis Frage 18: Schulungskonzept

Die folgenden Fragen 13 bis 18 fließen in den bisherigen Indikator ID 71: Schulungskonzept ein. Abweichend vom bisherigen Vorgehen sollen die Antworten der Teilnehmer zu diesen Datenfeldern/Fragen, wie auch schon im Abschnitt zur stationären Einrichtungsbefragung (s. Abschnitt 7.1) nicht einzeln, sondern als ein Komplex behandelt werden.

Insbesondere erscheint es bei der Befragung der hämato-onkologischen Ambulanzen und Praxen/MVZ angesichts deren durchschnittlich zu erwartender personeller Stärke fraglich, ob es gerechtfertigt ist, dass ein Leistungserbringer, wie bisher in der Befragung vorgesehen, trotz regelmäßig durchgeführter und dokumentierter Schulungen aller relevanter Inhalte für die fraglichen Berufsgruppen dennoch keinerlei Wertung für den Fragenkomplex erhält, weil kein übergeordnetes Schulungskonzept vorgelegt werden kann.

Im Zentrum der Überlegungen stand im Anschluss an die Machbarkeitsprüfung aus diesen Gründen die Frage, ob der Themenkomplex einfacher und übersichtlicher gestaltet werden kann, während gleichzeitig die Intention des Indikators erhalten bleibt. Gleichzeitig soll eine weitestgehende Harmonisierung der Art der Fragestellung und der durch die Leistungserbringer bereitzustellenden Informationen mit vergleichbaren QS-Verfahren erreicht werden.

Frage 13: Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port

Liegt in Ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 19**

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 96: Ergebnisse zu Frage 13

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[33]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	2	0
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	6	1	3
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

[33] Bei Frage 13 handelt es sich um eine Filterfrage: Wird die Frage mit „Nein" beantwortet, wären die Fragen 14 bis 18 im Dokumentationsbogen nicht zu beantworten. Dieser Logik folgten einige Teilnehmer auch im Verlauf der Machbarkeitsprüfung, sodass teilweise die Verständnisfragen für diese und die folgenden Fragen 14 bis 18 nur sporadisch oder gar nicht beantwortet wurden. Die Informationen zur Beantwortung der Fragen 14 bis 18 sind jedoch auf jeden Fall als im Regelbetrieb erhebbar anzusehen, sofern eine solche Arbeitsanweisung vorliegt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 14: Angebot entsprechender Schulungen

Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 97: Ergebnisse zu Frage 14

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[34]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	2	5
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

Frage 15: Inhalte der Schulungen

Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?	
▪ Indikation	☐ Ja ☐ Nein
▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports	☐ Ja ☐ Nein
▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 98: Ergebnisse zu Frage 15

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[35]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	0	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	2	5
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	0	9	1

Frage 16: Zur Teilnahme verpflichtete Berufsgruppen

Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?	
▪ Ärzte	☐ Ja ☐ Nein
▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	☐ Ja ☐ Nein
▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte	☐ Ja ☐ Nein
▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 99: Ergebnisse zu Frage 16

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[36]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	5	4	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	2	5
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

[34] Siehe Fußnote 33.
[35] Siehe Fußnote 33.
[36] Siehe Fußnote 33.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 17: Dokumentation der Schulungsdurchführung

Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 100: Ergebnisse zu Frage 17

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[37]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	8	1	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	3	2	5
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

Frage 18: Sicherstellung der regelmäßigen Schulungsteilnahme

Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 101: Ergebnisse zu Frage 18

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[38]
Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	4	5	1
Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	2	2	6
Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	2	7	1

Kommentare der Leistungserbringer

Im Folgenden werden die Kommentare der Teilnehmer für die Fragen 13 bis 18 gesammelt dargestellt. Dabei werden Kommentare, die sich lediglich auf die Verständlichkeit einzelner Fragen beziehen, dann nicht dargestellt, wenn sie aufgrund der oben angesprochenen Neuausrichtung des Themenkomplexes „Schulung zu ZVK/Port“ aus Sicht des AQUA-Instituts nicht mehr von Relevanz sind.

In den Rückmeldungen zu den Fragen zeigte sich zunächst der Bedarf, näher zu definieren, was unter „Schulungskonzept“ zu verstehen sei, da die einzelnen Ambulanzen/Praxen die Schulung ihrer Mitarbeiter sehr unterschiedlich handhaben. So sollte klargestellt werden, ob hier ein Konzept mit regelmäßigen Schulungen gefordert ist oder ob z.B. ein Weiterbildungskatalog ausreicht. Einigen Teilnehmern war außerdem unklar, ob es eine Rolle spielt, wenn Schulungen von einem externen Anbieter durchgeführt werden. Zudem entstand ein Missverständnis hinsichtlich des Begriffs „schriftlich“, insofern hierunter verstanden wurde, dass die Schulungen schriftlich durchgeführt werden sollen. Unklar war außerdem, ob diese Frage auch dann zu bejahen sei, wenn lediglich im Rahmen des Einarbeitungsplans für neu eingestellte Ärzte und Pflegekräfte entsprechende Schulungen stattfinden. Zwei der befragten Leistungserbringer merkten an, dass der Begriff „jährliches Angebot“ missverständlich sei. Es sei unklar, ob z.B. auch halbjährlich stattfindende Schulungen gemeint seien. Man solle besser direkt fragen, in welchem Zeitabstand die Schulungen durchgeführt werden

Der Großteil der Einrichtungen hielt die Formulierung der Frage für umständlich und unklar. Eine regelmäßige Schulungsteilnahme sei zudem mit der Vorgabe einer jährlichen Schulungsdurchführung sichergestellt, sodass die Frage als redundant eingeschätzt wurde.

[37] Siehe Fußnote 33.
[38] Siehe Fußnote 33.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Eine ambulante Einrichtung hält einen Ausfüllhinweis für notwendig, da nicht klar sei, ob mit der Frage gemeint sei, dass die Schulungsdurchführung an sich dokumentiert ist oder schriftliche Nachweise der Teilnahme des Personals, z.B. in Form von Teilnehmerlisten vorliegen.

Aus Sicht mehrerer Interviewpartner ist es nicht notwendig, die Ärzte der betroffenen ambulanten Einrichtungen über die Implantation eines Ports zu schulen, da dies dort nicht durchgeführt werde. Es wurde vorgeschlagen, für diese Einrichtungen die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“ einzufügen. Außerdem beträfe das Thema „Indikation“ nur die Ärzte und nicht das Pflegepersonal, sodass hier differenziert werden solle.

Empfehlung
An den komprimiert wiedergegebenen Kommentaren zeigt sich, dass die ursprünglichen Fragen nicht zweckmäßig angelegt waren und erheblichen Änderungsbedarf hervorgerufen haben. Insbesondere die hervorgehobene Rolle des alleinigen Vorliegens eines Schulungskonzepts gegenüber der tatsächlichen Durchführung ist nicht angemessen.

Das AQUA-Institut verzichtet daher auf Empfehlungen zu Änderungen der einzelnen Fragen, sondern empfiehlt stattdessen deren Streichung und die Umstrukturierung des Themenkomplexes analog der stationären Einrichtungsbefragung. Die Fragen sollen reduziert werden und gleichzeitig denselben Informationsgehalt behalten, sodass die Auswertung des notwendigen Indikators „Schulungskonzept“ unter geänderter Bezeichnung möglich bleibt:

- Die Frage „Liegt in Ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?“ ist aus Sicht des AQUA-Instituts verzichtbar, da es weniger auf das Vorliegen eines Konzepts als auf die tatsächliche Durchführung der Schulungen ankommt. Die Frage entfällt.
- Die Frage „Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?“ als Folgefrage zur vorherigen Frage entfällt. Der Aspekt der jährlichen Teilnahme wird durch die neu formulierte Frage (s.u.) berücksichtigt.
- Die Frage „Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?“ wird ersetzt durch die Auflistung der verpflichtenden Inhalte im Ausfüllhinweis zur neuen Frage (s.u.). Die Teilnahme an geeigneten Schulungen kann für die Mitarbeiter nur mit „Ja“ beantwortet werden, sofern die Schulungen die dort aufgelisteten Mindestinhalte aufweist und kann somit ebenfalls entfallen.
- Die Frage „Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?“ entfällt ebenfalls. Dieser Aspekt wird dadurch abgebildet, dass die erforderlichen Angaben für die fraglichen Berufsgruppen einzeln zu machen sind. Gleichzeitig wird in der Auflistung auf die Antwortmöglichkeit „Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte“ verzichtet, da auch diese Mitarbeiter bei einer Pflicht zur jährlichen Schulungsdurchführung aller Voraussicht nach ebenfalls spätestens 12 Monate nach ihrer Einstellung geschult werden.
- Die Frage „Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?“ entfällt. Dieser Aspekt wird dadurch abgebildet, dass künftig zum einen die Prozentangaben abgefragt werden für die einzelnen Berufsgruppen, was nur anhand einer entsprechenden Dokumentation durch die Einrichtungen erhebbar ist. Zum anderen wird im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass die Schulungsteilnahme der Mitarbeiter mittels Unterschriftenlisten zu dokumentieren ist.
- Die Frage „Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?“ entfällt. Der Aspekt der regelmäßigen Teilnahme wird durch die neu formulierte Frage (s.u.) berücksichtigt, die auf die jährliche Schulungsteilnahme der betreffenden Mitarbeiter(-gruppen) abzielt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

In Anlehnung an Fragen anderer Verfahren werden die zuvor einzeln abgefragten Informationen in einer neuen Frage zusammengefasst:

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben?	☐ Daten wurden nicht erhoben	
	Anteil	Personal nicht vorhanden
▪ Ärzte	_ _ _ %	☐
▪ Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen	_ _ _ %	
▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	

Mehrere Aspekte der wegfallenden ursprünglichen Fragen – Mindestinhalte der Schulungen, Dokumentationspflicht – werden zudem über einen Ausfüllhinweis abgedeckt:

„Es kann sich sowohl um interne als auch externe Schulungsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert.

Für hämatologische Ambulanzen/MVZ beziehen sich die Angaben auf die Mitarbeiter der Ambulanz/MVZ und nicht auf die Mitarbeiter des gesamten Krankenhauses.

Inhalte einer solchen jährlichen Schulung zum Themenkomplex ZVK/Port müssen sein:

- Indikation
- Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports
- Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports

Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden. Eine solche Fortbildung kann in einer übergeordneten Fortbildung (z.B. Chemotherapie) integriert sein.

Der Indikator wird umbenannt in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port“.

Aus Sicht des AQUA-Instituts besteht weiterhin die Notwendigkeit, dass Ärzte in ambulanten Einrichtungen auch dann zu den Fragen Insertion eines ZVK/Implantation eines Ports geschult werden, wenn aktuell keine solchen Eingriffe durchgeführt werden. Als Ergebnis der Neugestaltung der Frage wird von den Einrichtungen somit kein (schriftliches) Schulungskonzept mehr verlangt. Dennoch wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiter (Zielwert für jede Berufsgruppe = 100 %) jährlich (geänderte Fragestellung) an geeigneten Schulungsmaßnahmen zum Themenkomplex ZVK/Port (Mindestinhalte der Schulungen) teilnehmen und dies auch zu dokumentieren ist (Unterschriftenlisten und implizite Dokumentationserfordernis).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Frage 19: Informationsveranstaltung „Hygiene und Infektionsprävention“

Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?		
	Anteil	Personal nicht vorhanden
▪ Ärzte	_ _ _ %	☐
▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte	_ _ _ %	☐
▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	☐
▪ Reinigungskräfte	_ _ _ %	☐
▪ Mitarbeiter der Verwaltung	_ _ _ %	☐

Ergebnisse der Fragen zur Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen

Tabelle 102: Ergebnisse zu Frage 19

Gesamt: 10	Ja	Nein	k.A.[39]
▪ Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?	9	1	0
▪ Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?	7	1	2
▪ Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?	1	8	1

Kommentare der Leistungserbringer

Die hämato-onkologischen Ambulanzen spiegelten zurück, dass näher definiert werden müsse, dass hier nur die Mitarbeiter der hämato-onkologischen Ambulanz und nicht die des gesamten Krankenhauses gemeint seien. Eine Praxis merkte an, dass klargestellt werden müsse, ob zu der genannten Informationsveranstaltung nur externe Schulungen zählen. Außerdem müsse klagestellt werden, ob regelmäßige, über das Jahr verteilte interne Dienstberatungen, in denen auch die Händedesinfektion Thema ist, als entsprechende Informationsveranstaltungen gelten.

In einer befragten Praxis gibt es nur einen „Mitarbeiter der Verwaltung“. Die Praxis erachtet es als problematisch, wenn ein sich hier ergebender Wert von null Prozent gleichgewertet wird wie die Werte der anderen Berufsgruppen.

Eine hämato-onkologische Ambulanz gab an, dass die Informationen im Regelbetrieb nicht erhebbar seien, da für die hämato-onkologische Ambulanz keine separaten Fortbildungen stattfänden. Informationsveranstaltungen zur Hygiene fänden abteilungsübergreifend statt. Es sei aufwendig, einen Abgleich der in den Listen eingetragenen Teilnehmer mit ihrer jeweiligen Zugehörigkeit zur hämato-onkologischen Ambulanz zu machen. Es erscheint nachvollziehbar, dass die Ermittlung der hier erfragten Informationen für hämato-onkologische Ambulanzen unter Umständen aufwendig ist. In einem Regelbetrieb kann sich eine Einrichtung jedoch darauf einstellen, dass diese Informationen zur Verfügung gestellt werden müssen. Zum Beispiel könnten Teilnehmerlisten, in denen die Zugehörigkeit zur hämato-onkologischen Ambulanz vermerkt ist, durch die Personalabteilung im Vorfeld einer Informationsveranstaltung erstellt werden. Bei einem solchen Vorgehen ist nach Einschätzung des AQUA-Instituts von einem vertretbaren Aufwand auszugehen.

[39] Siehe Fußnote 33.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Empfehlung
Die Frage wird umformuliert zu:
„Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis), die im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?“

Die Aufzählung der einzelnen Berufsgruppen ändert sich folgendermaßen:

- Ärzte
- examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen
- Medizinische Fachangestellte
- Reinigungskräfte

Des Weiteren wird ein Feld „Daten wurden nicht erhoben“ aufgenommen.

Folgender Ausfüllhinweis wird neu aufgenommen:

„Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppe der Reinigungskräfte sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen.

Für hämatologische Ambulanzen/MVZ beziehen sich die Angaben auf die Mitarbeiter der Ambulanz/MVZ und nicht auf die Mitarbeiter des gesamten Krankenhauses.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:

- für alle Berufsgruppen:
  - Allgemeine Hygiene
  - Händedesinfektion
  - Hygiene bei multiresistenten Erregern
- berufsgruppenbezogen:
  - Flächendesinfektion“

Der überarbeitete Bogen der Einrichtungsbefragung für ambulante Einrichtungen findet sich im Anhang D.1.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

8 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation – Empfehlungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren und der Indizes

Aus den auf Datenfeldebene vorgenommenen Änderung ergibt sich erheblicher Anpassungs- und Konkretisierungsbedarf auf Ebene sowohl der einzelnen Qualitätsindikatoren als auch auf Ebene der beiden Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement, der im Folgenden komprimiert dargestellt wird. Die Begründungen für die jeweiligen Änderungen leiten sich direkt aus den Änderungen auf Datenfeldebene (s. Kapitel 7) ab und werden an dieser Stelle nicht erneut dargestellt.

8.1 Empfehlungen auf Ebene der Qualitätsindikatoren

Auf Ebene der Qualitätsindikatoren der beiden Einrichtungsbefragungen werden zahlreiche Änderungen sowohl an den Fragen als auch an den Antwortmöglichkeiten und den Ausfüllhinweisen empfohlen, die sich vor allem aus den Rückmeldungen der Leistungserbringer ergeben haben. Ein zweiter wichtiger Aspekt war das Bemühen, Aufbau, Formulierungen, Fragen, Antwortoptionen und Ausfüllhinweise, sofern sinnvoll, an die des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ anzupassen.

8.1.1 Trennung der Indikatoren für stationäre und ambulante Einrichtungsbefragung

Aus praktischen Gründen ist es sinnvoll, Indikatoren, die sowohl in der Einrichtungsbefragung für stationäre Einrichtungen als auch in der für ambulante Einrichtungen vorkommen, voneinander zu trennen: zum einen spiegelt diese Trennung die realen Vergleichsgruppen wider, zum anderen ist es dadurch möglich, insbesondere die Ausfüllhinweise zielgruppenspezifisch zu formulieren. Weiterhin entspricht die Trennung auch dem Vorgehen im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“. Dort war diese Trennung an sich inhaltsgleicher Indikatoren in stationäre und ambulante Varianten bereits während des Entwicklungsprozesses berücksichtigt worden. Für das vorliegende Verfahren soll diese Trennung für die sechs Indikatoren, die sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Befragung vorkommen, im Anschluss an die jetzt beendete Machbarkeitsprüfung vorgenommen werden.

Das AQUA-Institut hat sich daher entschlossen, diese Indikatoren mit einer neuen ID zu belegen, die einerseits den bisherigen Entwicklungsprozess und die bisherige ID abbildet, andererseits die gewünschte Trennung verdeutlicht. Die stationäre Variante des QI erhält jeweils den Zusatz „_a“ zur ID, sowie den Zusatz „in stationären Einrichtungen“ zum Indikatortitel. Die ambulante Variante des QI erhält jeweils den Zusatz „_b“ zur ID, sowie den Zusatz „in ambulanten Einrichtungen“ zum Indikatortitel. Folgende QIs werden nach dieser Systematik umbenannt:[40]

Tabelle 103: Alte und neue Indikator-IDs und -bezeichnungen für stationäre und ambulante Einrichtungsbefragung

ID alt	Indikatorbezeichnung alt	ID stationär neu	Indikatorbezeichnung stationär neu	ID ambulant neu	Indikatorbezeichnung ambulant neu
17_A	Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel	17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen	17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen
21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen	21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen

[40] Die Tabelle berücksichtigt dabei bereits weitere Veränderungen in den Indikatortiteln, die ihre Ursache in inhaltlichen Rückmeldungen haben (s. dazu Kapitel 7).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID alt	Indikatorbezeichnung alt	ID stationär neu	Indikatorbezeichnung stationär neu	ID ambulant neu	Indikatorbezeichnung ambulant neu
89_A	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen	89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen
91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantierten/getunnelten ZVK	91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen	91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen
71	Schulungskonzept	71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen	71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen
72_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen	72_A_b	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen

Diese Änderungen sind ebenfalls im Indikatorset 1.1 berücksichtigt. Die ursprünglich für ambulant und stationär verwendete Indikatoren werden dort nun als zwei separate Indikatoren beschrieben.

8.1.2 Weitere Änderungen auf Indikatorebene

Es werden als Ergebnis der erweiterten Machbarkeitsprüfung im Bereich der Einrichtungsbefragung weder Indikatoren zur Streichung empfohlen, noch werden weitere Indikator-IDs verändert. Gleichwohl resultiert Änderungsbedarf an den Bezeichnungen einzelner Indikatoren der stationären Einrichtungsbefragung, der über den in Abschnitt 8.1.1 beschriebenen hinausgeht. Da die Begründungen bereits im Rahmen der Diskussion der Datenfeldebene gegeben wurden, wird hier nur eine Übersicht der weiteren Änderungen gegeben:

Tabelle 104: Weitere Änderungen auf Indikatorebene

ID	Indikatorbezeichnung alt	Indikatorbezeichnung neu
12_A	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage
49_A	Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie
25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Diese Änderungen sind ebenfalls im Indikatorset 1.1 berücksichtigt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

8.2 Empfehlungen auf Ebene der Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Auf Ebene der Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind keine inhaltlichen Änderungen vorgesehen. Weiterhin werden wie zuvor dieselben 8 QIs für die Berechnung des stationären Index herangezogen. Auch die 6 QIs zur Berechnung des ambulanten Index bleiben in ihrer Zusammensetzung unverändert.

Allerdings empfiehlt das AQUA-Institut hinsichtlich der beiden Indizes die Harmonisierung mit den Indizes des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ sowohl hinsichtlich der Benennung als auch hinsichtlich des Auswertungsalgorithmus.

8.2.1 Benennung der Indizes

In Anlehnung an das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ und in Fortsetzung der Logik der Trennung der sechs ambulant und stationär inhaltsgleichen Indikatoren sollen die beiden Indizes konsequent voneinander getrennt werden. Dementsprechend soll folgende Benennung erfolgen:

- Index 01 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen
- Index 02 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Diese Umbenennung ist bereits im Indikatorenset 2.0 berücksichtigt.

8.2.2 Berechnung der Indizes

Die Berechnung der Indizes mit den in der Machbarkeitsprüfung erhobenen Werten wird ausführlich in den Abschnitten 9.1 und 9.2 geschildert. Im Gegensatz zum Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ schlug der Entwicklungsbericht eine gewisse Gewichtung der einzelnen Fragen vor, sodass bestimmte Antworten sich positiver (oder negativer) auf das Gesamtergebnis eines Leistungserbringers auswirken würden als andere.

Für das vorliegende Verfahren wird nun vorgeschlagen, auf diese Gewichtung der einzelnen Fragen zu verzichten. Aus Sicht des AQUA-Instituts hat dieser Verzicht zwei Vorteile:

- Die Rückmeldungen aus beiden Machbarkeitsprüfungen haben gezeigt, dass Leistungserbringer nur vereinzelt einer Gewichtung positiv gegenüberstehen. Gleichzeitig zeigte sich aber, dass bei diesen Leistungserbringern ein heterogenes Meinungsbild darüber vorlag, welche Fragen wie zu gewichten wären. Der Verzicht auf die Gewichtung führte in Zukunft dazu, dass alle abgefragten Aspekte von den Leistungserbringern Beachtung finden und nicht höher gewichteten – und ggf. leichter umzusetzenden – Einzelaspekten der Einrichtungsbefragung mehr Priorität eingeräumt wird als anderen.
- Das Vorgehen ist an das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ angeglichen. Zwei unterschiedliche Vorgehensweisen würden bei denjenigen, die in beiden Verfahren zukünftig dokumentationspflichtig werden, auf Unverständnis stoßen.

Gleichzeitig empfiehlt das AQUA-Institut, den Berechnungsalgorithmus ebenfalls dem aus dem Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ anzupassen, da dies die Auswertung, vor allem aber die Verständlichkeit derselben für die Leistungserbringer erhöhen würde. Somit würde auch hier das erreichbare Optimum für die Einrichtungsbefragung bei 100 % liegen. Die erreichbaren Punkte würden gleichmäßig auf die einzelnen Indikatoren und innerhalb der Indikatoren wiederum gleichmäßig auf die einzelnen Fragen verteilt werden. Die genaue Berechnungsweise ist den Anhängen C.4 (stationär) bzw. D.4 (ambulant) zu entnehmen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

9 Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Index- und Indikatorberechnungen der Einrichtungsbefragungen dargestellt. Die Darstellung erfolgt getrennt für stationäre und ambulante Einrichtungen.

9.1 Index 01 – Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Der Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären Einrichtungen setzt sich aus acht Indikatoren zusammen. Die Berechnung erfolgte mit dem im Abschlussbericht vom 20. Dezember 2012 dargestellten Algorithmus: Für den Index ist eine Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 140 Punkten erzielbar. Die Indikatoren sind nicht gleich gewichtet. Die fünf Indikatoren, die das Vorhandensein und die Inhalte von Arbeitsanweisungen erfassen, sowie der Indikator zum Standard der Antibiotikatherapie haben jeweils eine maximale erreichbare Zahl von 15 Punkten. Den beiden Indikatoren zum Schulungskonzept und zu spezifischen Informationsveranstaltungen sind maximal 25 Punkte zugeordnet. Der Referenzwert wurde vorläufig auf 100 Punkte festgelegt.

Innerhalb jedes Indikators gibt es mehrere (2–6) Untergruppen, die ebenfalls eine unterschiedliche Anzahl von Einzelfragen enthalten können. Unterschiedlichen Fragengruppen können unterschiedliche Punktwerte zugewiesen sein. Teilweise werden Sonderpunkte vergeben, wenn alle Fragen einer Fragengruppe positiv beantwortet sind. Entsprechend der Zahl und der Wertigkeit der verschiedenen Items setzt sich die maximale Punktzahl jeder Frage zusammen (siehe Anhang C.3, QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; Berechnung vor Machbarkeitsprüfung).

Das Instrument der jährlichen Einrichtungsbefragung wird auch für das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ vorgeschlagen, dort soll der Index jedoch mit einer ungewichteten Punktwertung berechnet werden. Deshalb erfolgte für beide Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der Machbarkeitsprüfung für das vorliegende Verfahren zusätzlich eine Berechnung nach der im Verfahren „Postoperative Wundinfektionen“ benutzten Methode. Das heißt Gleichbewertung aller acht Indikatoren mit jeweils 17,5 (=140/8) Punkten und gleiche Gewichtung aller Untergruppen (z.B. 140/8/3=5,833), sowie konstant anteilige Bewertung der Untergruppenfragen (z.B. 180/8/3/5=1,167).

An der Erfassung der Daten zum Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nahmen zehn Krankenhäuser teil.

Die Ergebnisse des Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ weisen einen Mittelwert von 91,5 Punkten und einen Median von 90,7 Punkten auf (siehe Tabelle 105). Die Spannweite (siehe Abbildung 1) ist mit einem Minimum von 54 Punkten und einem Maximum von 119 Punkten relativ gering, allerdings liegen 2 der 10 stationären Einrichtungen unter dem vorgeschlagenen, allerdings arbiträren, Referenzwert von 100 Punkten.

Aus Sicht des AQUA-Instituts unterstützen diese Ergebnisse die grundsätzliche Sinnhaftigkeit eines solchen Index in der Qualitätssicherung. Da es sich in der Machbarkeitsprüfung um eine retrospektive Statuserhebung handelt, ist davon auszugehen, dass nach Veröffentlichung der Prüfitems im Regelbetrieb rasch weitere Qualitätsverbesserungen möglich sind.

Die untere Grenze eines Referenzbereichs am 10. Perzentil läge für das hier untersuchte Kollektiv bei 54 Punkten. Die an dieser Grenze rechnerisch auffällige Einrichtung weist eindeutig Verbesserungspotenziale im Hygiene- und Infektionsmanagement auf, die im Strukturierten Dialog anhand der Indikatorenwerte differenziert angesprochen werden können. Allerdings zeigen sich bei der zweiten Einrichtung, die unterhalb des vorgegebenen Referenzwertes liegt, ebenfalls klare Verbesserungspotenziale.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

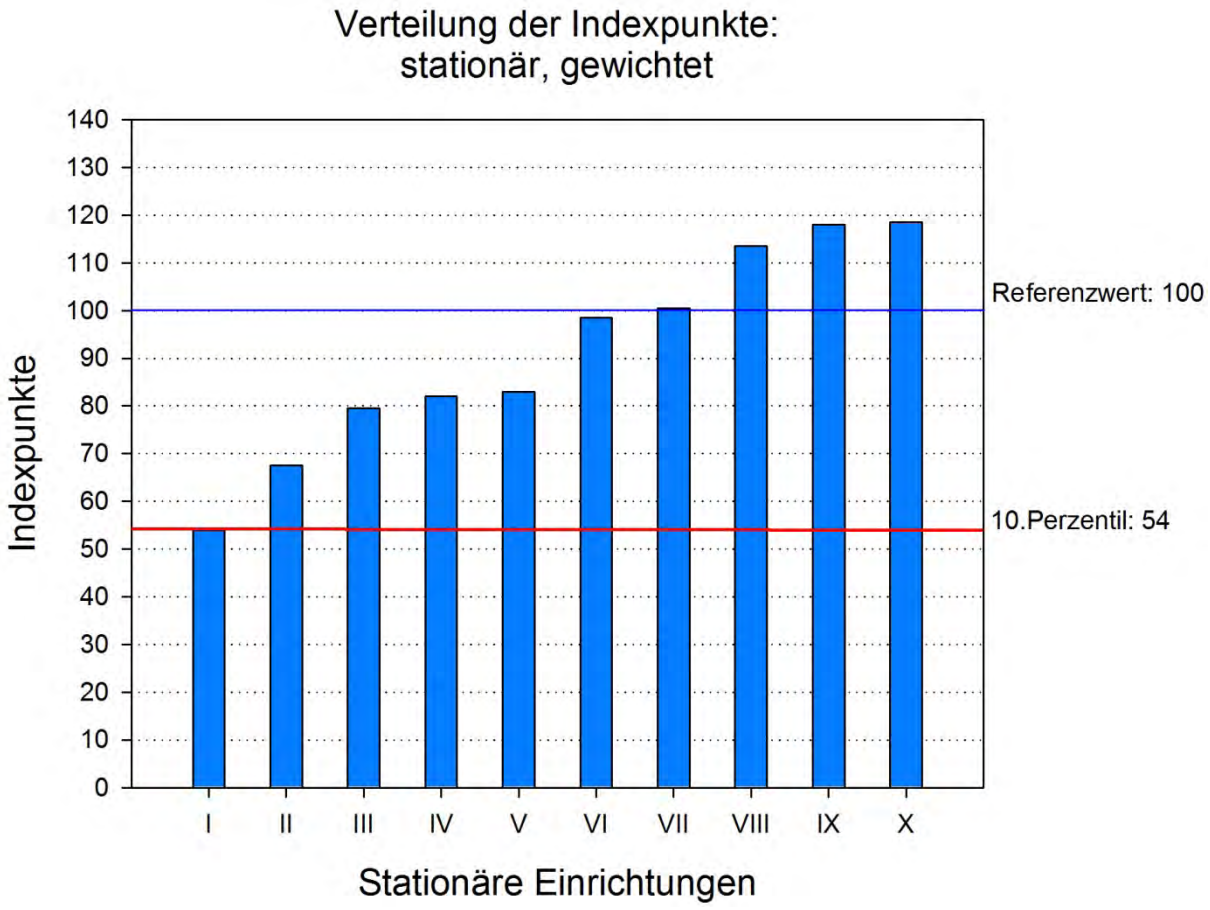


Abbildung 1: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“

Tabelle 105: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum

	Bezeichnung	Mittelwert	Median	Min	Max
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen	91,5	90,75	54	119
ID					
ID 12a	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	13,65	14,50	8,00	15,00
ID 17a	Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	13,20	15,00	0,00	15,00
ID 21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	9,40	11,50	0,00	15,00
ID 89a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/ Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	14,30	15,00	8,00	15,00
ID 91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	1,95	0,00	0,00	6,50
ID 49	Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie	10,50	12,00	0,00	15,00
ID 71	Schulungskonzept	9,80	5,00	0,00	25,00
ID 72a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	13,70	10,25	0,00	32,00

Unter den Indikatoren des stationären Index findet sich der höchste Durchschnittswert (14,3 von 15 = 95 % des Maximalwertes) im Indikator „Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen“. 9 von 10 untersuchten Krankenhäusern weisen in diesem Indikator den

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Maximalwert von 15 Punkten auf. Insgesamt zeigt sich in der Machbarkeitsprüfung eine gute Qualität im Umgang der Einrichtungen mit Infusionslösungen.

Die Indikatoren „Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK“ und „Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel“ erreichen mit 91 bzw. 88 % des Maximalwerts ebenfalls ein gutes Ergebnis.

Der mit Abstand niedrigste Wert (1,95 von 15 = 13 %) ist beim Indikator „Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK“ zu registrieren. Eine entsprechende Arbeitsanweisung lag nur in 3 der 10 befragten Einrichtungen vor. Auch bei den Indikatoren „Schulungskonzept“ (9 von 25 = 36 %) und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention“ (13,7 von 25 = 54,8 %) sind klare Qualitätsdefizite zu erkennen. Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen finden sich im Anhang E.1.

Die Abbildung 2 zeigt zusätzlich die Verteilung der Indexpunkte für die stationären Einrichtungen nach der oben beschriebenen ungewichteten Berechnung, in der Tabelle 106 sind die entsprechenden Verteilungskenngrößen der einzelnen Indikatoren und des Index dargestellt.

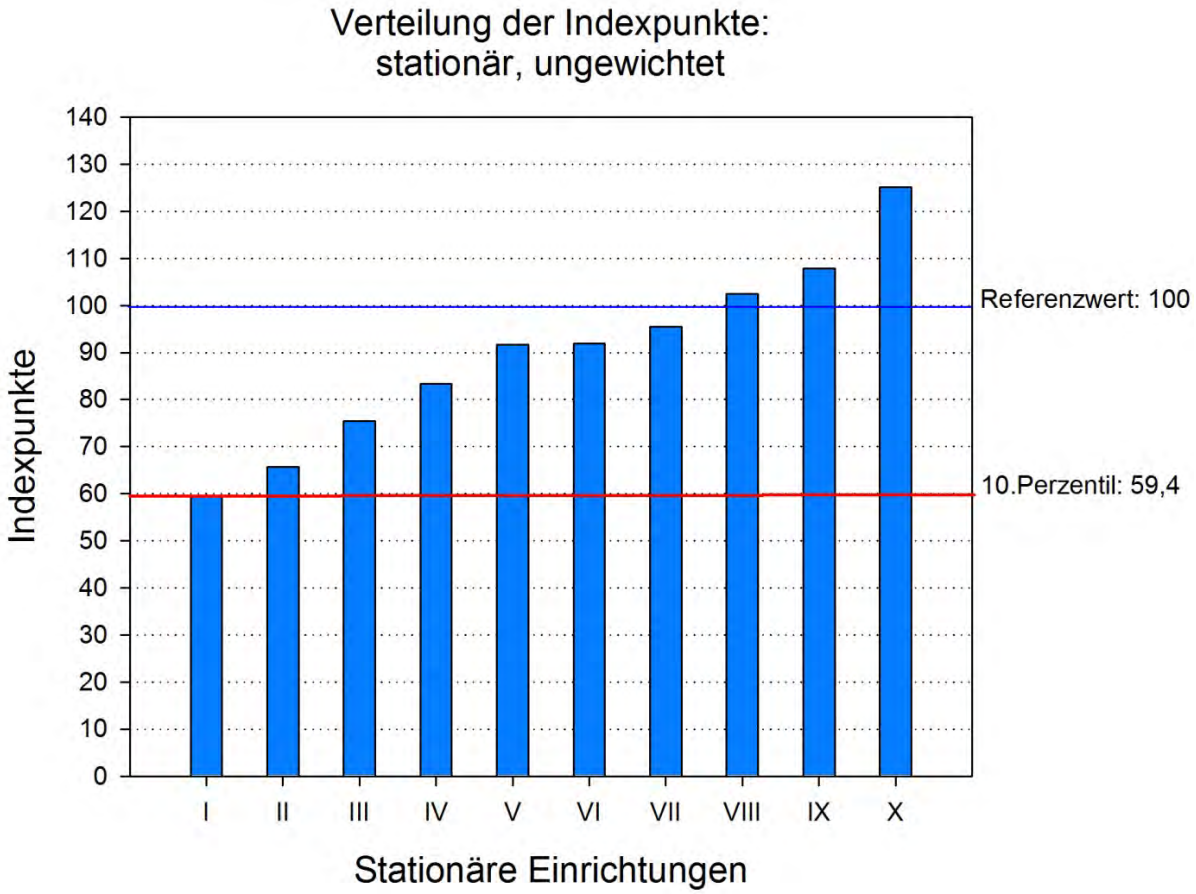


Abbildung 2: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“, ungewichtete Auswertung

Es ergeben sich prinzipiell ähnliche Verteilungen der Punktwerte und in beiden Fällen liegen die Ergebnisse derselben zwei Einrichtungen unterhalb des Referenzwerts. Allerdings ändert sich die Reihenfolge der stationären Einrichtungen im Ranking (s. Tabelle 107). Dieser Effekt beruht im Wesentlichen darauf, dass die starke Bedeutung des Vorhandenseins und der Aktualisierung der Arbeitsanweisungen in der ungewichteten Bewertung verloren geht.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 106: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren (ungewichtete Auswertung)

	Bezeichnung	Mittelwert	Median	Min	Max
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen	89,82	91,73	59,38	125,13
ID					
ID 12a	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	16,03	16,77	10,94	17,50
ID 17a	Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	15,17	17,50	0,00	17,50
ID 21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	11,50	16,67	0,00	17,50
ID 89a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	17,15	17,50	14,00	17,50
ID 91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	3,94	0,00	0,00	13,13
ID 49	Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie	9,63	8,75	0,00	17,50
ID 71	Schulungskonzept	7,58	4,38	0,00	17,50
ID 72a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	8,83	7,88	0,00	17,50

Tabelle 107: Vergleich der Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nach gewichteter und ungewichteter Auswertung

	KH5	KH4	KH8	KH7	KH3	KH1	KH2	KH6	KH9	KH10
gewichtet	118,5	118	113,5	100,5	98,5	83	82	79,5	67,5	54
	125,1	107,8	102,5	95,5	91,9	91,6	83,3	75,4	65,7	59,4
ungewichtet	KH7	KH2	KH8	KH5	KH6	KH4	KH3	KH1	KH10	KH9

9.2 Index 02 – Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Der Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement in ambulanten Einrichtungen setzt sich aus sechs Indikatoren zusammen, die grundsätzlich mit den Indikatoren im stationären Bereich identisch sind. Die Indikatoren „Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK“ und „Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie“ kommen im ambulanten Sektor nicht zur Anwendung. Die Berechnung erfolgte nach dem gleichen Algorithmus wie die Auswertung des Index für stationäre Einrichtungen (siehe Abschnitt 9.1). Die erreichbare Gesamtpunktzahl betrug 110 (=140 - 2x15) Punkte.

An der Erfassung der Daten zum Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ nahmen 10 Einrichtungen teil, 7 hämato-onkologische Praxen und 3 hämato-onkologische Ambulanzen von Krankenhäusern.

Die Ergebnisse des Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ weisen einen Mittelwert von 47,3 Punkten und einem Median von 44,0 Punkten auf (Tabelle 108). Es bestehen weder ein Decken- noch ein Bodeneffekt. Das große Spektrum der erreichten Indexpunkte zwischen 17,5 und 91,0 spiegelt die großen Unterschiede im Hygiene- und infektionsbezogenen Prozessmanagement der Einrichtungen wider. Bis auf zwei Einrichtungen lagen alle unterhalb des a priori gewählten, arbiträren Punktwertes von 70 (s. Abbildung 3).

Damit kann in der Mehrzahl der Einrichtungen von weiteren Verbesserungspotenzialen ausgegangen werden. Aus Sicht des AQUA-Instituts unterstützen diese Ergebnisse die grundsätzliche Sinnhaftigkeit eines solchen Index in der Qualitätssicherung. Da es sich in der Machbarkeitsprüfung um eine retrospektive Statuserhebung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

handelt, ist davon auszugehen, dass nach Veröffentlichung der Prüfitems im Regelbetrieb rasch weitere Qualitätsverbesserungen möglich sind. Für das hier untersuchte Einrichtungskollektiv würde die Grenze eines Referenzbereichs am 10. Perzentil bei 17,5 Punkten liegen. Einrichtungen, die an dieser Grenze rechnerisch auffällig sind, weisen eine Fülle von Verbesserungspotenzialen im Hygiene- und Infektionsmanagement auf, die im Strukturierten Dialog anhand der Indikatorergebnisse spezifisch adressiert werden können.

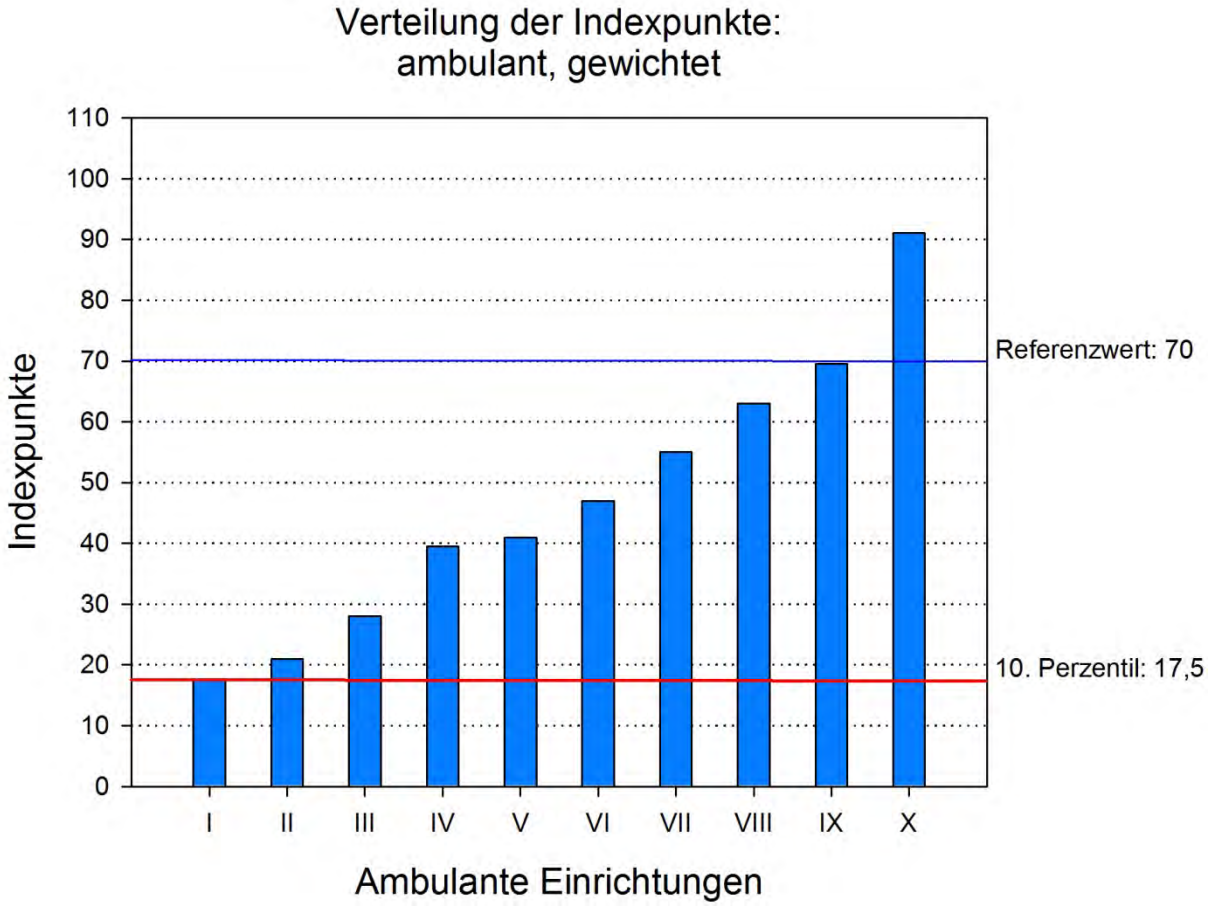


Abbildung 3: Verteilung der Punktwerte im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“

Tabelle 108: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren. Min = Minimum, Max = Maximum

	Bezeichnung	Mittelwert	Median	Min	Max
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	47,25	44,00	17,50	91,00
ID					
ID 17a	Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	7,50	7,50	0,00	15,00
ID 21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	12,50	12,00	8,00	15,00
ID 89a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	12,25	13,00	8,00	15,00
ID 91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	1,20	0,00	0,00	6,00
ID 71	Schulungskonzept	7,50	7,75	0,00	25,00
ID 72a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	6,30	4,50	0,00	25,00

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Werden die einzelnen Indikatoren des Index betrachtet, so finden sich die höchsten Durchschnittswerte in den Indikatoren „Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung“ und „Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen“.

Der Medianwert dieser beiden Indikatoren liegt bei ≥ 80 % des Maximalwerts, d.h. mindestens die Hälfte der einbezogenen Leistungserbringer hatte ein gutes Prozessmanagement in diesem Bereich. Den niedrigsten Durchschnittswert weist der Indikator „Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK auf. Insbesondere bei den Indikatoren „Schulungskonzept“ und „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention“ besteht aus Sicht des AQUA-Instituts deutliches Verbesserungspotenzial.

Auch eine ungewichtete Berechnung der Indikatoren und des Index Hygiene- und Infektionsmanagement für die ambulanten Einrichtungen ergibt prinzipiell ähnliche Ergebnisse bzw. Verteilungen der Punktwerte. Allerdings geht hier das Fehlen von Arbeitsanweisungen noch weniger in die Gesamtpunktzahl ein, sodass sich die Zahl der Einrichtungen, die den Referenzwert von 70 Punkten nicht erreichen, geringer wird (7 von 10 statt 9 von 10). Die Reihenfolge der ambulanten Einrichtungen im Ranking ändert sich dabei weniger deutlich (s. Tabelle 109) als im stationären Bereich.

Tabelle 109: Vergleich der Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ nach gewichteter und ungewichteter Auswertung

	Amb9	Amb6	Amb3	Amb1	Amb2	Amb8	Amb5	Amb4	Amb7	Amb10
gewichtet	91	69,5	63	55	47	41	39,5	28	21	17,5
	92	87,65	85,93	72,71	67,84	60,69	59,21	35,85	33,2	26,62
ungewichtet	Amb9	Amb3	Amb6	Amb1	Amb2	Amb5	Amb8	Amb4	Amb7	Amb10

Die niedrigsten Indexpunktwerte fanden sich übereinstimmend in den Indikatoren „Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK“ und „Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel“. Im Indikator zum Vorgehen im Fall einer Infektion betrug der Median null Punkte, d.h. mindestens die Hälfte der Leistungserbringer hatte in diesen Indikatoren keinen Punkt erreicht. Zurückzuführen ist dies in allen Fällen auf das Fehlen einer entsprechenden Arbeitsanweisung.

Tabelle 110: Ergebnisse (Punkte) der Leistungserbringer im Index „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und den zugeordneten Indikatoren (ungewichtete Auswertung)

	Bezeichnung	**Mittelwert**	**Median**	**Min**	**Max**
Index	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	62,17	64,26	26,62	92,00
ID					
ID 17a	Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	9,17	9,17	0,00	18,33
ID 21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	16,15	17,46	11,35	18,33
ID 89a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	17,52	17,82	15,28	18,33
ID 91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	2,74	0,00	0,00	13,72
ID 71	Schulungskonzept	8,53	11,00	0,00	19,55
ID 72a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	8,07	7,33	0,00	18,33

© 2015 AQUA-Institut GmbH

An der Verteilung dieser Indikatorergebnisse zeigt sich, wie wichtig eine Indexbildung ist, da nur im Index, aber nicht in diesen Einzelindikatoren ein angemessener Referenzbereich definierbar ist. Der a priori gewählte arbiträre Referenzwert erscheint nach den vorliegenden Daten deutlich zu hoch. Es empfiehlt sich daher, einen perzentilbasierten Referenzwert zu wählen.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen finden sich im Anhang E.2.

9.3 Einzelindikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch

Insgesamt nahmen zehn Krankenhäuser an der Machbarkeitsprüfung teil, wobei ein Haus keine Angaben zu den Patientenliegetagen machen konnte. Daher konnte lediglich auf der Basis von neun stationären Einrichtungen ausgewertet werden (s. Tabelle 111).

9.3.1 Indikator-ID 24 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit

Der Indikator bezieht sich auf alle Stationen eines Krankenhauses ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit. Es gingen die Daten von neun stationären Einrichtungen in die Analyse ein.

Tabelle 111: Ergebnisse der Händedesinfektionsmittelindikatoren

ID	Indikatorbezeichnung	Händedesinfektionsmittelverbrauch (l/1000 Patiententage)				
		n	Mittelwert	Median	Min	Max
24	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	9	27,4	23,3	16,1	47,9
25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	9	105,8	89,2	64,4	89,21

Der Median von 23,3 l pro 1000 Patiententage (siehe Tabelle 111 und Abbildung 4) in der Machbarkeitsprüfung entspricht etwa dem Median der Referenzdaten des HAND-KISS[41] für Normalstationen (Durchschnittswert aller Abteilungen: 24 l/1000 Patiententage).

Ein 10. Perzentil als Grenze eines Referenzbereichs läge bei Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit bei 16 l/1000 Patiententage (entsprechend 5 Händedesinfektionen/Patiententag). Dieser Wert entspricht etwa dem 10. Perzentil (13 l/1000 Patiententage für Normalstationen) der Verteilung der Werte im HAND-KISS.

[41] http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/hand/HAND_S_reference2013.pdf

© 2015 AQUA-Institut GmbH

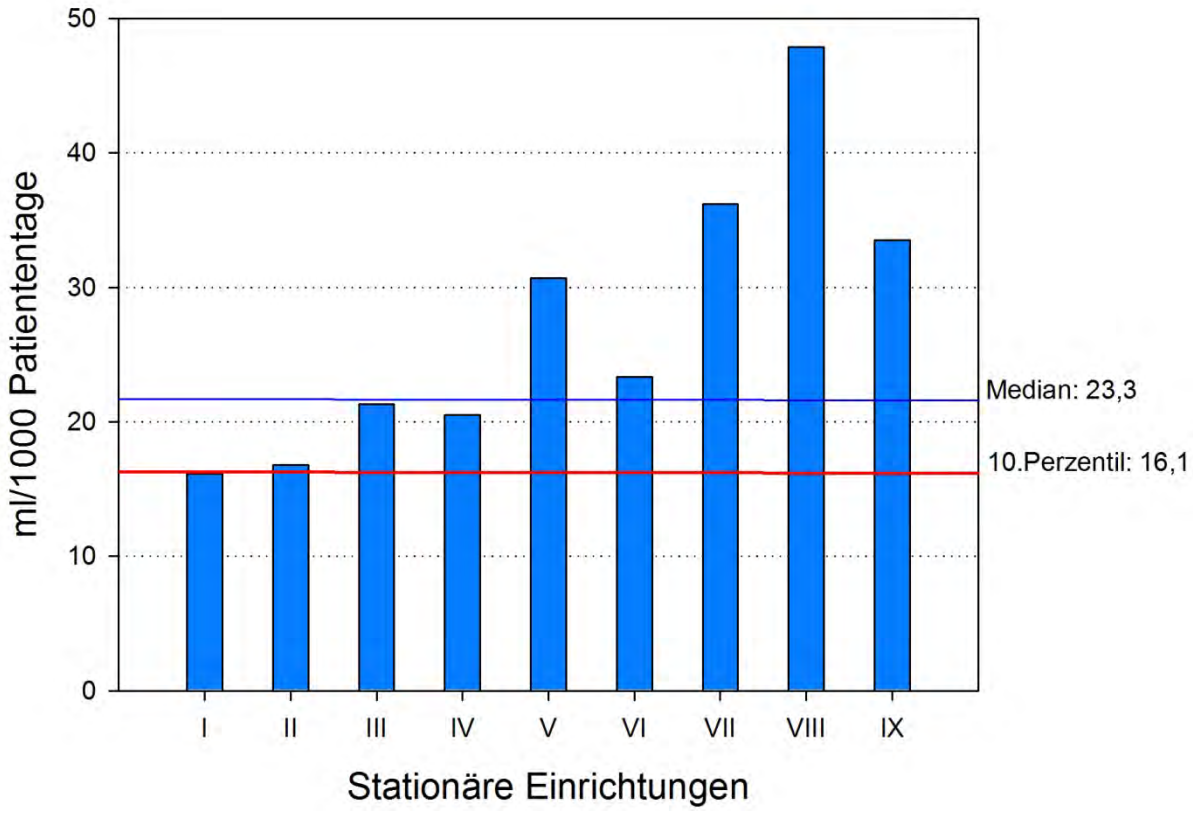


Abbildung 4: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit

9.3.2 Indikator-ID 20 – Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit

Der Indikator bezieht sich auf alle Stationen eines Krankenhauses mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit. Es gingen die Daten von neun stationären Einrichtungen in die Analyse ein.

Für Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit fällt der Vergleich mit den HAND-KISS-Daten ähnlich aus. Das 10. Perzentil der Verteilung aus der Machbarkeitsprüfung (64 l/1000 Patiententage) entspricht etwa dem 10. Perzentil beim HAND-KISS (57 l/1000 Patiententag über alle Abteilungen).

Der Median von 89 l pro 1000 Patiententage in der Machbarkeitsprüfung liegt etwas unterhalb des Medians der Referenzdaten des HAND-KISS[42] für interdisziplinäre Intensivstationen (Durchschnittswert aller Abteilungen: 98 l/1000 Patiententage). Boden- oder Deckeneffekte zeigen sich in diesem Indikator nicht.

[42]Siehe Fußnote 41.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

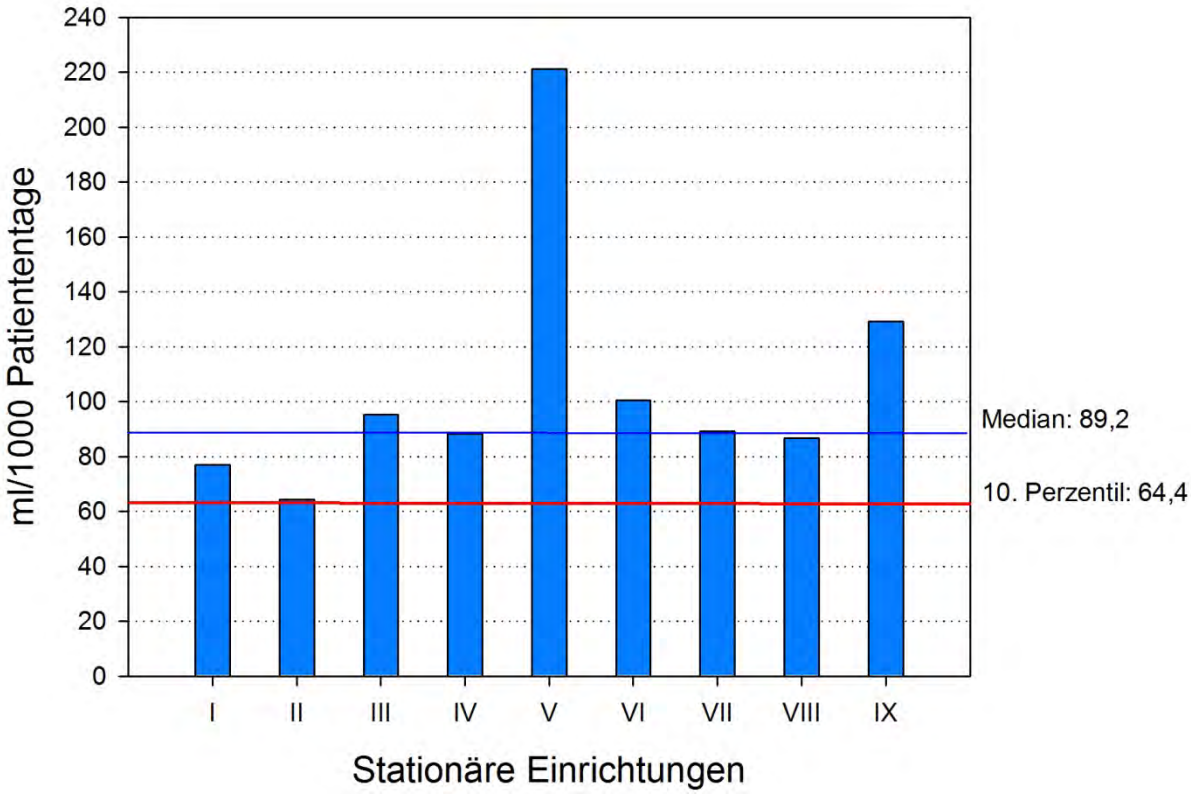


Abbildung 5: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit

Insgesamt zeigen die Auswertungen der Machbarkeitsprüfung, dass sich ein Einzelindikator gut für die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs sowohl auf Stationen ohne als auch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit eignet.

9.3.3 Indikator-ID 21 – Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung

Tabelle 112: Berechnung des Indikators zur Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik

ID	Indikatorbezeichnung	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung (Blutkultursets/1000 Patiententage)				
		n	Mittelwert	Median	Min	Max
47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung	9	20,1	17,4	2,72	48,94

Die Daten zur Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in den beteiligten stationären Einrichtungen ergeben ein sehr heterogenes Bild. Die Spannweite der Ergebnisse reicht von ca. 3 bis 48 Blutkultursets pro 1000 Patiententage. Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit den Studien von Gastmeier et al. (2011) und Niedner 2010[43], die gezeigt haben, dass die Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in Deutschland stark variiert.

[43] Gastmeier, P; Schwab, F; Behnke, M; Geffers, C (2011). Wenige Blutkulturproben – wenige Infektionen? Anaesthesist 60(10): 902-907; Niedner, MF (2010). The harder you look, the more you find: Catheter-associated bloodstream infection surveillance variability. American Journal of Infection Control 38(8): 585-595.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

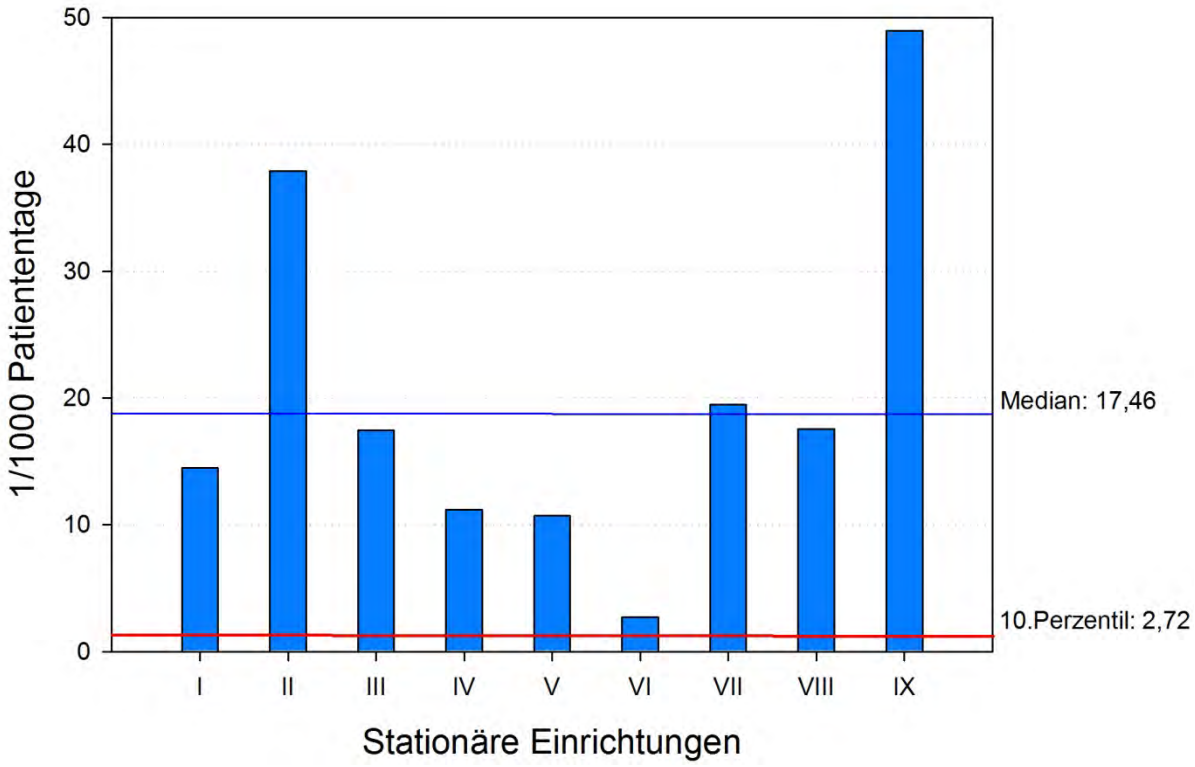


Abbildung 6: Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik

Im Bereich der Blutkulturdiagnostik besteht ein erhebliches Verbesserungspotenzial. Die dargestellten Werte sind allerdings noch nicht risikoadjustiert und auch ein Referenzwert kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden, da vorab eine empirische Prüfung einer Risikoadjustierung mithilfe des durchschnittlichen Relativgewichts der Patienten oder des durchschnittlichen PCCL-Wertes durchgeführt werden sollte (Empfehlung des Expertenpanels und des AQUA-Instituts, siehe Abschlussbericht).

Dabei sollten auch die Ergebnisse einer aktuell veröffentlichten Studie von Karch et.al.[44] berücksichtigt werden. Die Autoren empfehlen einen empirisch ermittelten Referenzwert von 87 (95 % Konfidenzintervall 54–120) Blutkultursets pro 1000 Patiententage. Bemerkenswert ist, dass keine der an der Machbarkeitsprüfung beteiligten Einrichtungen den unteren Wert des angegebenen Konfidenzintervalls erreicht.

[44] Karch, A; Castell, S; Schwab, F; Geffers, C; Bongartz, H; Brunkhorst, FM; Gastmeier, P; Mikolajczyk, RT (2015). Proposing an empirically justified reference threshold for blood culture sampling rates in intensive care units. J Clin Microbiol 53(2): 648-52.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10 Zielgruppenspezifisches Auswertungskonzept

Dieses Kapitel beschreibt das Auswertungskonzept und seine geplante Umsetzung im Regelbetrieb. Dabei ist insbesondere der Zeitpunkt der Verfügbarkeit der Daten aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten (Einrichtungsbefragung, fallbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) von Bedeutung. Weiterhin sollen im ambulanten und im stationären Bereich sowohl aus Qualitätsindikatoren gebildete Indizes als auch einzelne Qualitätsindikatoren (QI) berechnet und dargestellt werden. Insgesamt umfasst die Auswertung nach den Erkenntnissen und daraus resultierenden Empfehlungen aus der Machbarkeitsprüfung noch 2 Indizes, gebildet aus 6 (ambulant) bzw. 8 (stationär) Indikatoren, sowie 7 weiteren Indikatoren für den stationären Bereich. Durch die Streichung der Indexleistungen „Prozess“ und „Neonatologie“ fallen 5 bzw. 2 Indikatoren künftig weg.

Die folgenden Abschnitte zeigen die Zusammensetzung und Auswertung der Indizes und der QIs in der aktualisierten Form nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung und beschreiben, welche Ergebnisse zu welchem Zeitpunkt in welcher Form an welche Leistungserbringer zurückgespiegelt werden sollen. Im Einzelnen geht es um folgende Fragen:

- Welche Berichte sind zu erstellen?
- Welche Indizes und QIs werden für die Leistungserbringer ausgewertet?
- Zu welchem Zeitpunkt liegen die dafür benötigten Daten vor?
- Wie sollen die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer aufgebaut sein?

Als zusammenfassende Übersicht werden die relevanten Fristen und Termine in Abschnitt 10.9 in Abbildung 7 dargestellt.

10.1 Berichtsarten

Für die Berichte, die die Bundesauswertungsstelle zu erstellen hat, gelten zwei grundsätzliche Empfehlungen:

- Die Fristen sollen für die Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren und für die unterschiedlichen sektorenübergreifenden Verfahren so weit wie möglich einheitlich sein, um Aufwand und Unsicherheiten bei den Leistungserbringern zu vermeiden und den Krankenhäusern ggf. die öffentliche Berichterstattung zu ermöglichen. Dabei ist gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass in den Rückmeldeberichten nur die Informationen zurückgespiegelt werden, die für die einzelnen LE relevant sind.
- Um eine möglichst zeitnahe Berichterstellung zu erreichen, gilt die Empfehlung zur Einheitlichkeit der Fristen auch für die Qualitätssicherungsergebnisberichte der Landesebene an die Bundesauswertungsstelle und den Bundesqualitätsbericht der Bundesauswertungsstelle.

10.1.1 Rückmeldebericht für die Leistungserbringer (§18 Qesü-RL)

Die Leistungserbringer erhalten von der Bundesauswertungsstelle Rückmeldeberichte, die die Leistungserbringer über ihre Ergebnisse informieren und die gleichzeitig als Grundlage für die von der Landesebene durchzuführenden qualitätssichernden Maßnahmen dienen.

Der Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten enthalten und soll dem LE einen Vergleich seiner Ergebnisse mit denen seiner Vergleichsgruppe ermöglichen. Als Vergleichsgruppe dient dabei die Bundesebene. Der Bericht soll verständlich aufbereitet sein und den Vergleich über mehrere Jahre hinweg ermöglichen.

Im Sinne des o.g. Ziels der zeitlichen Einheitlichkeit schlägt das AQUA-Institut vor, die Rückmeldeberichte einmal jährlich zum 15. Juni bereitzustellen. Angesichts der sehr unterschiedlichen Verfügbarkeitszeitpunkte von Daten der QS-Dokumentation aus den Krankenhäusern (Lieferung soll vierteljährlich möglich, aber nicht verbindlich sein) scheint die Aussagekraft unterjähriger Auswertungen, auch angesichts der nach jetzigem Stand unterjährig nicht zur Verfügung stehenden Vollzähligkeitsprüfungen, derzeit allerdings zweifelhaft.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Hinzu kommt, dass die Daten für die Einrichtungsbefragungen ohnehin pro komplettem Erfassungsjahr erhoben und übermittelt werden, sodass hier nur eine jährliche Auswertung jeweils zum 15. Juni des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich ist.

10.1.2 Qualitätssicherungsergebnisbericht (§19 Qesü-RL)

Die Landesarbeitsgemeinschaften übermitteln der Bundesauswertungsstelle jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -auswertbarer Form in einem themenspezifisch festzulegenden einheitlichen Berichtsformat. Der Bericht soll verschiedene Aspekte berücksichtigen, wie z.B. die qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse, die Art, die Häufigkeit und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die längsschnittlich verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs der Qualitätssicherungsmaßnahmen, Erfahrungsberichte der Fachkommissionen und Angaben zur Dokumentationsqualität. Der Zeitpunkt für die Abgabe dieses Berichts ist in der Qesü-RL nicht festgelegt. Analog zur derzeit im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen des Qesü-Verfahrens „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ vorgesehenen Regelung schlägt das AQUA-Institut auch für das vorliegende Verfahren die Übermittlung bis zum 15. März vor.

10.1.3 Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der bundesweit aggregierten Ergebnisse in Bezug auf das jeweilige Qualitätssicherungsverfahren. Neben den Auswertungen enthält sie in der sog. Basisauswertung grundlegende Angaben zum betreffenden Verfahren (z.B. Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnosen, Therapien usw.). Die Bundesauswertung soll analog zur Regelung der esQS und des Qesü-Verfahrens PCI einmal jährlich zum 15. Juni erstellt werden.

10.1.4 Bundesqualitätsbericht (§20 Qesü-RL)

Die Bundesauswertungsstelle hat für den G-BA jährlich einen zusammenfassenden Bericht über die Qualität der Versorgung in maschinenlesbarer und -auswertbarer Form zu erstellen. Dieser basiert auf der Bundesauswertung und allen erstellten Qualitätssicherungsergebnisberichten. Er umfasst Angaben zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Datenvalidität und zur Wirksamkeit des Verfahrens. Für die Abgabe dieses Berichts schlägt das AQUA-Institut jeweils den 15. August vor.

10.2 Bundeseinheitliche Rechenregeln

Rechenregeln sind im Kontext der sektorenübergreifenden QS die von der BAS zu erstellenden bundeseinheitlichen Vorschriften zur Berechnung der entwickelten QI. Sie definieren Zähler und Nenner sowie Referenzbereiche.

Relevant sind die Rechenregeln für Institutionen, die Auswertungen der QS-Daten nach den bundeseinheitlichen Kriterien vornehmen. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung der Rechenregeln ist durch den G-BA in den themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren festzulegen.

10.3 Risikoadjustierung

Für die Hygieneindizes und die Indikatoren zur Händedesinfektion ist eine Risikoadjustierung nicht angezeigt. Die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle für die Sepsisraten soll auf Basis der Daten des ersten Erfassungsjahres erfolgen. Wie im Bericht zur empirischen Überprüfung der Sozialdaten zum Verfahren „Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ dargestellt, wird dringend empfohlen, die Sozialdaten bei den Krankenkassen aus den beiden dem ersten Erfassungsjahr der fallbezogenen QS-Dokumentation vorangehenden Jahren einbeziehen zu können, auch um Verzögerungen bei der Entwicklung der Risikoadjustierung zu vermeiden.

10.4 Sollstatistik und Konformitätserklärung

Mittels der Sollstatistik und der Konformitätserklärung wird die Vollzähligkeit der von den LE übermittelten QS-Datensätze überprüft. Da ambulante Leistungserbringer im vorliegenden Verfahren nur in der einrichtungsbezogenen Befragung dokumentationspflichtig sind (sofern sie entsprechende Leistungen erbringen), müssen nur stationäre Leistungserbringer die Sollstatistik der aufgetretenen Sepsisfälle sowie die dazugehörige Konformi-

© 2015 AQUA-Institut GmbH

tätserklärung übermitteln. Die Sollstatistik ist bis zum 15. März des auf die Erfassung folgenden Jahres an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln.

Darüber hinaus ist von den Krankenkassen die Anzahl der übermittelten Datensätze zu nennen und zu bestätigen. Auch hier ist zusätzlich eine Konformitätserklärung abzugeben. Beide Angaben sind bis zum 15. März des auf die Erfassung folgenden Jahres an die Datenannahmestelle der Krankenkassen zu übermitteln. Die Entwicklung eines Validierungskonzepts zu den Sollstatistiken der Krankenkassen muss noch erfolgen und hat zwei Fragen zu berücksichtigen:

- Haben alle Krankenkassen Daten geliefert?
- Wurden alle zu liefernden Daten geliefert?

Insbesondere die zweite Frage wird mangels eines geeigneten Referenzdatenpools, also der „Soll-Zahl“, schwierig zu beantworten sein, sodass sich die Überprüfung hier ggf. auf die Erklärung seitens der Krankenkassen und die grundsätzliche Analyse der Datenlieferungen auf eventuell vorhandene technische Umsetzungsfehler beschränken muss.

10.5 Aufbau der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer[45]

Grundsätzlich sollen Rückmeldeberichte die Ergebnisse in Umfang und Aussagekraft einheitlich, d.h. unabhängig von der Sektorzugehörigkeit des einzelnen Leistungserbringers und somit vergleichbar darstellen.

Im vorliegenden Verfahren werden sowohl den stationären als auch den ambulanten Leistungserbringern die Ergebnisse ihrer Einrichtungsbefragung zurückgespiegelt. Zudem erhalten die Krankenhäuser die Darstellung der von ihnen dokumentierten Sepsisraten. Sowohl ambulante als auch stationäre LE erhalten zudem die über die Sozialdaten erhobenen Ergebnisse zur Explantation/Revision des Port-/ZVK-Systems als Folge ZVK-/Port-assoziierter Sepsisfälle.

Da die Krankenhäuser mehr Informationen erhalten werden und ihre Vergleichsgruppe andere Krankenhäuser sind, scheint es angezeigt, separate Berichte für Krankenhäuser einerseits und für hämato-onkologische Ambulanzen/Praxen/MVZ andererseits vorzusehen. Nach Auffassung des AQUA-Instituts sind zielgruppenspezifisch erstellte Berichte übersichtlicher und somit besser verständlich.

Die Rückmeldeberichte werden, unabhängig von diesen Überlegungen nach einheitlichen Vorgaben von der Bundesauswertungsstelle erstellt. Zunächst ist eine Entscheidung über die Reihenfolge der verschiedenen Bestandteile des Verfahrens zu treffen. Die einzelnen Bestandteile sollen dann der Struktur der Tabelle 113 folgen und werden in folgender Reihenfolge aufbereitet:

- Ergebnisse zur Einrichtungsbefragung (s. Kapitel 9)
- Ergebnisse zur Händedesinfektion und zur Blutkulturdiagnostik (s. Abschnitt 9.3)
- Sepsisraten (s. Abschnitt 5.3)

Die drei einzelnen Bestandteile des Berichts enthalten die Darstellung der eigenen Ergebnisse im Vergleich mit denen der Vergleichsgruppe. Zudem sollen zeitliche Verläufe erkennbar sein, sodass jeweils die aktuellsten Ergebnisse und die Ergebnisse der beiden vorhergehenden Jahre dargestellt werden. Vergleichsgruppe ist jeweils der Bund. Die folgende Tabelle 113 gibt die Struktur wieder, der die einzelnen Teile des Berichts folgen sollen:

[45] Alle Darstellungen erfolgen vorbehaltlich weiterer detaillierter Ausarbeitungen etwa im Rahmen eines Auftrags des G-BA zur Optimierung der konkreten Darstellungsweise, Lesbarkeit und Verständlichkeit der Rückmeldeberichte.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 113: Struktur des Rückmeldeberichts

Kapitelbezeichnung	Inhalt
Inhaltsverzeichnis	Angabe der entsprechenden Kapitel mit Seitenzahlen
Einleitung	Rechtsgrundlagen, Erläuterungen zum Bericht, Ansprechpartner
Übersichtsdarstellung der Indizes und Qualitätsindikatoren	Tabellarische Übersicht aller für den LE relevanten Indizes bzw. QIs, Beschreibung, Referenzbereich, Ergebnis des LE und Ergebnis auf Bundesebene
Indizes und Qualitätsindikatoren im Einzelnen	Für jeden Index und QI erfolgen: ▪ Erklärungen zu Namen, Identifikationsnummer, Grundgesamtheit und Referenzbereich ▪ Tabellarische Angaben zum Ergebnis des Index/QI, der Grundgesamtheit und des Zählers jeweils für LE und Bund inkl. Angabe des Vertrauensbereichs ▪ Die Darstellung erfolgt jeweils für das aktuelle Jahr und die beiden vorangegangenen Jahre ▪ Grafische Darstellung des Ergebnisses des Index/QI für den LE und den Bund inkl. Angabe des Vertrauensbereichs ▪ Ggf. Stratifizierungen und ergänzende Kennzahlen zum Index/QI
Erläuterungen	Bspw. Ausführung zur Risikoadjustierung
Basisauswertung bei Wundinfektionsraten und für die fallbezogenen QS-Dokumentationen	Die Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und Prozentwerten jeweils für den betreffenden LE und den Bund

10.6 Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement

Die Auswertung der Einrichtungsbefragungen und die Darstellung ihrer Ergebnisse können unabhängig von Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation und den Sozialdaten erfolgen. Dabei sollen 2 Indizes, bestehend aus 8 (stationär) bzw. 6 (ambulant) Indikatoren, berechnet werden. Die aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung vorgenommenen inhaltlichen Änderungen sind in den Kapiteln 7 und 8beschrieben. Die dementsprechend geänderten Fragebögen finden sich in den Anhängen C.1 und D.1, die an die Änderungen angepassten Berechnungen in den Anhängen C.4 und D.4. Folgende QIs bilden die beiden Indizes:

Tabelle 114: QIs des Index 01: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“	
ID	**Indikatorbezeichnung**
12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage
17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen
21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen
89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen
91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen
49_A	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie
71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen
72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 115: QIs des Index 02: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“	
ID	**Indikatorbezeichnung**
17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen
21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen
89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen
91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen
71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen
72_A_b	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen

10.6.1 Standortbezogene Auswertung der Einrichtungsbefragungen

Ab dem Erfassungsjahr 2014 sollen die Auswertungen im Rahmen der esQS im Rahmen der QSKH-RL standortbezogen ausgewertet werden. Diesem Muster sollen auch die Qesü-Verfahren folgen, wenn und soweit die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Hier sind insbesondere das Vorhandensein der Standortnummer in den Sozialdaten bei den Krankenkassen und ein geeignetes DAS-übergreifendes Pseudonymisierungsverfahren zu nennen.

Im vorliegenden Verfahren soll es aus Sicht des AQUA-Instituts jedoch keine standortbezogene Auswertung der Einrichtungsbefragungen geben. Zwar wurden während der Machbarkeitsprüfung keine Krankenhäuser mit mehr als einem Standort berücksichtigt und dementsprechend diese Frage auch nicht ausgewertet. Im Verlauf der Machbarkeitsprüfung „Postoperative Wundinfektionen“ stellte sich jedoch dieselbe Frage und wurde in ihrem Rahmen vom AQUA-Institut untersucht und ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass trotz der Aufteilung in verschiedene Standorte die für den Bereich Krankenhaushygiene zuständigen Stellen zentral organisiert waren. Das hatte zum einen die Folge, dass sich die Antworten z.B. hinsichtlich des Vorliegens von Leitlinien und Arbeitsanweisungen ebenso wenig unterschieden wie die Antworten zur Sterilgutaufbereitung. Zum anderen war es nicht möglich, bestimmte Angaben (beispielsweise zum Verbrauch von Händedesinfektionsmittel oder zur Weiterbildung) auf Standorte herunterzubrechen. Vor diesem Hintergrund und in der grundsätzlichen Annahme, dass Hygiene ein zentraler Verantwortungsbereich der den Standorten übergeordneten zentralen Einheit ist, empfiehlt das AQUA-Institut, die Einrichtungsbefragungen für beide Verfahren – „Postoperative Wundinfektionen“ und „Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ – nicht standortbezogen auszuwerten.

10.6.2 Verfügbarkeit der Daten für die Indizes

Die Einrichtungsbefragung soll jährlich erfolgen. Unabhängig davon, ob die Auslösung des Dokumentationsbogens schon während oder erst nach Abschluss des Erfassungsjahres erfolgt, kann die Dokumentation auf jeden Fall zu Beginn des Folgejahres angefertigt werden, da die erforderlichen Angaben den Leistungserbringern spätestens zu diesem Zeitpunkt vollständig zur Verfügung stehen.

10.6.3 Datenlieferfrist

Die Daten für die jährliche Einrichtungsbefragung sollen bis spätestens 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres von den Leistungserbringern an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden.

10.6.4 Auswertung und Berichterstellung

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragungen des vorhergehenden Erfassungsjahres sollen bis zum 15. Juni des Folgejahres ausgewertet und die Ergebnisse im Rahmen des Rückmeldeberichts an die LE übermittelt werden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.6.5 Darstellung in den Rückmeldeberichten

Für Krankenhäuser soll in jedem Fall der stationäre, ggf. – sofern das Haus eine hämato-onkologische Ambulanz betreibt – auch der ambulante Index dargestellt werden, für Praxen und MVZ dagegen nur der ambulante. Dabei werden jeweils sowohl der Index als auch die den Index bildenden QIs zunächst tabellarisch und anschließend im Detail aufgeführt (s. Tabelle 113). Das Ergebnis des einzelnen LE wird dabei dem des Bundes gegenübergestellt. Daran schließt sich eine Darstellung der einzelnen Fragen, der dort gegebenen Antworten und der jeweils durch die Antworten erreichten Punktwerte des LE an, die dem Durchschnitt der erreichten Punktwerte aller LE gegenübergestellt werden. Die Berichte sollen zudem sowohl die Ergebnisse des aktuellen als auch der beiden vorangegangenen Jahre abbilden.

10.7 Indikatoren zur Händedesinfektion und Blutkulturdiagnostik

Die Daten zur Auswertung der Indikatoren zur Händedesinfektion und zur Blutkulturdiagnostik werden im Rahmen der Einrichtungsbefragungen erhoben. Somit kann auch ihre Auswertung unabhängig von der fallbezogenen QS-Dokumentation und den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen. Die folgenden 3, ausschließlich den stationären Bereich betreffenden Indikatoren werden dargestellt:

Tabelle 116: Indikatoren zur Händedesinfektion

ID	Indikatorbezeichnung
25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen
47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung

10.7.1 Verfügbarkeit der Daten für die Indikatoren zur Händedesinfektion und Blutkulturdiagnostik

Die Daten werden im Rahmen der Einrichtungsbefragung erhoben. Sie stehen den LE ebenfalls zum Beginn des Folgejahres zur Verfügung, sodass sie spätestens zu diesem Zeitpunkt durch die LE dokumentiert werden können.

10.7.2 Datenlieferfrist

Die Daten für die Indikatoren sollen bis spätestens 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres von den Leistungserbringern an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden.

10.7.3 Auswertung und Berichterstellung

Die Ergebnisse der Indikatoren sollen bis zum 15. Juni des Folgejahres ausgewertet und im Rahmen der Rückmeldeberichte an die LE übermittelt werden.

10.7.4 Darstellung in den Rückmeldeberichten

Die relevanten QIs werden zunächst tabellarisch und anschließend im Detail aufgeführt (s. Tabelle 113). Das Ergebnis des einzelnen LE wird dabei dem des Bundes gegenübergestellt. Daran schließt sich eine Darstellung der angegebenen Werte in Form einer Basisauswertung an. Die Berichte sollen zudem die Ergebnisse sowohl des aktuellen als auch der beiden vorangegangenen Jahre abbilden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.8 Auswertung der Infektionsindikatoren

Folgende Indikatoren zur Blutkulturdiagnostik und Sepsis werden im stationären Bereich berechnet und dargestellt:

Tabelle 117: Blutkulturdiagnostik- und Sepsisindikatoren für stationäre Einrichtungen

ID	Indikatorbezeichnung
44_AA	Erfüllte Kriterien bei Blutkulturdiagnostik
47a_A	Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK
62_A	ZVK-assoziierte Sepsis
63_AB	ZVK-assoziierte Sepsis – MRE

Grundsätzlich sollen die Ergebnisse der QS möglichst frühzeitig und dabei gleichzeitig so umfassend und aussagekräftig wie möglich berichtet werden. Der maßgebliche Zeitpunkt für den Ergebnisbericht ist der, zu dem ggf. vorhandene Follow-up-Zeiträume abgeschlossen sind bzw. die zur Auswertung benötigten Daten der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung stehen.

10.8.1 Verfügbarkeit der QS-Dokumentationen

Die fallbezogenen QS-Dokumentationen werden ausschließlich im stationären Bereich erhoben. Somit stehen diese Daten der Bundesauswertungsstelle spätestens zu Beginn des Folgejahres zur Verfügung.

10.8.2 Lieferfrist für die Daten zur QS-Dokumentation

Analog zum Qesü-Verfahren PCI sollen die Daten von den Krankenhäusern quartalsweise geliefert werden. Insofern keine Verbindlichkeit besteht, diese Lieferungen und die dazugehörige Sollzahl tatsächlich zuverlässig quartalsweise zu liefern, ist der späteste Lieferzeitpunkt für alle Daten der 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

10.9 Auswertung des Sozialdatenindikators 52_AA

Der Indikator wird vollständig aus Sozialdaten berechnet. Der Zeitpunkt seiner Berichterstattung richtet sich daher nach dem Lieferzeitpunkt dieser Daten.

10.9.1 Verfügbarkeit der Sozialdaten

Die zur Indikatorberechnung benötigten Sozialdaten liegen nach ca. 3 (stationär) bzw. 8 Monaten (ambulant) vollständig bei den Krankenkassen vor.

10.9.2 Lieferfristen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Analog zum Qesü-Verfahren PCI sollen die Daten von den Krankenkassen quartalsweise geliefert werden. Aufgrund der Verzögerungszeiten bis zum Vorliegen der Daten bei den Krankenkassen ergibt es sich, dass der Sozialdatenindikator erst im zweiten Jahr nach dem Indexjahr berichtet werden kann, da die letzten benötigten Sozialdaten erst Mitte Dezember des auf das Erfassungsjahr der QS-Dokumentation folgenden Jahres vollständig vorliegen (s. auch Abbildung 7).

10.9.3 Erstmalige Berichterstattung zum Indikator

Der Indikator 52_AA benötigt, wie im Bericht zur empirischen Überprüfung der Sozialdaten dargestellt, zu seiner Berechnung Sozialdaten aus dem Erfassungsjahr und den beiden vorausgehenden Jahren. Die erstmalige Berichterstattung zu diesem Indikator wäre somit frühestens im fünften Jahr nach Einführung des Verfahrens möglich.

Das AQUA-Institut empfiehlt daher dringend die Möglichkeit der retrospektiven Nutzung von Sozialdaten aus den beiden dem ersten Verfahrensjahr vorausgehenden Jahre zu ermöglichen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.9.4 Standortbezogene Auswertung

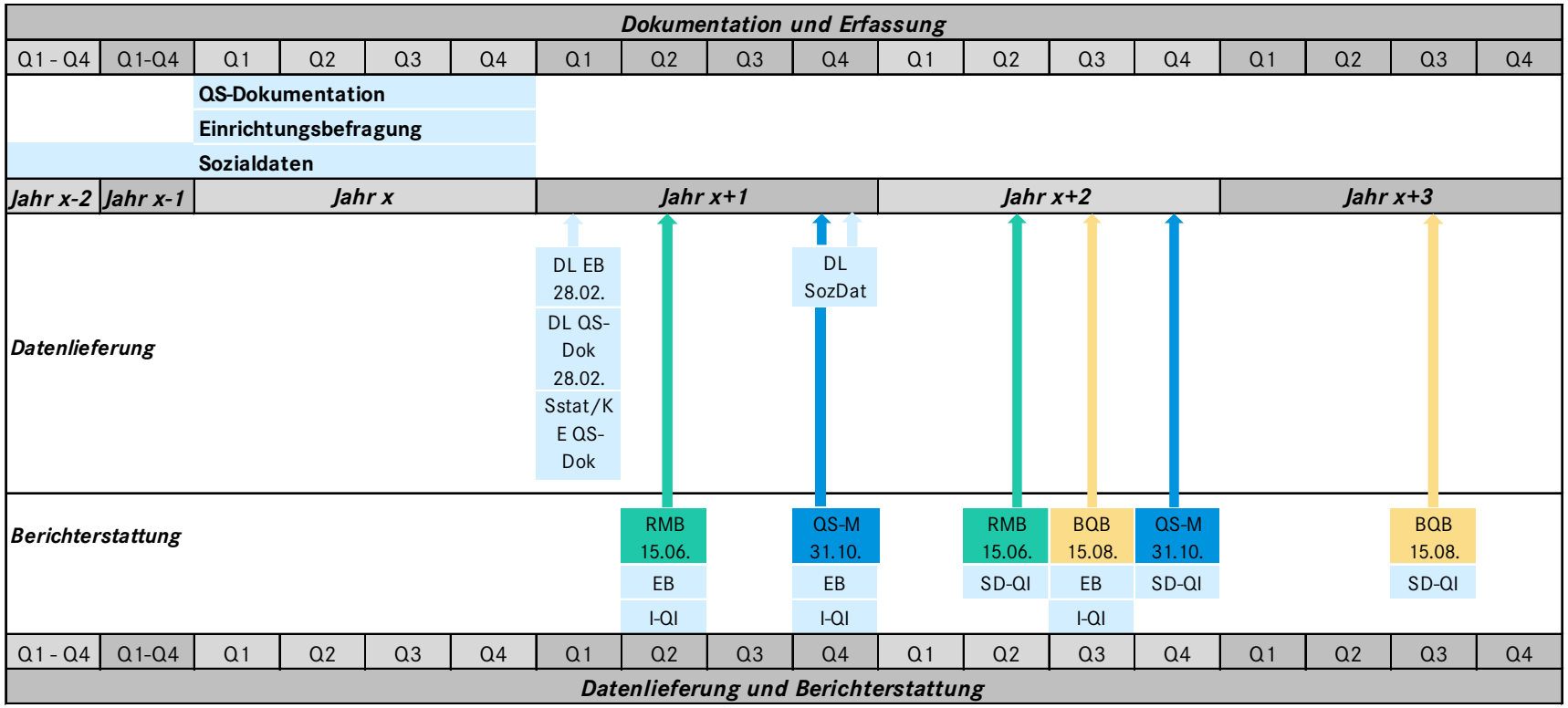
Die Auswertungen im Rahmen der Qesü-RL fordern in der Regel eine standortbezogene Auswertung der Daten. Im Fall des QI 52_AA ist dieser Standortbezug nicht herstellbar, weil er nicht in den Sozialdaten bei den Krankenkassen enthalten ist.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.10 Grafische Darstellung von Lieferfristen und Berichtszeiträumen

Im Folgenden sollen die textlich beschriebenen Ausführungen zu Datenlieferungen und Auswertungszeitpunkten grafisch veranschaulicht werden:

Zeitablauf *Vermeidung* nosokomialer *Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen*
Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte



Legende			
BQB	Bundesqualitätsbericht gemäß § 20 Qesü-RL	QS-M	abschließende QS-Maßnahmen gemäß §17 Qesü-RL
DL	Datenlieferung	QS-Dok	QS-Dokumentation
EB	Einrichtungsbefragung	RMB	Rückmeldebericht
I-QI	Infektions-Qualitätsindikatoren	SD-QI	Sozialdaten-Qualitätsindikator 52_AA
KE	Konformitätserklärung	Sstat	Sollstatistik

Abbildung 7: Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte

© 2015 AQUA-Institut GmbH

11 Auswertung der Zusatzfragen

Neben den zu den Dokumentationsfeldern gestellten Fragen nach Verständlichkeit und Verfügbarkeit stellte das AQUA-Institut noch Zusatzfragen (s. Anhänge A.3, A.5, A.7, A.9.1, A.9.2). Bei der Vorbereitung der Machbarkeitsprüfung wurde überlegt, welche Fragen sinnvoll gestellt werden sollten. Im Verlauf und nach Ende der Machbarkeitsprüfung hat sich herausgestellt, dass nicht alle Fragen, die gestellt wurden, für die Auswertung sinnbringend sind.

Als ein Beispiel sei hier die Frage nach den in den Praxen/MVZ vorhandenen Softwaresystemen genannt. Die Antworten auf diese Frage waren zu heterogen und zu unbestimmt, als dass sich daraus Erkenntnisse über noch zu leistende informationstechnische Vorkehrungen für den niedergelassenen Bereich ziehen ließen. Ein weiteres Beispiel ist die Frage nach den an der Erhebung der Informationen beteiligten Personen. Intention der Frage war, weitere Informationen zum Aufwand der Befragung im Regelbetrieb zu erhalten. Hier zeigten sich zwei Schwierigkeiten: Die Antworten waren auch hier sehr heterogen und zu unbestimmt, um daraus valide Schlussfolgerungen dazu ziehen zu können, welche Berufsgruppen zu welchem Anteil in die Informationserhebung involviert sind. Zudem führte der Kontext der Machbarkeitsprüfung dazu, dass sich zum Teil Mitarbeiter aus Berufsgruppen um die Beantwortung der Fragen kümmerten, die dafür nach eigener Aussage im Regelbetrieb nicht zuständig wären. Gleichzeitig entstand der Eindruck, dass die Teilnehmer teilweise noch keine Aussagen dazu treffen können, wer im Regelbetrieb für die jeweiligen Befragungen zuständig sein würde, weil es die für einen Regelbetrieb erforderlichen Prozesse noch nicht gibt.

Andere Fragen erwiesen sich hingegen als nützlich und ihre Ergebnisse werden, soweit sie nicht bereits in den spezifischen Kapiteln verwendet wurden, in den folgenden Abschnitten beschrieben. Insgesamt dient die Auswertung dieser Fragen der Klärung, ob Implementierungsbarrieren, die sich aus Aufwand, Akzeptanz und Datenverfügbarkeit ergeben, in der Machbarkeitsprüfung ersichtlich wurden.

11.1 Zusatzfragen zur fallbezogenen Dokumentation der Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“

11.1.1 Dokumentationsaufwand

Die Frage nach dem Dokumentationsaufwand ist, neben der nach der Akzeptanz eines Verfahrens, für die Etablierung eines neuen QS-Verfahrens besonders relevant. Aus diesem Grund hat das AQUA-Institut die Teilnehmer gebeten, den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation abzuschätzen und diesen in einem zweiten Schritt qualitativ zu bewerten.

Die Frage wurde zweiteilig gestellt: Zum einen wurde nach dem eventuell vorhandenen zusätzlichen Aufwand für die Primärdokumentation gefragt (hier ging es um Angaben, die aufgrund des Verfahrens zusätzlich z.B. in der Patientenakte dokumentiert werden müssen). Zum anderen wurde nach dem Aufwand für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens unter den Bedingungen eines Regelbetriebs gefragt.

Die folgende Tabelle 118 zeigt die vorkommenden Antwortkombinationen aus Primär- und QS-Dokumentation bzgl. des Dokumentationsbogens „Prozess“ und setzt sie ins Verhältnis zur Bewertung des Aufwands durch die Teilnehmer (n=10).

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 118: Fallbezogene Dokumentation „Prozess“ – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands

Primär-/QS-Dokumentation (Minuten)	Bewertung des Aufwands				Summe
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	
≤ 5/≤ 20		1			1
≤ 10/≤ 5				1	1
≤ 10/≤ 10		1			1
≤ 10/≤ 20	1		1		2
≤ 20/≤ 10	1				1
≤ 20/≤ 20	1		1		2
≤ 20/≤ 60		1			1
90/≤ 20	1				1
Summe	**4**	**3**	**2**	**1**	**10**

Die Angaben hinsichtlich des Zeitbedarfs sowohl für die zusätzlich erforderliche Primärdokumentation als auch für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens fielen in den befragten Krankenhäusern zum Teil stark unterschiedlich aus. Die Spanne hinsichtlich des Zeitbedarfs für die Primärdokumentation liegt zwischen weniger als 5 und bis zu 90 Minuten; für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens im Regelbetrieb würden die Krankenhäuser laut eigenen Angaben zwischen weniger als 5 bis hin zu etwa 60 Minuten benötigen. Der größere Teil der Angaben liegt im Bereich von etwa 10 bis 20 Minuten sowohl für die Primär- als auch für die QS-Dokumentation pro dokumentationspflichtigen Fall.

Von Interesse ist dabei auch die (subjektive) Bewertung des Aufwands. Es zeigt sich, dass 7 der 10 teilnehmenden Krankenhäuser den Aufwand als „sehr hoch“ oder „hoch“ bewerteten. Wenn auch zu berücksichtigen ist, dass die Teilnehmer – so die Rückmeldung in den Gesprächen – die ungewohnte Aufgabe im Rahmen der Machbarkeitsprüfung mit in ihre Bewertung einfließen ließen, so zeigen diese Ergebnisse dennoch, dass die Dokumentation des Bogens „Prozess“ mit erheblichem zeitlichen Aufwand für die Krankenhäuser verbunden ist. Der hohe Zeitaufwand ergibt sich laut Aussagen der Befragten durch die notwendigen, zum Teil aufwendigen Recherchen in den Patientenakten. Dabei könne der Dokumentationsaufwand von Fall zu Fall durchaus unterschiedlich sein und hänge davon ab, wie zeitnah zum Krankenhausaufenthalt des Patienten dokumentiert werden kann. Wenn der Patient dem Dokumentierenden (noch) bekannt ist, fiele das Ausfüllen der Bögen leichter. Besonders viel Zeit würde benötigt für die Dokumentation von Fällen mit langer ZVK-Liegedauer oder mehreren ZVKs. Des Weiteren sei der Aufwand hoch bei multimorbiden Patienten mit umfangreicher Akte oder bei Patienten, die auf verschiedenen Stationen behandelt wurden.

Der Zeitaufwand für die Dokumentation des Bogens „Infektion“ wurde gegenüber dem Bogen „Prozess“ insgesamt als geringer bewertet (Tabelle 119), wobei auch hier eine relativ große Spanne in den Zeitangaben der Krankenhäuser besteht. Die Spanne liegt für die Primärdokumentation und die QS-Dokumentation jeweils zwischen weniger als 5 bis hin zu 60 Minuten pro dokumentationspflichtigen Fall. 5 Teilnehmer bewerteten den Zeitaufwand in einem eventuellen Regelbetrieb als „sehr hoch“ oder „hoch“, für 4 Teilnehmer wäre der Aufwand „mittel“, für 1 Teilnehmer „gering“. Bei der Interpretation dieser Angaben ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Teilnehmer möglicherweise die ungewohnte Aufgabe im Rahmen der Machbarkeitsprüfung mit in ihre Bewertung einfließen ließen. Einige Teilnehmer gaben an, dass in einem Regelbetrieb davon auszugehen sei, dass Prozesse angepasst werden, Informationen leichter verfügbar sind und nicht zuletzt auch durch einen individuellen Lernprozess der Beteiligten die Dokumentation erleichtert würde. Nach Aussagen der Befragten ergab sich der Zeitbedarf für die Dokumentation des Bogens „Infektion“ durch die notwendigen Recherchen im KIS, in den Patientenakten und den Laborbefunden. Aufwendig war dies insbesondere deshalb, da für das Ausfüllen der Datenfelder zur Sepsis und zur Blutkulturdiagnostik verschiedene notwendige Informationen als Gesamtbild

© 2015 AQUA-Institut GmbH

zu betrachten sind. Insbesondere bei Fällen mit mehreren mikrobiologischen Befunden, längerem Verlauf der Sepsis und mehreren ZVKs war der Zeitbedarf hoch.

Tabelle 119: Fallbezogene Dokumentation „Infektion" – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands

Primär-/QS-Dokumentation (Minuten)	Bewertung des Aufwands				Summe
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	
≤ 5/≤ 5				1	1
≤ 5/≤ 10			1		1
≤ 5/≤ 20			1		1
≤ 10/≤ 20	1	1	1		3
≤ 20/≤ 10	1		1		2
≤ 30/≤ 60		1			1
≤ 60/≤ 20	1				1
Summe	**3**	**2**	**4**	**1**	**10**

11.1.2 Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen

5 der 10 befragten Krankenhäuser gaben an, eine Statistik zur ZVK-assoziierten Sepsis im Rahmen des KISS zu führen. Aus Sicht von 3 Krankenhäusern bestehen Überschneidungen mit weiteren Dokumentationsanforderungen. Genannt wurden Dokumentationsverpflichtungen in einigen bestehenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung sowie im Rahmen einer bundeslandspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahme.

11.2 Zusatzfragen zur Einrichtungsbefragung

11.2.1 Dokumentationsaufwand

Die Teilnehmer wurden danach gefragt, wie lange sie für das Zusammenstellen bzw. Ermitteln der notwendigen Informationen und Daten in einem möglichen Regelbetrieb benötigen würden und wie lange das eigentliche Ausfüllen des Fragebogens in Anspruch nehmen würde. Die Angaben zur stationären Einrichtungsbefragung stammen aus 10 Krankenhäusern, die Angaben zur ambulanten Einrichtungsbefragung aus 7 hämatologisch-onkologischen Praxen und 3 Ambulanzen. Die folgenden Tabellen zeigen die vorkommenden Antwortkombinationen und setzen sie ins Verhältnis zur Bewertung des Aufwands durch die Teilnehmer.

Tabelle 120: Stationäre Einrichtungsbefragung – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands

Informationsbeschaffung/Ausfüllen des Bogens	Bewertung des Aufwands				Summe
	sehr hoch	hoch	vertretbar	gering	
< 0,5 Tag/< 4 Stunden		1			1
< 1 Tag/< 2 Stunden		3		1	4
< 1 Tag/< 3 Stunden		1			1
< 2 Tage/< 2 Stunden		1			1
< 2 Tage/< 3 Stunden		1			1
< 2 Tage/8 Stunden		1			1
5 Tage/< 2 Stunden	1				1
Summe	**1**	**8**	**0**	**1**	**10**

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 121: Ambulante Einrichtungsbefragung – Matrix Dokumentationsaufwand/Bewertung des Dokumentationsaufwands

Informationsbeschaffung/Ausfüllen des Bogens	Bewertung des Aufwands				Summe
	sehr hoch	hoch	vertretbar	gering	
< 0,5 Tag/< 2 Stunden		3	3		6
< 0,5 Tag/< 4 Stunden		1			1
< 1 Tag/< 2 Stunden			1		1
< 2 Tage/< 2 Stunden		1			1
< 2 Tage/< 5 Stunden		1			1
Summe	**0**	**6**	**4**	**0**	**10**

Mit Ausnahme eines Krankenhauses gaben die Einrichtungen einen Zeitbedarf für die Informationsbeschaffung von weniger als einem halben bis zu maximal zwei Tage an. Ein Krankenhaus schätzte ein, hierfür etwa 5 Tage zu benötigen und bewertete den Dokumentationsaufwand als einzige Einrichtung als „sehr hoch". Für das Ausfüllen des Bogens veranschlagten 18 Einrichtungen nicht mehr als 4 Stunden. Trotz diesem auf ein gesamtes Jahr gerechneten vergleichsweise moderat erscheinenden Zeitbedarf bewerteten 14 der befragten Teilnehmer den Dokumentationsaufwand für die Einrichtungsbefragung als „hoch". Nur 4 Teilnehmer – alle aus dem ambulanten Bereich – bewerteten den Aufwand als vertretbar und ein Krankenhaus schätzte den Aufwand als gering ein.

Vermutlich spielt hier noch stärker die besondere Situation der Machbarkeitsprüfung eine Rolle: Den Teilnehmern fiel es zum Teil schwer, eine valide Einschätzung darüber abzugeben, wie sich der Zeitaufwand im Regelbetrieb darstellen würde. Insbesondere in den teilnehmenden Krankenhäusern musste zunächst einmal eruiert werden, wer die notwendigen Informationen liefern kann. Zudem standen die Informationen häufig nicht in der gewünschten Form zur Verfügung, sodass sie nicht unmittelbar verwendet werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist noch stärker als bei der fallbezogenen Dokumentation davon auszugehen, dass ein geringerer Zeitaufwand für einen eventuellen Regelbetrieb anzusetzen ist, sobald die erforderlichen Strukturen aufgebaut sind und die Informationen routinemäßig zur Verfügung gestellt werden können. Bei der Aufwandsbetrachtung sollte also bedacht werden, dass die prospektive Erhebung weniger Aufwand auslösen wird als die jetzige, retrospektive Erhebung. Damit aber die vorbereitenden Erhebungsprozesse in den Einrichtungen rechtzeitig angepasst werden können, müssen die Fragenkataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erhebungsjahres kommuniziert werden.

11.2.2 Bewertung der Praktikabilität des Verfahrens

Die folgende Tabelle 122 gibt die Einschätzung der an der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Beteiligten zur Praktikabilität des Verfahrens wieder. Dabei werden die Bewertungen der stationären und der ambulanten Einrichtungsbefragung zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 122: Einrichtungsbefragung – Praktikabilität

Das Verfahren ist praktikabel	Anzahl		Summe
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	
Ja	8	10	18
Nein	2	0	2
Summe	**10**	**10**	**20**

Überwiegend wird das Verfahren bereits in der vorgestellten Form als praktikabel bezeichnet. Die Anregungen und Kritik der Teilnehmer sind in die Modifizierungen der Befragung eingeflossen, sodass davon auszugehen ist, dass die Praktikabilität weiter erhöht wird.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

11.2.3 Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen

Tabelle 123 sind die Ergebnisse hinsichtlich der Frage nach Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen im Rahmen der Einrichtungsbefragung zu entnehmen. Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen bestanden in den meisten Fällen hinsichtlich der Dokumentation des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im Rahmen des „HAND-KISS“.

Tabelle 123: Einrichtungsbefragung – Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen

Es gibt Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen	Anzahl		Summe
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	
Ja	6	3	9
Nein	4	7	11
Summe	**10**	**10**	**20**

11.2.4 Nutzen für das interne Qualitätsmanagement

16 befragte Einrichtungen gaben an, die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte teilweise, größtenteils oder voll und ganz für das interne Qualitätsmanagement nutzen zu können.

Tabelle 124: Einrichtungsbefragung – Nutzen für das interne Qualitätsmanagement

Die erhobenen Aspekte können für das interne QM genutzt werden	Anzahl		Summe
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	
voll und ganz	2	2	4
größtenteils	5	1	6
teilweise	1	5	6
kaum	2	0	2
nein	0	2	2
Summe	**10**	**10**	**20**

Ein Nutzen für das interne Qualitätsmanagement ergibt sich aus Sicht der Teilnehmer dahingehend, dass die Befragung auf relevante Lücken innerhalb des eigenen Hygiene- und Infektionsmanagements aufmerksam mache. Indem man verpflichtet werde, sich mit der Thematik „Hygiene und Infektionen“ auseinanderzusetzen, würde die Aufmerksamkeit hierauf geschärft und die einrichtungsinterne Kommunikation angeregt. Es wurde außerdem als positiv bewertet, durch die Rückmeldeberichte ein Feedback zu erhalten, anhand dessen die eigene Einrichtung mit anderen Leistungserbringern verglichen werden kann.

11.2.5 Indexbildung

Die Indexbildung wurde von der überwiegenden Zahl der Teilnehmer als sinnvoll erachtet (s. Tabelle 125), da auf diese Weise ein übergeordneter Wert für den Vergleich mit anderen Einrichtungen vorliege. Es wurde jedoch der Wunsch geäußert, zusätzlich zum jeweiligen Index auch die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren in den Rückmeldeberichten lesen zu können, um mögliche Schwachstellen zu erkennen. Die Mehrzahl der Befragten hielt eine Gewichtung im Index grundsätzlich für angemessen (siehe Tabelle 126), allerdings schlugen einige Teilnehmer vor, bestimmte Indikatoren bzw. Aspekte mit anderer Gewichtung in den Index einfließen zu lassen, wobei dies zwischen den Teilnehmern jeweils unterschiedliche Indikatoren/Aspekte betraf. Es ist fraglich, inwieweit eine faire Gewichtung tatsächlich erreicht werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 125: Einrichtungsbefragung – Beurteilung der Indexbildung

Die Indexbildung wird für sinnvoll gehalten	Anzahl		Summe
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	
Ja	9	7	16
Nein	1	2	3
Keine Angabe	0	1	1
Summe	**10**	**10**	**20**

Tabelle 126: Einrichtungsbefragung – Beurteilung der Gewichtung im Index

Eine Gewichtung im Index wird für angemessen gehalten	Anzahl		Summe
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	
Ja	7	7	14
Nein	3	3	6
Summe	**10**	**10**	**20**

11.3 Zusammenfassung: Erkennen von Implementierungsbarrieren

Die Frage nach Implementierungsbarrieren stellt sich vor allem hinsichtlich der Akzeptanz eines Verfahrens, die wiederum unmittelbar mit dem zu erbringenden (Zeit-)Aufwand verknüpft ist. Zudem stellt sich im Zusammenhang mit der fallbezogenen QS-Dokumentation die Frage, inwieweit die benötigten Informationen überhaupt (automatisiert) zur Verfügung stehen.

Hinsichtlich des nicht vertretbaren Aufwands für den Indexbogen „Prozess“ (s. Kapitel 4) wurden die Schlussfolgerungen des AQUA-Instituts bereits dargelegt. Hinsichtlich des Indexbogens „Infektion“ und der beiden Einrichtungsbefragungen lässt sich zusammenfassend sagen, dass das AQUA-Institut aus der Aufwandseinschätzung (s. Abschnitte 11.1.1 und 11.2.1) durch die Teilnehmer keine Hinweise darauf erkennt, dass den Leistungserbringern ein Aufwand auferlegt würde, der unverhältnismäßig zur Bedeutung des Verfahrens ist. Dazu kommt, dass die Teilnehmer bereits den ihnen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung vorgelegten Entwicklungsstand der Einrichtungsbefragung überwiegend für praktikabel hielten. Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Modifizierungen sind geeignet, die Praktikabilität (und damit die Akzeptanz) des Verfahrens auf Grundlage der von den Teilnehmern gemachten Vorschläge noch einmal wesentlich zu erhöhen.

Hinsichtlich der Daten für den Indexbogen „Infektion“ und die beiden Einrichtungsbefragungen gab es keine Hinweise, dass diese im Regelbetrieb und nach den entsprechenden Anpassungen nicht verfügbar wären, wenn auch die Angaben für die einrichtungsbezogene Befragung zweifellos die Anpassung einiger Strukturen bei vielen Leistungserbringern erfordern. Schlussendlich aber – und das ist an den Antworten auf die Frage nach der Erhebbarkeit im Regelbetrieb deutlich zu erkennen – ist das Fazit der Machbarkeitsprüfung, dass auch diese Informationen mit vertretbarem Aufwand erhebbar sind.

Aus Sicht des AQUA-Instituts sind somit – die vorgeschlagenen Änderungen berücksichtigend – keine Implementierungsbarrieren erkennbar.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

12 Zusammenfassung der Empfehlungen

Im Folgenden sollen die im Bericht ausgesprochenen Empfehlungen zum Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ kurz zusammengefasst werden.

12.1 Teilnehmerrekrutierung

Insgesamt hat eine ausreichende Anzahl von Leistungserbringern sowohl aus dem niedergelassenen als auch aus dem stationären Bereich teilgenommen. Es hat sich bei der Rekrutierung der Teilnehmer gezeigt, dass grundsätzlich ein hohes Interesse an der Teilnahme bestand, was nicht zuletzt auf das sensible Thema der nosokomialen Infektionen zurückzuführen ist. Aus Sicht des AQUA-Instituts ist es zur Unterstützung der Rekrutierungsbemühungen bei zukünftigen Machbarkeitsprüfungen überlegenswert, zumindest eine (ggf. nicht vollständig kostendeckende) Aufwandspauschale für die Teilnehmer vorzusehen. Auf diese Weise könnte in zukünftigen Verfahren die Basis für die Auswahlentscheidung verbreitert werden.

12.2 Fallbezogene QS-Dokumentation

Die im Entwicklungsbericht vorgestellte fallbezogene QS-Dokumentation bestand aus drei Teilen, den Indexleistungen „Prozess“, „Infektion“ und „Neonatologie“. Die drei Teile bzw. ihre Umsetzbarkeit wurden im Verlauf der Machbarkeitsprüfung separat untersucht und bewertet.

12.2.1 Indexleistung „Prozess“

Im Verlauf der Machbarkeitsprüfung zeigte sich anhand der Rückmeldungen der Teilnehmer und der tatsächlich erhebbaren Daten, dass die für die Umsetzung notwendigen Daten und Informationen nicht zur Verfügung stehen und auch im Regelbetrieb nicht oder nur mit sehr hohem Aufwand erhoben werden könnten. Dies betrifft insbesondere die Angaben zur Indikationsstellung und die Ermittlung der ZVK-Liegetage. Weiterhin wurde festgestellt, dass die zur Auslösung notwendige Kodierung der ZVK-Anlagen nicht bzw. nicht zuverlässig erfolgt.

Aus Sicht des AQUA-Instituts sind die Voraussetzungen für eine sinnvolle Umsetzung der Indexleistung „Prozess“ somit nicht gegeben. Folgende Indikatoren werden somit nicht zur Umsetzung empfohlen:

Tabelle 127: Zur Streichung empfohlene QIs der Indexleistung „Prozess“

ID	Indikatorbezeichnung
01_AA	Indikation zur Anlage eines konventionellen ZVK
04_AA	Indikation für den Verbleib eines konventionellen ZVK
05_AA	Indikation nach Verlegung auf eine Station ohne intensivmedizinische Überwachungseinheit
11_A	Vena femoralis als Insertionsstelle
13_A	Asepsis bei ZVK-Anlage

12.2.2 Indexleistung „Neonatologie“

Wie bereits im Entwicklungsbericht dargestellt, wird vorgeschlagen, die Indexleistung „Neonatologie“ nicht im Qesü-Verfahren „Gefäßkatheter-assoziierte“ zu belassen. Stattdessen sollte mit Zustimmung des G-BA der Ansatz weiterverfolgt werden, diese Aspekte in den QS-Leistungsbereich *Neonatologie* zu integrieren und die beiden Indikatoren ggf. im Rahmen dieses Verfahrens lediglich als Kennzahlen in der Berichterstattung an die Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Folgende Indikatoren werden somit nicht zur Umsetzung im vorliegenden Verfahren, sondern ggf. zur Weiterentwicklung des QS-Leistungsbereichs *Neonatologie* empfohlen:

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 128: Zur Weiterentwicklung des QS-Leistungsbereichs Neonatologie empfohlene QIs

ID	Indikatorbezeichnung
60_A	ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Neugeborenen
61_A	ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Frühgeborenen

12.2.3 Indexleistung „Infektion“

Für die Indexleistung „Infektion“ wird vorgeschlagen, die Auslösung nicht mehr an die OPS-Kodes für „Legen und Wechsel eines ZVK“ bzw. die intensivmedizinische Komplexpauschale in Kombination mit den Sepsiskodes zu knüpfen, sondern ausschließlich an die Zusatzschlüssel für Sepsis/SIRS, schwere Sepsis und den Kode für den septischen Schock. Dadurch wird die Problematik der nicht vollzähligen Kodierung der ZVK-Kodes umgangen und gleichzeitig das zu betrachtende Kollektiv auf die Fälle mit dokumentierter, „schwerer“ Sepsis eingegrenzt. Die zu erwartende Zahl dokumentationspflichtiger Fälle erscheint aufgrund der Schwere der Erkrankung für die Leistungserbringer zumutbar. Gleichzeitig wird empfohlen, die Häufigkeit der wichtigsten Ursachen einer nosokomialen Sepsis ebenfalls zu erfassen (Beatmungsassoziierte Pneumonie, Katheter-assoziierter Harnwegsinfekt, Postoperative Wundinfektion), um damit eine valide Datengrundlage für eine eventuelle Weiterentwicklung des Verfahrens zu schaffen.

Aufgrund der abschließenden Empfehlungen zur Indexleistung „Neonatologie“ entfallen die Indikatoren „ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Neugeborenen“ und „ZVK-assoziierte primäre Sepsis bei Frühgeborenen“.

Da die Fragen nach der ZVK-assoziierten Sepsis/Sepsis-MRE sich jetzt auf die ICD-10-Definition der Sepsis beziehen, ist eine direkte Vergleichbarkeit mit epidemiologischen Daten auf Basis der CDC-Definitionen nicht mehr gegeben. Im Rahmen einer Qualitätssicherung nosokomialer Infektionen ist dieser Aspekt allerdings nicht ausschlaggebend, denn demgegenüber steht der Vorteil der zwingend erforderlichen nachvollziehbaren Dokumentation der Sepsisbefunde gemäß den geltenden Kodierrichtlinien.

Es wird empfohlen, die Auslösung nicht mehr an die OPS-Kodes für „Legen und Wechsel eines ZVK“ zu knüpfen, sondern ausschließlich an die Sepsis-Zusatzschlüssel für SIRS und den OPS-Kode für den septischen Schock.

Das AQUA-Institut empfiehlt die Sepsisfälle im Zähler auf alle Patienten der Einrichtung im Nenner zu beziehen, genauer auf die Summe der Case-Mix-Punkte der Einrichtung (Produkt aus Patientenzahl x Case Mix Index). Die benötigten Informationen stehen aus der Einrichtungsbefragung zur Verfügung.

Weiterhin wird angeregt einen sogenannten „Propensity-Score“ zu entwickeln, dessen Summenwert pro Krankenhaus als Nenner für tatsächlich gelegte ZVKs genutzt werden können. Die Entwicklung eines solchen Scores sollte parallel und gleichzeitig zu einer Risikoadjustierung der Sepsisindikatoren – wie im Abschlussbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ beschrieben – beauftragt werden.

In die Überprüfungen der fallbezogenen QS-Dokumentation „Infektion“ wurden 78 Patienten aus den 10 teilnehmenden stationären Einrichtungen einbezogen. Die Begründungen und die zugrunde liegenden Zahlen bzw. Anmerkungen der Leistungserbringer sind Kapitel 5 zu entnehmen.

Für die fallbezogene QS-Dokumentation haben sich auf Datenfeldebene folgende Änderungen ergeben:

- **Datenfeld 3/16 „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK“**
  Die Formulierung der Frage wird wie folgt präzisiert: „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK“.
- **Datenfeld 5/18 „In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen“**
  Der Ausfüllhinweis wird gekürzt und inhaltlich angepasst. Es wird der Hinweis aufgenommen: „Mit separaten Venenpunktionen ist die Entnahme aus zwei verschiedenen Venen gemeint“.
- **Datenfeld 6/19 „Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien“**
  Die Formulierendes Datenfeld wird geändert in: „Primäre, ZVK-assoziierte Sepsis“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Der Ausfüllhinweis wird dahingehend geändert, dass die ICD-Kriterien der Sepsis in Kombination mit einem infektionsbedingten SIRS erläutert werden.

- **Datenfeld 7 „Nachweis eines multiresistenten Erregers“**
  Der Ausfüllhinweis wird ergänzt um den Punkt: „5 = anderer: z.B. Parasiten, Mycobacterium tuberculosis, …“
- **Datenfeld 8/21 „Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien“**
  Das Datenfeld wird gestrichen

Neu aufgenommen werden drei Datenfelder:

- **Datenfeld 16 (neu) Liegt das kulturelle Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik vor:**

nein ja	☐

- **Datenfeld 21 (neu) „War zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome eine der folgenden Bedingungen erfüllt“**

  1. Beatmungsassoziierte Pneumonie
  2. Katheter-assoziierter Harnwegsinfekt
  3. Postoperative Wundinfektion

- **Datenfeld 23 (neu) „ZVK-Liegetage“**

12.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Sämtliche Indikatoren sowohl der stationären als auch der ambulanten Einrichtungsbefragung werden (in ggf. modifizierter Form) zur Umsetzung empfohlen.

Im Folgenden werden an dieser Stelle nur die wichtigsten Änderungen hinsichtlich der Einrichtungsbefragungen aufgeführt, Details sind den Kapiteln 7 und 8 zu entnehmen.

12.3.1 Änderungen auf Indikatorebene – Indikatoren der Indizes

Insgesamt wurden 10 von 11 stationären Indikatoren umbenannt. Die Gründe dafür sind einerseits Präzisierungen und/oder inhaltliche Modifikationen, die sich auch im Titel des jeweiligen Indikators widerspiegeln sollen. Andererseits wurden die 6 QIs, die sowohl in der stationären als auch der ambulanten Einrichtungsbefragung verwendet werden, in jeweils 2 Indikatoren aufgeteilt und mit eindeutigen Bezeichnungen und IDs versehen. Indikatoren, die mit ansonsten identischer Bezeichnung in der Einrichtungsbefragung vorkommen, haben den Zusatz „_a“ zur ID und die Ergänzung „in stationären Einrichtungen“ zur Indikatorbezeichnung erhalten.

Die Änderungen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 129: Änderungen auf Indikatorebene – stationärer Index

ID alt	Indikatorbezeichnung alt	ID neu	Indikatorbezeichnung neu
17_A	Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel	17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen
21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen
89_A	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID alt	Indikatorbezeichnung alt	ID neu	Indikatorbezeichnung neu
91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantierten/getunnelten ZVK	91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen
71	Schulungskonzept	71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen
72_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen
12_A	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	Bleibt	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage
49_A	Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie	Bleibt	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Für die ambulante Einrichtungsbefragung wurden aufgrund der oben dargestellten Aufteilung alle 6 Indikatoren mit eindeutigen Bezeichnungen und IDs versehen. Indikatoren, die mit ansonsten identischer Bezeichnung in der Einrichtungsbefragung vorkommen, haben den Zusatz „_b“ zur ID und die Ergänzung „in ambulanten Einrichtungen“ zur Indikatorbezeichnung erhalten.

Die Änderungen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 130: Änderungen auf Indikatorebene – ambulanter Index

ID alt	Indikatorbezeichnung alt	ID neu	Indikatorbezeichnung neu
17_A	Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel	17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen
21	Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen
89_A	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen
91	Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantierten/getunnelten ZVK	91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen
71	Schulungskonzept	71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen
72_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	72_A_b	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen

Der Indikator 71 „Schulungskonzept“ hat, neben der Aufteilung in ambulant und stationär und der Umbenennung in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in [ambulanten/stationären] Einrichtungen“ die größte inhaltliche Änderung erfahren. Der Indikator fokussiert nunmehr nicht mehr auf das bloße Vorliegen eines Schulungskonzepts, sondern auf die (Mindest-)Inhalte und die jährliche Durchführung dieser Schulungsmaßnahmen sowie die Nachweisbarkeit der Teilnahme der Mitarbeiter.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zudem wurden die Indikatoren (17_A_a/_b, 21_a/_b, 89_A_a/_b und 91_a/_b), die das Vorliegen einer Arbeitsanweisung bzw. internen Leitlinie beinhalten, um Fragen ergänzt, die jetzt folgendem einheitlichen Muster folgen:

- Geltung der jeweiligen Arbeitsanweisung/internen Leitlinie im Erfassungsjahr?
- Inhalte der Arbeitsanweisung/internen Leitlinie?
- Zugriffsmöglichkeit für die betreffenden/beteiligten Mitarbeiter auf die Arbeitsanweisung/interne Leitlinie?
- Letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung/internen Leitlinie?
- Autorisierung der Arbeitsanweisung/internen Leitlinie?

12.3.2 Änderungen auf Datenfeldebene

Auf Datenfeldebene erfolgten zahlreiche Änderungen, die fast durchgehend sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Befragung vorgenommen wurden. Dabei wurde zugleich darauf geachtet, einen höchstmöglichen Grad an Harmonisierung mit den Formulierungen sowohl der Fragen und Antwortmöglichkeiten, aber auch der Ausfüllhinweise der Einrichtungsbefragungen des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ zu erreichen.

Es wurden folgende Änderungen – bezogen auf beide Befragungen – vorgenommen:

Tabelle 131: Einrichtungsbefragung: Art und Anzahl der Änderungen auf Datenfeldebene

Art der Änderung	Anzahl
Neue Fragen	20
Gestrichene Fragen	13
Fragen mit geänderter Formulierung	38
Antworten mit geänderter Formulierung	7
Neue Ausfüllhinweise	27
Geänderte Ausfüllhinweise	12

Die Änderungen sind im Einzelnen den Abschnitten 7.1 (stationär) bzw. 7.2 (ambulant) zu entnehmen. Das Ergebnis der Änderungen ist aus den Dokumentationsbögen nach Machbarkeitsprüfung (s. Anhänge C. 2 bzw. D.2) ersichtlich.

12.3.3 Änderung des Auswertungsalgorithmus

Im Abschlussbericht zur Verfahrensentwicklung war eine gewichtete Auswertung der Indikatoren in den beiden Indizes zum Hygiene- und Infektionsmanagement vorgeschlagen worden. Die Berechnung der während der Machbarkeitsprüfung erhobenen Daten folgte diesem Algorithmus. Zudem wurde zum Vergleich eine nicht gewichtete Berechnung durchgeführt, in deren Ergebnis sich zwar z.B. die Rangfolge der Teilnehmer änderte, nicht aber die Grundaussagen über vorhandene Qualitätsdefizite. Zudem zeigte sich, dass eine Gewichtung stets Gegenstand für Diskussionen über deren Angemessenheit ausgesetzt wäre.

Das AQUA-Institut empfiehlt daher, für die Berechnung der beiden Indizes im Verfahren „Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ dem Vorgehen für das Verfahren „Postoperative Wundinfektionen“ zu folgen und das nichtgewichtete Verfahren anzuwenden, um die Verständlichkeit und somit die Akzeptanz insbesondere bei denjenigen Leistungserbringern zu erhöhen, die in beiden Verfahren dokumentationspflichtig sein werden.

12.3.4 Änderungen auf Indikatorebene – Einzelindikatoren zu Händedesinfektionsmittelverbrauch und Blutkulturdiagnostik

Die Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch werden präzisiert, um eine schärfere begriffliche Trennung zwischen Allgemeinstationen, Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit und Intensivstationen zu erreichen. Mit demselben Ziel werden die Ausfüllhinweise um klare Zuordnungen ergänzt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die Indikatoren werden wie folgt geändert:

Tabelle 132: Änderungen auf Indikatorebene – Händedesinfektionsmittelverbrauch

ID	Indikatorbezeichnung alt	Indikatorbezeichnung neu
25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Die zum Verbrauch in Relation gesetzten Patiententage werden in einer Frage zusammengefasst, um die Frage übersichtlicher zu gestalten.

Die Frage zur Blutkulturdiagnostik wird präzisiert, die Indikatorbezeichnung bleibt unverändert.

12.4 Sozialdatenindikator 52_AA

Im Entwicklungsbericht war ein Sozialdatenindikator – „Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems wegen Infektion“ (ID 52_AA) – vorgesehen. Die ausführliche Diskussion dieses Indikators erfolgt im parallel abgegebenen Bericht „Empirische Prüfung“ zu diesem Verfahren.

Im Rahmen dieser Prüfung konnte gezeigt werden, dass es mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist, Port-/ZVK-System-assoziierte lokale Infektionen/Sepsis bei chemotherapeutisch behandelten Patienten zu identifizieren und einem onkologischen Leistungserbringer die Verantwortlichkeit zuzuordnen. Erforderlich ist dort jedoch eine Ergänzung des Filters um bestimmte weitere Diagnosen zur Definition der Grundgesamtheit, um auch Patienten einzuschließen, die unter die „Onkologie-Vereinbarung“ fallen.

Die Verantwortungszuschreibung wurde dahingehend geändert, dass der Leistungserbringer identifiziert werden muss, der zuletzt das Port-/ZVK-System des Patienten für eine Anwendung einer zytostatischen Chemotherapie genutzt hat. Dies geschieht im teil-/vollstationären Bereich über die OPS-Kodes zur Verabreichung von zytostatischer Chemotherapie und im ambulanten Bereich über entsprechende Abrechnungsziffern, die eine zytostatische Chemotherapie als obligaten Leistungsinhalt haben oder diesen nahelegen. Da zu erwarten ist, dass eine Verantwortungszuschreibung der lokalen Infektion/Sepsis mit größer werdendem Abstand zur letzten Nutzung des Port-/ZVK-Systems schwieriger wird, schlägt das AQUA-Institut vor, diesen Zeitraum auf 90 Tage vor der Infektion zu begrenzen.

12.5 Auswertungskonzept

In Abschnitt 10.1 wird dargestellt, welche Berichte zu erstellen sind. Die Zeitpunkte, zu denen dies geschehen soll, sind aus Abbildung 7 ersichtlich. Darüber hinaus stehen die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer gem. §18 Qesü-RL im Fokus. Die Berichte sollen verständlich aufbereitet sein und den Leistungserbringern den Vergleich zwischen ihren Ergebnissen und den Gesamtergebnissen des Bundes ermöglichen. Zudem soll anhand der Berichte die Entwicklung des aktuellen und der beiden vorhergehenden Berichtsjahre nachvollziehbar sein.

12.5.1 Zeitpunkt der Auswertung

Der früheste Zeitpunkt der Auswertung richtet sich nach der Verfügbarkeit der Daten für die Auswertungsstelle. Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation stehen relativ zeitnah zur Verfügung, spätestens am Anfang des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Gleiches gilt für die Daten für die Einrichtungsbefragung, sodass die daraus berechneten Indikatoren bereits im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr berichtet werden können.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden aus dem ambulanten Bereich hingegen erst mit einer Verzögerung von bis zu neun Monaten bei den Krankenkassen vorliegen, sodass die Daten erst im 4. Quartal nach Ende des Erfassungsjahres vollständig vorliegen und der Sozialdatenindikator erst im 2. Jahr berichtet werden kann.

12.5.2 Frühzeitige Nutzungsmöglichkeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Das AQUA-Institut empfiehlt, bei der Einführung des Verfahrens die Möglichkeit zu schaffen, dass Sozialdaten aus den beiden Jahren vor dem ersten Erfassungsjahr der QS-Dokumentation bereits genutzt werden dürfen. Geschieht dies nicht, würde sich dadurch auch die Entwicklung und Anwendung des Risikoadjustierungsmodells verzögern.

12.5.3 Zielgruppenspezifische Rückmeldeberichte

Die Rückmeldeberichte sollen möglichst zielgruppenspezifisch aufgebaut sein. Daher empfiehlt das AQUA-Institut, dass für jeden Leistungserbringer nur die für ihn relevanten Ergebnisse zurückgespiegelt werden. Um dies umsetzen zu können, ist es erforderlich, getrennte Berichte für Krankenhäuser und Praxen/MVZ bereitzustellen. Auf die Art wird erreicht, dass Krankenhäuser nur einen Bericht erhalten, der z.B. die Ergebnisse sowohl ihrer stationären als auch ihrer ambulanten Einrichtungsbefragung enthält. Gleichzeitig würde der niedergelassene Arzt einen Bericht erhalten, in dem nur die Ergebnisse der für ihn relevanten ambulanten Einrichtungsbefragung abgebildet sind.

12.5.4 Standortbezug der Einrichtungsbefragung

Das AQUA-Institut empfiehlt, bei der Auswertung der Einrichtungsbefragungen der Krankenhäuser auf die standortbezogene Auswertung zu verzichten. Die vorhergehende Machbarkeitsprüfung zum Verfahren „Postoperative Wundinfektion“, die diesen Aspekt mit untersucht hatte, hatte gezeigt, dass die für die Befragungsinhalte relevanten Geschäftsbereiche in der Regel zentralisiert sind, es also in diesem Bereich ein einheitliches Prozessmanagement gibt und abgefragte Werte teilweise nicht auf die Standortebene heruntergebrochen werden können. Dies entspricht auch der inhaltlichen Grundannahme des Verfahrens, die für den so bedeutsamen Bereich der Einrichtungshygiene das Krankenhaus insgesamt in der Verantwortung sieht und nicht einzelne Standorte. Hinzu kommt, dass für ausschließlich auf Sozialdaten basierenden Indikator ID 52_AA keine Standortinformationen in den Sozialdaten vorliegen.

12.6 Weitere Empfehlungen

12.6.1 Datenvalidierung

Die umfassenden Kriterien zur Datenvalidierung werden auf Grundlage der ersten Daten festgelegt werden müssen. Hinsichtlich des neuen Instruments der Einrichtungsbefragung empfiehlt das AQUA-Institut zum jetzigen Zeitpunkt, wie auch im QS-Verfahren zu postoperativen Wundinfektionen, die Durchführung einer jährlichen Stichprobe von 5 % der Befragungen. Dabei kann die Validierung mittels zugesandter Kopien der Belege bzw. Dokumente geschehen, sodass Vor-Ort-Prüfungen nicht notwendig erscheinen.

12.6.2 Auslösung der Dokumentationspflicht

Das AQUA-Institut empfiehlt die Auslösung der Dokumentationspflicht innerhalb der Softwaresysteme der Leistungserbringer sowohl für die fallbezogene als auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und spezifiziert die Vorgaben hinsichtlich QS-Filter, QS-Dokumentation, Datenprüfung, Datenexport etc. dementsprechend. Die erforderlichen Bestandteile (fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) können und sollen nach jetzigem Stand sämtlich in die Basisspezifikation integriert werden, sodass sich keine abweichenden technischen Vorgaben und Umsetzungsoptionen für die Beteiligten ergeben.

12.6.3 Erleichterung der für die Einrichtungsbefragung notwendigen Prozesse

Die retrospektive Erhebung vieler für die Einrichtungsbefragung notwendiger Informationen war erheblich aufwendiger als es von einer prospektiven Erhebung im Regelbetrieb zu erwarten ist. Damit aber die vorbereitenden Erhebungsprozesse in den Einrichtungen rechtzeitig angepasst werden können, sollten die Fragenkataloge allen Leistungserbringern rechtzeitig vor Beginn des ersten Erhebungsjahres kommuniziert werden.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

12.7 Offene Fragen

Im Verlauf der Machbarkeitsprüfung sind weitere Fragen aufgetaucht, die nach Meinung des AQUA-Instituts adressiert werden müssen.

12.7.1 Feststellung der Dokumentationspflicht

Die Dokumentationspflicht in diesem Verfahren ist zweigeteilt. Einerseits besteht sie für die Krankenhäuser in der fallbezogenen QS-Dokumentation. Andererseits besteht sie in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wiederum für die Krankenhäuser (ggf. auch Belegärzte), aber auch für hämato-onkologische Ambulanzen, Praxen und MVZ. Es ist aus Sicht des AQUA-Instituts notwendig, sich die beiden folgenden Fragen frühzeitig zu stellen:

- Wie kann der G-BA die Dokumentationspflicht insbesondere gegenüber den neuen Beteiligten kommunizieren?
- Wie kann sichergestellt werden, dass der Dokumentationspflicht dann auch tatsächlich nachgekommen wird, welche Daten also als Referenz vor allem für die Einrichtungsbefragungen verwendet werden können?

12.7.2 Behandlung von Belegärzten und ermächtigten Ärzten

Angesichts der Diskussionen um insbesondere diese beiden Gruppen von Leistungserbringern bzw. Abrechnungsformen ist (rechtzeitig) zu klären, wie im vorliegenden Verfahren mit ihnen und ggf. weiteren Gruppen umgegangen werden soll. Falls im Rahmen des Verfahrens PCI eine grundsätzlich gültige Entscheidung für alle Qesü-Verfahren getroffen wird, ist unbedingt zu überlegen, welche Konsequenzen dies ggf. auf das vorliegende Verfahren hätte und welche Maßnahmen zu ergreifen wären. Diese relativ neue und sehr spezifische Fragestellung war nicht Bestandteil der Machbarkeitsprüfung.

12.7.3 Standortangabe in Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die grundsätzliche Maßgabe geht dahin, Auswertungen auf Standortebene durchzuführen. Grundsätzlich ist bei Verfahren mit Sozialdaten dafür Sorge zu tragen, dass die Information „Standort“ nicht nur in der QS-Dokumentation, sondern vor allem auch in den Sozialdaten eindeutig erkennbar ist und an die Bundesauswertungsstelle übermittelt wird, da nur dann diese Auswertungsebene bedient werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

13 Fazit

Nach den vorliegenden Ergebnissen der erweiterten Machbarkeitsprüfung und der empirischen Prüfung ergaben sich für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* erhebliche Einschränkungen, die nur teilweise durch Modifikationen ausgeglichen werden können. Das AQUA-Institut empfiehlt daher die weitere Verfahrensumsetzung gegenüber dem QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* zu postponieren. Hiervon auszunehmen ist der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, der in das bestehende esQS-Verfahren *Neonatologie* integriert werden sollte. Alle anderen Aspekte des QS-Verfahrens werden nach ausführlichen Diskussionen bei Abschluss des Berichts nicht zur Umsetzung empfohlen.

Die Hauptprobleme eines verpflichtenden QS-Verfahrens zu Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen sind:

1. Unzureichende Sensitivität der OPS-Kodes für zentralvenöse Katheter.
   Die OPS-Kodes 8-831.- *Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße* besitzen zwar eine hohe Spezifität, sind aber nicht sensitiv genug für einen fairen Vergleich der Leistungserbringer. Wohl aufgrund der faktisch fehlenden Erlöswirksamkeit werden diese Kodes von Krankenhäusern zum Teil überhaupt nicht dokumentiert, auch nicht von Krankenhäusern, die intensivmedizinische Komplexbehandlungen abrechnen und somit sicher ZVKs anlegen. Umgekehrt finden sich bei 35% der Patienten mit intensivmedizinischen Komplexbehandlungen aus allen Krankenhäusern keine ZVK-Kodes (siehe Ergebnisbericht der empirischen Prüfung der Sozialdaten). Da der Ressourcenverbrauch bei der Anlage eines ZVK sehr gering ist, ist nicht zu erwarten, dass diese OPS-Kodes im Rahmen des pauschalierten Vergütungssystems (DRG) jemals erlösrelevant wird. Mit der fehlenden Erlösrelevanz geht auch einher, dass diese Kodes nicht von der MDK-Kodierprüfung erfasst werden. Somit steht keine zuverlässige QS-Auslösung für die ZVK-Anlage über OPS-Kodes zur Verfügung. Damit fehlt auch allen Modellen einer Stichprobenziehung die Grundlage.
   Die OPS-Kodes für die operative Anlage und den operativen Wechsel von ZVK-Verweilsystemen (Ports) sind sowohl spezifisch als auch sensitiv. Sie besitzen eine Erlösrelevanz. Aufgrund der geringen Fallzahl erscheint es jedoch nicht sinnvoll, ein QS-Verfahren nur für Port-Katheter einzuführen.

2. Keine wissenschaftlich akzeptable Bezugsgröße für die Häufigkeit ZVK-assoziierter Infektionen im gesamten Krankenhaus umsetzbar.
   In der wissenschaftlichen Literatur wird die Häufigkeit Katheter-assoziierter Infektionen durch die Inzidenzrate beschrieben (u.a. im KISS). Dies setzt Angaben zu den ZVK-Liegetagen voraus. Diese werden jedoch nur im Rahmen freiwilliger, auf einzelne Stationen bezogener Surveillance-Systeme (ITS-KISS, NEO-KISS) oder Studien erhoben. Sie stellen keine routinemäßig dokumentierten Daten dar, sind aber mit entsprechendem Aufwand aus den Krankenakten extrahierbar. Die Leistungserbringer lehnen eine solche fachübergreifend, verpflichtende Dokumentation in allen ZVK-Fällen (vermutlich mehr als 1,5 Mio) mit Hinweis auf den hohen Aufwand ab. Ein Stichprobenverfahren kann diesen Mangel nicht beheben, da eine wirkliche prospektive Auslösung nicht möglich ist. Für ein Stichprobenverfahren wäre stets eine vollständige Primärdatenerhebung erforderlich und lediglich die Übertragung in die QS-Dokumentation könnte stichprobenartig erfolgen. Ein solches Vorgehen würde aber den Aufwand nicht wesentlich reduzieren. Hinzu kommt, dass eine valide Erfassung aller ZVK-Fälle über OPS-Kodes vor Beginn einer Stichprobenziehung nicht möglich ist (siehe oben). Damit kann die Zahl ZVK-assoziierter Infektionen nicht nur nicht auf die ZVK-Liegetage, sondern auch nicht auf die Zahl der ZVK-Patienten bezogen werden. Der in diesem Bericht als Minimallösung dargestellte Bezug auf das Surrogat der Case-Mix-Punkte einer Einrichtung (Patienten*Case Mix Index) bleibt wissenschaftlich unbefriedigend. Ein direkter Fallbezug kann in der Grundgesamtheit nicht hergestellt werden, eine adäquate Risikoadjustierung erscheint problematisch.

Die oben beschriebenen Schwierigkeiten im Bereich der Ergebnisindikatoren finden sich so nicht in der Neonatologie, so dass hier eine Integration in das bestehende esQS-Verfahren *Neonatologie* im Rahmen der Systempflege empfohlen wird. Die neonatologische, nosokomiale Sepsis wird bereits im bestehenden esQS-Verfahren erhoben und könnte so ausdifferenziert werden, dass ZVK-assoziierte Sepsisfälle identifizierbar sind.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zudem müssen alle Perinatalzentren mit ihren Früh- und Neugeborenen unter 1.500g am NEO-KISS teilnehmen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL). Im Rahmen dieses Infektions-Surveillance-Programms werden sowohl die ZVK-Tage als auch die Inzidenzraten der ZVK-assoziierten Sepsis und die Sepsiserreger vollständig dokumentiert. Es würde also kein Zusatzaufwand entstehen. Die Übertragung dieser Daten in Indikatoren der esQS hätte den Vorteil, dass ein über das reine Benchmarking des NEO-KISS hinausgehender Feedback Mechanismus (Strukturierter Dialog) mit Transparenz geschaffen würde, der zur weiteren Qualitätsverbesserung beitragen kann. Da Früh- und Neugeborene die Patientengruppe mit dem höchsten Risiko einer ZVK-assoziierten Sepsis darstellen, erscheint ein solches Vorgehen sinnvoll und wird vom AQUA-Institut ausdrücklich empfohlen. In einem späteren Weiterentwicklungsschritt könnte dann entschieden werden, ob die Indikatoren für die Gruppe der Früh- und Neugeborenen unter 1.500g auf alle Säuglinge erweitert werden sollen und Indikatoren der Einrichtungsbefragung, insbesondere zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf neonatologischen Intensivstationen, in das esQS-Verfahren einbezogen werden sollen.

Das AQUA-Institut hat in diesem Bericht versucht, die vielfältigen Umsetzungsprobleme für ein QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* differenziert darzustellen und mit seiner pragmatischen Empfehlung dennoch Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung in diesem klinisch relevanten Bereich aufzuzeigen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Erweiterte Machbarkeitsprüfung
Anhang

Stand: 10. April 2015

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen – Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Anhang)

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
20. März 2014

Datum der Abgabe:
30. Januar 2015
Redaktionelle Überarbeitung am 10. April 2015

Signatur:
15-SQG-005

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Anhang A	
Anhang A.1	Interviewfragebogen: Fallbezogene Befragung – Prozess
Anhang A.2	Interviewfragebogen: Fallbezogene Befragung – Infektion
Anhang A.3	Interviewfragebogen: Fallbezogene Befragung – Infektion + Prozess (Zusatzfragen)
Anhang A.4	Interviewfragebogen: Fallbezogene Befragung – Neonatologie
Anhang A.5	Interviewfragebogen: Fallbezogene Befragung – Neonatologie (Zusatzfragen)
Anhang A.6	Interviewfragebogen: Einrichtungsbezogene Befragung stationär
Anhang A.7	Interviewfragebogen: Einrichtungsbezogene Befragung stationär (Zusatzfragen)
Anhang A.8	Interviewfragebogen: Einrichtungsbezogene Befragung ambulant
Anhang A.9.1	Interviewfragebogen: Einrichtungsbezogene Befragung ambulant (Zusatzfragen Praxen)
Anhang A.9.2	Interviewfragebogen: Einrichtungsbezogene Befragung ambulant (Zusatzfragen Ambulanzen)
Anhang A.10	Merkblatt „Prozess“ und „Infektion“
Anhang A.11	Merkblatt „Neonatologie“
Anhang A.12	Merkblatt Praxen und Ambulanzen
Anhang A.13	QS-Dokumentation - Merkblatt Fallauswahl
Anhang B	
Anhang B.1	QS-Dokumentationsbogen „Infektion“; vor Machbarkeitsprüfung
Anhang B.2	QS-Dokumentationsbogen „Infektion“; nach Machbarkeitsprüfung
Anhang B.3	QS-Dokumentationsbogen „Infektion“; Ausfüllhinweise nach Machbarkeitsprüfung
Anhang C	
Anhang C.1	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; nach Machbarkeitsprüfung
Anhang C.2	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; Ausfüllhinweise nach Machbarkeitsprüfung
Anhang C.3	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; Berechnung vor Machbarkeitsprüfung
Anhang C.4	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; Berechnung nach Machbarkeitsprüfung
Anhang D	
Anhang D.1	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant; nach Machbarkeitsprüfung
Anhang D.2	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant; Ausfüllhinweise nach Machbarkeitsprüfung
Anhang D.3	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant; Berechnung vor Machbarkeitsprüfung
Anhang D.4	QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant; Berechnung nach Machbarkeitsprüfung
Anhang E	
Anhang E.1	Einrichtungsbezogene Befragung stationär – Ergebnisse auf Fragenebene
Anhang E.2	Einrichtungsbezogene Befragung ambulant – Ergebnisse auf Fragenebene
Anhang F	
Anhang F.1	Ein- und Ausschlüsse (QS-Filter) – „Infektion“
Anhang F.2	Ein- und Ausschlüsse (QS-Filter) – Einrichtungsbezogene Befragung stationär
Anhang F.3	Ein- und Ausschlüsse (QS-Filter) – Einrichtungsbezogene Befragung ambulant

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Prozess“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Fall 1

Fall 1 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	1	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 6

Fall 6 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	6	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 7

Fall 7 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	7	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 8

Fall 8 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	8	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 9

Fall 9 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	9	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 10

Fall 10 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	10	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 11

Fall 11 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	11	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 12

Fall 12 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	12	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 13

Fall 13 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	13	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 14

Fall 14 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	14	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 15

Fall 15 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	15	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 16

Fall 16 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	16	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 17

Fall 17 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	17	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 18

Fall 18 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	18	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 19

Fall 19 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	19	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 20

Fall 20 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	20	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur(en) (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Indikation

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Wievielte Anlage eines zentralvenösen Gefäßzugangs während dieses Aufenthaltes	_____	Hier ist anzugeben, um den wievielten Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter assoziierte Infektionen dokumentationspflichtig sind. Falls kein zentralvenöser Gefäßzugang gelegt wurde, ist die Ziffer Null einzutragen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	☐ 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter ausgelegt sein. Angelegt wird er in der Regel ohne Anästhesie durch Punktion einer der folgenden Gefäße: V. subclavia, V. jugularis interna, V. brachio-cephalica oder in Ausnahmefällen der V. femoralis. Die Punktionsstelle ist zugleich die Eintrittsstelle des Katheters in die Vene. 2 = ein PICC-Line-Katheter (Peripherally Inserted Central venous Catheter) ist ein von peripher eingeführter zentraler Venenkatheter, der sich aufgrund seiner Materialeigenschaften und Konstruktion dazu eignet, Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen müssen, oder intravenös ernährt werden müssen, über einen längeren Zeitraum mit Medikamenten oder Nahrung zu versorgen. PICC-Line-Katheter werden unter Ultraschallkontrolle und örtlicher Betäubung angelegt und sind in Deutschland bisher wenig gebräuchlich. 3 = Als Synonyme für teilimplantierte oder „getunnelte“ zentrale Venenkatheter werden auch die Begriffe Broviac®-Katheter (dünne Einzel-Lumen-Katheter), Hickman®-Katheter (ein- bis dreilumig) und Groshong®-Katheter (doppellumig) bzw. TCVAD (Tunneled Central Venous Access Devices) verwendet. „Getunnelt“ bedeutet, dass der Kunststoffschlauch ca. 10 cm unter der Haut (subkutan) verläuft, bevor er in die Vene eintritt. 4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 4 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Insertionsstelle	☐ 1 = V. subclavia 2 = V. jugularis interna 3 = V. brachio-cephalica 4 = V. femoralis 9 = andere	Hier ist anzugeben welche Insertionsstelle zur Anlage/Implantation des zentralvenösen Gefäßzugangs gewählt wurde.

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = konventioneller ZVK , 2 = PICC-Line oder 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäß-zugangs Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = Händedesinfektion 2 = großes steriles Abdecktuch 3 = sterile Handschuhe 4 = steriler Kittel 5 = Kopfhaube 6 = Mund-Nasenschutz	Hier ist anzugeben, welche Hygienemaßnahmen bei Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs ergriffen wurden.

Die Fragen 6 bis 12 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 2 mit 1 = „konventioneller ZVK“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Indikation(en) zur Anlage des ZVK Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = Anlage im Rahmen einer perioperativen oder einer peritraumatischen Versorgung 6 = andere	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	☐ 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

Die Frage 9 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 8 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 10

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9	Indikation(en) am ersten oder zweiten ZVK-Liegetag Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = Messung des zentralen Venendrucks und der zentralvenösen Sauerstoffsättigung bei hämodynamischer Instabilität des Patienten 5 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Liegetag ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen 2 = ja, aber Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen	Erste Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit, auf die der Patient nach Anlage des ZVK verlegt wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 11 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 10 mit 1 = „ja, ohne Rückverlegung innerhalb von zwei Tagen“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Verlegung	☐ 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

Die Frage 12 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 11 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 13

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12	Indikation(en) am ersten oder am zweiten Tag auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit Mehrfachnennungen möglich	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = kein peripherer Zugang möglich und intravenöse Infusion notwendig 2 = mindestens drei inkompatible Dauerinfusionen oder zwei Dauerinfusionen plus Gabe eines Blutprodukts 3 = Infusion von Lösungen und Medikamenten, die stark venenreizend wirken 4 = andere	Hier ist nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes anzugeben, welches die führende Indikation für den zentralvenösen Gefäßzugang am ersten oder am zweiten Tag des Patienten auf der Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Patienten ein ZVK angelegt war (einschließlich aller weiteren gelegten ZVK). Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Patienten mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Infektion“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Fall 1

Fall 1 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	1	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 6

Fall 6 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	6	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 7

Fall 7 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	7	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 8

Fall 8 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	8	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 9

Fall 9 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	9	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 10

Fall 10 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	10	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	☐ 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist *nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt* anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	☐ 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus einer anderen Vene als der, in welcher der zentralvenöse Zugang gelegt ist, erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Frage 5 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage 3 mit 1 = „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ und Frage 4 mit 3 = „ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)“ beantwortet wurden → sonst bitte weiter bei Frage 6

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss: ▪ Kriterium 1: Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ Kriterium 2: - Patient hat mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: Fieber (> 38°C) oder Schüttelfrost oder Hypotonie [bei Patienten im Lebensalter ≤ 1 Jahr : Fieber (> 38°C, rektal) oder Hypothermie (< 36°C, rektal) oder Apnoe oder Bradykardie] und - Zeichen, Symptome und mikrobiologische Befunde sind nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) und - gewöhnlicher Hautkeim, wurde aus mindestens zwei, aus separaten Blutabnahmen beimpften Blutkulturen isoliert.

Die Frage 7 ist nur dann zu beantworten, wenn Frage Nr. 6 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Frage 8

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Nachweis eines multiresistenten Erregers	☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält. 1 = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2 = Vancomycin-resistente Enterokokken/Glykopeptid-resistente Enterokokken 3 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4 = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen

Die Frage 8 ist nur zu beantworten für Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien	☐ 0 = nein 1 = ja	Für Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr wird zusätzlich die klinische primäre Sepsis erfasst. Die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤1 Jahr muss den folgenden Kriterien entsprechen: ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38°C, rektal), Hypothermie (< 37°C, rektal), Apnoe oder Bradykardie und ▪ keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen im Blut nachgewiesen und ▪ keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle und ▪ betreuender Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (fallbezogen/stationär)
Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Zusatzfragen für die fallbezogene Dokumentation (Dokumentationsbögen „Infektion“ und „Prozess“)

I. Bezogen auf den Dokumentationsbogen „Prozess“: Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die folgenden Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigem Fall im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Durchschnittlicher Zeitaufwand für…	≤ 5 Min.	≤ 10 Min.	≤ 20 Min.	≤ 30 Min.	≤ 60 Min.	> 60 Min.
Zusätzliche Primärdokumentation (z.B. in der Patientenakte)	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.
Ausfüllen des Dokumentationsbogens	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.

II. Wie bewerten Sie den in Frage I geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung des Dokumentationsbogens „Prozess“ im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = mittlerer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

III. Bezogen auf den Dokumentationsbogen „Infektion“: Wie hoch schätzen Sie den durchschnittliche Zeitaufwand für die folgenden Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigem Fall im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Durchschnittlicher Zeitaufwand für…	≤ 5 Min.	≤ 10 Min.	≤ 20 Min.	≤ 30 Min.	≤ 60 Min.	> 60 Min.
Zusätzliche Primärdokumentation (z.B. in der Patientenakte)	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.
Ausfüllen des Dokumentationsbogens	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

IV. Wie bewerten Sie den in Frage III geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung des Dokumentationsbogens „Infektion“ im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = mittlerer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

V. Wird in Ihrem Hause eine Statistik zur ZVK-assoziierten, primären Sepsis geführt?

- ☐ Ja, im vorgegebenen Umfang des Infektionsschutzgesetzes
- ☐ Ja, über das Infektionsschutzgesetz hinaus, aber ohne Teilnahme am Krankenhausinfektions-Surveillace-Systems (KISS) des Nationalen Referenzzentrums
- ☐ Ja, Teilnahme am KISS
- ☐ Nein

VI. Gibt es Überschneidungen mit weiteren Dokumentationsanforderungen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, mit welchen?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterung zu den Fragen VII a bis c

In einem Regelbetrieb des QS-Verfahrens sollen im **Dokumentationsbogen „Prozess“** Informationen zu einer Stichprobe von **Patienten mit konventionellem oder teilimplantiertem ZVK sowie solche mit PICC-Line Kathetern** erfasst werden. Diese Patienten sollen über die Dokumentation bestimmter Abrechnungskodes im KIS identifiziert werden. Eine Auflistung der zur Identifikation der ZVK-Patienten vorgesehenen Kodes finden Sie in der Tabelle 1: Einschluss-Kodes ZVK. Ein Patient wird dann als ZVK-Patient identifiziert, wenn **mindestens einer dieser Kodes dokumentiert wurde.** Für das QS-Verfahren ist es relevant, dass mit den Kodes möglichst viele der ZVK-Patienten identifiziert werden können.[1]

VIIa. Bitte geben Sie eine Einschätzung, bei wie viel Prozent aller Patienten mit ZVK (konventionelle ZVK, teilimplantierte ZVK, PICC-Line) in Ihrer Einrichtung mindestens ein Kode aus der Tabelle 1 dokumentiert wird.

_____ %

VIIb. Falls nicht bei allen der Patienten mit ZVK ein entsprechender Kode dokumentiert wird: Welche Gründe gibt es dafür?

VIIc. Gibt es möglicherweise bestimmte Patientengruppen unter den ZVK-Patienten Ihrer Einrichtung, bei denen in der Regel keiner der genannten Kodes dokumentiert wird?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Falls ja, welche?*

Erläuterungen zur Frage VIII

Über die definierten Abrechnungskodes sollen im QS-Verfahren möglichst viele der ZVK-Patienten identifiziert werden. Gleichzeitig sollen aber möglichst wenige Patienten, die **keinen** ZVK erhalten haben, eingeschlossen werden. Da die OPS-Kodes zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung sowie die aufgeführten ICD-Kodes (siehe Tabelle 1) auch dann dokumentiert werden können, wenn ein Patient **keinen** ZVK erhalten hat, interessiert uns Ihre Einschätzung hierzu.

VIII. Bitte geben Sie eine Einschätzung: Wie viel Prozent der Patienten Ihrer Einrichtung mit mindestens einem Kode aus den OPS-Kodes zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder einem der genannten ICD-Kodes, haben keinen ZVK (konventionelle ZVK, teilimplantierte ZVK oder PICC-Line) erhalten?

_____ %

[1] Verbrennungspatienten und neonatologische Patienten sollen hier nicht betrachtet werden. Diese werden über definierte, hier nicht separat aufgeführte Abrechnungskodes ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

IX. Falls Sie die Angaben anhand der Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses mit vertretbarem Aufwand im Rahmen der Machbarkeitsprüfung ermitteln können: Bei wie vielen der in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2013 behandelten Patienten wurde mindestens einer der in der Tabelle 1 definierten Kodes dokumentiert? Wichtig ist, dass sich die ermittelten Zahlen auf die Anzahl an Patienten und nicht auf die Anzahl abgerechneter Kodes beziehen, d.h. Patienten mit mehreren relevanten Kodes werden nur einmal gezählt.

Anzahl Patienten mit mindestens einem der definierten Kodes: _____

☐ Angaben hierzu sind nicht möglich.

☐ Angaben hierzu sind derzeit nicht möglich, die Informationen werden aber im Regelbetrieb erhebbar sein.

X. Falls Sie eine Zahl ermitteln konnten: Halten Sie die ermittelte Zahl an Patienten mit mindestens einem der Kodes für realistisch in Bezug auf die tatsächliche Anzahl an Patienten mit ZVK in Ihrer Einrichtung?

☐ realistisch

☐ zu hoch

☐ zu niedrig

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterungen zu den Fragen XIa und b

Im Regelbetrieb des QS-Verfahrens sollen im **Dokumentationsbogen „Infektion“** ebenfalls Patienten mit ZVK erfasst werden.[2] Als **zusätzliches Kriterium** muss jedoch eine **Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts** aufgetreten sein. Ob eine Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts aufgetreten ist, soll über die Dokumentation bestimmter Diagnosen im KIS identifiziert werden.

Eingeschlossen werden:

- Patienten, bei denen mindestens ein erregerspezifischer ICD-Kode zur Sepsis (Tabelle 2) **als Nebendiagnose** dokumentiert wurde.
- Patienten, bei denen eine definierte T-Diagnose (Tabelle 3) **in Kombination** mit einem ICD-Kode zu septischem Schock oder SIRS (Tabelle 4) **als Nebendiagnose** dokumentiert wurde.

Ausgeschlossen werden:

- Patienten, bei denen ein Kode zur Sepsis (Tabelle 5) **als Hauptdiagnose** kodiert wurde, da davon ausgegangen wird, dass bei diesen Patienten die Sepsis der primäre Grund der stationären Behandlung war.

Für alle auf diese Weise identifizierten Patienten soll im **Dokumentationsbogen „Infektion“** u.a. spezifiziert werden, ob es sich um eine ZVK-assoziierte primäre Sepsis (gemäß CDC-Kriterien) handelt oder ob die Sepsis eine andere Ursache hatte. Für das QS-Verfahren ist relevant, dass über diesen Algorithmus ein möglichst hoher Anteil aller Patienten mit ZVK-assoziierter primärer Sepsis eingeschlossen wird.

XIa. Bitte geben Sie eine Einschätzung, wie viel Prozent aller Patienten mit einer ZVK-assoziierten Sepsis in Ihrer Einrichtung über diesen Algorithmus identifiziert werden können.

_____ %

XIb. Falls nicht alle Patienten mit ZVK-assoziierter Sepsis über den Algorithmus identifiziert werden können: Welche Gründe gibt es dafür?

[2] Verbrennungspatienten und neonatologische Patienten sollen hier nicht betrachtet werden. Diese werden über definierte, hier nicht separat aufgeführte Abrechnungskodes ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterung zur Frage XII

Der **Dokumentationsbogen „Prozess“** soll im Regelbetrieb nur für eine Stichprobe der ZVK-Patienten je Einrichtung ausgefüllt werden. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung sollen drei Varianten einer solchen Stichprobe diskutiert werden. Allen drei Varianten ist gemeinsam, dass ZVK-Patienten über die Dokumentation definierter Abrechnungskodes im KIS (Tabelle 1) identifiziert werden sollen.

XII. Bitte bewerten Sie die drei Varianten hinsichtlich ihrer Praktikabilität (in Bezug auf die Verfügbarkeit der Informationen sowie den zeitlichen und organisatorischen Aufwand).

Variante 1: Für jeden ZVK-Patienten kann potenziell eine Dokumentationspflicht ausgelöst werden. Nach Ende eines definierten Zeitraums (z.B. eines Quartals) wird über einen Zufallsalgorithmus in der QS-Software entschieden, für welche ZVK-Patienten ein Dokumentationsbogen ausgefüllt werden muss. Das Krankenhaus erfährt also erst nach Ende dieses Zeitraums, für welche ZVK-Patienten rückwirkend ein (EDV-gestützter) Dokumentationsbogen ausgefüllt werden muss. Voraussetzung für diese Variante ist deshalb, dass die zu dokumentierenden Informationen regelhaft und vollständig in der Primärdokumentation (z.B. Patientenakte) vorliegen.

Bewertung der Variante 1:

1	2	3
☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = praktikabel 2 =bedingt praktikabel 3 = nicht praktikabel

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

Variante 2: Für jeden ZVK-Patienten kann potenziell eine Dokumentationspflicht ausgelöst werden. Zum Zeitpunkt der Dokumentation der relevanten Abrechnungskodes im KIS wird über einen Zufallsalgorithmus in der QS-Software entschieden, ob für den betreffenden ZVK-Patienten die Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Das Krankenhaus erfährt also zum Zeitpunkt der Dokumentation der betreffenden Abrechnungskodes, ob ein Dokumentationsbogen für einen Patienten ausgefüllt werden muss. Auch diese Variante setzt voraus, dass die zu dokumentierenden Informationen regelhaft in der Primärdokumentation (z.B. Patientenakte) vorliegen; je nach zeitlichem Abstand zwischen Behandlung und Erfassung der Abrechnungskodes kann die Dokumentation jedoch zeitnaher zum Krankenhausaufenthalt des betreffenden Patienten erfolgen.

Bewertung der Variante 2:

1	2	3
☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = praktikabel 2 =bedingt praktikabel 3 = nicht praktikabel

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Variante 3: Vor Beginn eines jeden Jahres wird pro Krankenhaus festgelegt, in welchen festen Zeiträumen eine Dokumentationspflicht für die ZVK-Patienten besteht. (Beispiel: Zu allen Patienten, bei denen im März, im Juni, im September und im Dezember ein ZVK gelegt wurde, muss ein **Dokumentationsbogen „Prozess“** ausgefüllt werden.) Das Krankenhaus erhält demnach bereits vor Dokumentation der Abrechnungskodes die Information, in welchen festen Zeiträumen ZVK-Patienten dokumentiert werden müssen. Der EDV-gestützte Dokumentationsbogen kann zwar erst zum Zeitpunkt der Dokumentation der Abrechnungskodes im KIS ausgelöst und somit ausgefüllt werden; im Gegensatz zu den Varianten 1 und 2 müssen jedoch die zu dokumentierenden Informationen nicht regelhaft in der Primärdokumentation eines jeden Falles vorliegen, sondern das Krankenhaus muss lediglich in den definierten Zeiträumen dafür Sorge tragen, dass die erforderlichen Informationen für die spätere EDV-gestützte Dokumentation festgehalten werden.

Bewertung der Variante 3:

1	2	3
☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = praktikabel 2 =bedingt praktikabel 3 = nicht praktikabel

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Neonatologie“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Fall 1

Fall 1 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	1	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	_____ Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	_____ g	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 1 – Basisdaten

Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	**Fehlbildungsliste:**
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:

Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phokomelien
Alpha-1-Antitrypsinmangel	Hypospadie	Pierre-Robin-Sequenz
Androgeninsensibilität	Kind einer diabetischen Mutter	Pulmonalstenose
Aortenisthmusstenose, leichte Formen	Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch	Pylorusstenose
Augenanomalien	Laryngomalazie	Skoliose
Bartter-Syndrom	Leistenhernie	Thrombozytopathien
Buphthalmos	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Thyreotoxikose
CHARGE-Assoziation	Low-T4-Syndrom	Trisomie 21
Dysplastische Zeichen (allgemein)	Marden-Walter-Syndrom	Tumor, abdomineller
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megaloenzephalie	Turner-Syndrom
Einzelniere	Mikrozephalie	VATER-Assoziation
Fußfehlstellungen	Mikrognathie	Ventrikelseptumdefekt
Gastroschisis	Naevi, erhabene kapilläre	Vorhofseptumdefekt
Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel	Niere, multizystische	Zwillinge, siamesische
Goldenhar-Syndrom	Omphalozele	

3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:

Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie	
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische	

4: letale Fehlbildungen:

Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte er lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein zentralvenöser Katheter (ZVK) angelegt war. Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: ▪ Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger **Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)** ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (>38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder ▪ Hypothermie (< 36.5°C) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s (RKZ) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u> *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)** Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger** KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. NRZ 2007 **Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Eine Sepsis gilt als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Die Fragen 5 und 6 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 4 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Fall Nr. 2

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	☐ 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	**Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei NeoKISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine Sepsis ist katheterassoziiert wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	_____ Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	_____ g	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 2 – Basisdaten

Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	**Fehlbildungsliste:**
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:

Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phokomelien
Alpha-1-Antitrypsinmangel	Hypospadie	Pierre-Robin-Sequenz
Androgeninsensibilität	Kind einer diabetischen Mutter	Pulmonalstenose
Aortenisthmusstenose, leichte Formen	Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch	Pylorusstenose
Augenanomalien	Laryngomalazie	Skoliose
Bartter-Syndrom	Leistenhernie	Thrombozytopathien
Buphthalmos	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Thyreotoxikose
CHARGE-Assoziation	Low-T4-Syndrom	Trisomie 21
Dysplastische Zeichen (allgemein)	Marden-Walter-Syndrom	Tumor, abdomineller
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megaloenzephalie	Turner-Syndrom
Einzelniere	Mikrozephalie	VATER-Assoziation
Fußfehlstellungen	Mikrognathie	Ventrikelseptumdefekt
Gastroschisis	Naevi, erhabene kapilläre	Vorhofseptumdefekt
Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel	Niere, multizystische	Zwillinge, siamesische
Goldenhar-Syndrom	Omphalozele	

3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:

Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie	
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische	

4: letale Fehlbildungen:

Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein zentralvenöser Katheter (ZVK) angelegt war. Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: ▪ Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger **Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)** ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (>38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder ▪ Hypothermie (< 36.5°C) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s (RKZ) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)** Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger** KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 **Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Eine Sepsis gilt als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt.

Die Fragen 5 und 6 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 4 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Fall Nr. 3

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	☐ 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	**Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine Sepsis ist katheterassoziiert wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	_____ Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	_____ g	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 3 – Basisdaten

Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	**Fehlbildungsliste:**
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:

Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phokomelien
Alpha-1-Antitrypsinmangel	Hypospadie	Pierre-Robin-Sequenz
Androgeninsensibilität	Kind einer diabetischen Mutter	Pulmonalstenose
Aortenisthmusstenose, leichte Formen	Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch	Pylorusstenose
Augenanomalien	Laryngomalazie	Skoliose
Bartter-Syndrom	Leistenhernie	Thrombozytopathien
Buphthalmos	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Thyreotoxikose
CHARGE-Assoziation	Low-T4-Syndrom	Trisomie 21
Dysplastische Zeichen (allgemein)	Marden-Walter-Syndrom	Tumor, abdomineller
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megaloenzephalie	Turner-Syndrom
Einzelniere	Mikrozephalie	VATER-Assoziation
Fußfehlstellungen	Mikrognathie	Ventrikelseptumdefekt
Gastroschisis	Naevi, erhabene kapilläre	Vorhofseptumdefekt
Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel	Niere, multizystische	Zwillinge, siamesische
Goldenhar-Syndrom	Omphalozele	

3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:

Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie	
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische	

4: letale Fehlbildungen:

Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein zentralvenöser Katheter (ZVK) angelegt war. Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: ▪ Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger **Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)** ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (>38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder ▪ Hypothermie (< 36.5°C) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s (RKZ) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)** Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger** KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 **Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Eine Sepsis gilt als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt.

Die Fragen 5 und 6 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 4 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Fall Nr. 4

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	☐ 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	**Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine Sepsis ist katheterassoziiert wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	_____ Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	_____ g	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 4 – Basisdaten

Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	**Fehlbildungsliste:**
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:

Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phokomelien
Alpha-1-Antitrypsinmangel	Hypospadie	Pierre-Robin-Sequenz
Androgeninsensibilität	Kind einer diabetischen Mutter	Pulmonalstenose
Aortenisthmusstenose, leichte Formen	Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch	Pylorusstenose
Augenanomalien	Laryngomalazie	Skoliose
Bartter-Syndrom	Leistenhernie	Thrombozytopathien
Buphthalmos	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Thyreotoxikose
CHARGE-Assoziation	Low-T4-Syndrom	Trisomie 21
Dysplastische Zeichen (allgemein)	Marden-Walter-Syndrom	Tumor, abdomineller
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megaloenzephalie	Turner-Syndrom
Einzelniere	Mikrozephalie	VATER-Assoziation
Fußfehlstellungen	Mikrognathie	Ventrikelseptumdefekt
Gastroschisis	Naevi, erhabene kapilläre	Vorhofseptumdefekt
Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel	Niere, multizystische	Zwillinge, siamesische
Goldenhar-Syndrom	Omphalozele	

3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:

Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie	
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische	

4: letale Fehlbildungen:

Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein zentralvenöser Katheter (ZVK) angelegt war. Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: ▪ Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger **Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)** ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (>38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder ▪ Hypothermie (< 36.5°C) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s (RKZ) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)** Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger** KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 **Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Eine Sepsis gilt als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt.

Die Fragen 5 und 6 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 4 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde → sonst bitte weiter bei Fall Nr. 5

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	☐ 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	**Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine Sepsis ist katheterassoziiert wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	_____ Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	_____ g	selbsterklärend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Fall 5 – Basisdaten

Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	**Fehlbildungsliste:**
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:

Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phokomelien
Alpha-1-Antitrypsinmangel	Hypospadie	Pierre-Robin-Sequenz
Androgeninsensibilität	Kind einer diabetischen Mutter	Pulmonalstenose
Aortenisthmusstenose, leichte Formen	Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch	Pylorusstenose
Augenanomalien	Laryngomalazie	Skoliose
Bartter-Syndrom	Leistenhernie	Thrombozytopathien
Buphthalmos	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	Thyreotoxikose
CHARGE-Assoziation	Low-T4-Syndrom	Trisomie 21
Dysplastische Zeichen (allgemein)	Marden-Walter-Syndrom	Tumor, abdomineller
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megaloenzephalie	Turner-Syndrom
Einzelniere	Mikrozephalie	VATER-Assoziation
Fußfehlstellungen	Mikrognathie	Ventrikelseptumdefekt
Gastroschisis	Naevi, erhabene kapilläre	Vorhofseptumdefekt
Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel	Niere, multizystische	Zwillinge, siamesische
Goldenhar-Syndrom	Omphalozele	

3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:

Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie	
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische	

4: letale Fehlbildungen:

Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	☐ 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	ZVK-Liegetage	_____ Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein zentralvenöser Katheter (ZVK) angelegt war. Jeder angebrochene Tag, an dem ein ZVK lag, wird als ein Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: ▪ Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. ▪ Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger **Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)** ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (>38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder ▪ Hypothermie (< 36.5°C) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s (RKZ) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)** Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. **Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger** KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) ▪ Fieber (> 38°C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5°C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarisierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 **Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Eine Sepsis gilt als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt.

Die Fragen 5 und 6 sind nur dann zu beantworten, wenn Frage 4 mit 1 = „ja“ beantwortet wurde

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	☐ 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	**Hinweis:** Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	☐ 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine Sepsis ist katheterassoziiert wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (fallbezogenen/stationär)
Dokumentationsbogen „Neonatologie“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Zusatzfragen für die fallbezogene Dokumentation (Neonatologie)

Erläuterungen
Im Rahmen der Neuentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens *Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* wurden folgende Indikatoren mit Bezug zu Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- bzw. Frühgeborenen entwickelt:

- „ZVK-assoziierte Sepsis bei Neugeborenen“ und
- „ZVK-assoziierte Sepsis bei Frühgeborenen“.

Mit den Indikatoren sollen Fälle von nosokomialer, primärer Sepsis erfasst werden, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines zentralen Venenkatheters stehen.

Die primäre Sepsis wird gemäß Surveillance-Protokoll NEO-KISS des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) definiert. In dieser Definition werden drei verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden. Für die drei Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend dem nachgewiesenen Erreger bzw. dem fehlenden Erregernachweis (siehe Ausfüllhinweise zum Datenfeld „Sepsis/SIRS“ im Dokumentationsbogen „Neonatologie“). Die Sepsis gilt nur dann als nosokomial, wenn sie später als 72 Stunden nach der Geburt auftritt. Als katheterassoziiert gilt die Sepsis dann, wenn ein zentraler Venenkatheter zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von zwei Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war. In den beiden Indikatoren werden die beobachteten Sepsisfälle auf ZVK-Liegetage (in 1000) bezogen; d.h. auf 1000 Tage, an denen bei allen betrachteten Kindern ein zentraler Venenkatheter angelegt war. Im Indikator „ZVK-assoziierte Sepsis bei Neugeborenen“ werden alle Neugeborenen, im Indikator „ZVK-assoziierte Sepsis bei Frühgeborenen“ alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g betrachtet. Kinder mit letalen Fehlbildungen sowie mit einem Gestationsalter von weniger als 24 Wochen werden aus den Indikatoren ausgeschlossen. Eine Risikoadjustierung ist für beide Indikatoren vorgesehen.

Aktuell werden im bestehenden Qualitätssicherungsverfahren *Neonatologie* folgende Indikatoren mit Bezug zu nosokomialen Infektionen erhoben:

- ID 51085: Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)
- ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)
- ID 51086: Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)
- ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)

In diesen Indikatoren wird ebenfalls die primäre, nosokomial erworbene Sepsis gemäß beschriebener Definition des NRZ erfasst. Es wird dabei im bestehenden Verfahren *Neonatologie* jedoch **jede** Form der Sepsis und nicht nur die ZVK-assoziierte Sepsis betrachtet, die Gegenstand der beiden neu entwickelten Indikatoren sein soll. Die Bezugsgröße dieser Indikatoren sind Behandlungstage (in 1000).

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Zur Berechnung der Indikatoren „ZVK-assoziierte Sepsis bei Neugeborenen“ und „ZVK-assoziierte Sepsis bei Frühgeborenen“ sollen drei zusätzliche Datenfelder in den Dokumentationsbogen des bestehenden Qualitätssicherungsverfahrens *Neonatologie* eingeführt werden. Es handelt sich um die Datenfelder

- „Zentralvenöser Katheter“,
- „ZVK-Liegetage“ sowie
- „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“.

I. <u>Bezogen auf die Dokumentation der drei zusätzlichen Datenfelder:</u> Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die folgenden Tätigkeiten <u>pro dokumentationspflichtigem Fall</u> im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Durchschnittlicher Zeitaufwand für…	≤ 2 Min.	≤ 5 Min.	≤ 10 Min.	≤ 20 Min.	≤ 30 Min.	> 30 Min.
Zusätzliche Primärdokumentation (z.B. in der Patientenakte)	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.
Ausfüllen der drei zusätzlichen Datenfelder	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Min.

II. Wie bewerten Sie den in Frage I geschätzten Zeitbedarf für die Dokumentation der drei zusätzlichen Datenfelder im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = mittlerer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

III. Wie bewerten Sie den Nutzen einer Erfassung der Indikatoren „ZVK-assoziierte Sepsis bei Neugeborenen“ und „ZVK-assoziierte Sepsis bei Frühgeborenen“ zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren mit Bezug zu nosokomialen Infektionen?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoch 2 = hoch 3 = mittel 4 = gering

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung.

IV. Gibt es Überschneidungen dieser beiden Indikatoren mit anderen Dokumentationsanforderungen (z.B. NEO-KISS)?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, mit welchen?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung
Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Einrichtungsbezogene Befragung (stationär)

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Durchschnittliche Fallschwere

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1.	Wie hoch ist der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) Ihrer Einrichtung?		

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2.	Wie hoch ist das durchschnittliche Relativgewicht der Patienten Ihrer Einrichtung?		

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 47b: Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung

Wird die Zahl der Blutkulturabnahmen bei allen stationären Patienten betrachtet, so liegt Deutschland im unteren europäischen Viertel. Die Häufigkeit der Untersuchung auf ZVK-assoziierte Sepsis steht nachgewiesenermaßen im Zusammenhang mit entsprechenden gemessenen Sepsisraten in Einrichtungen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3.	Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr in der gesamten Einrichtung vor?	Patiententage	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4.	Wie hoch ist die Anzahl der Blutkultursets, für die – bezogen auf die gesamte Einrichtung – eine Blutkulturdiagnostik veranlasst wurde?	Blutkultursets	Ein Blutkulturset besteht aus einer anaeroben und einer aeroben Blutkulturflasche.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 25: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit

Hinsichtlich der Händehygiene im Rahmen der Insertion und Pflege eines (teilimplantierten) ZVKs sowie eines Ports empfehlen nationale und internationale Leitlinien die hygienische Händedesinfektion

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5.	Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf der/ bzw. den Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit vor?	Patiententage	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf der/ bzw. den Station(en) mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit?	Liter	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 26: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit

Hinsichtlich der Händehygiene im Rahmen der Insertion und Pflege eines (teilimplantierten) ZVKs sowie eines Ports empfehlen nationale und internationale Leitlinien die hygienische Händedesinfektion

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7.	Wie viele Patiententage lagen im betreffenden Erfassungsjahr auf den Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit vor?	Patiententage	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im betreffenden Erfassungsjahr in Litern auf den Stationen ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit?	Liter	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 12a: Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK

Die Anwendung von Maßnahmenbündeln (Händedesinfektion, Mund-Nasenschutz, sterile Handschuhe, steriles Abdecktuch etc.) können zu einer Reduktion der ZVK-assoziierten Infektionen führen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 13**	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den im Zähler definierten Bereichen in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10.	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasenschutz - steriles Abdecktuch	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11.	In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor? *(Mehrere Antworten möglich)*	☐ Notaufnahme ☐ Operationssäle ☐ Intensivstationen ☐ Untersuchungs-/Behandlungsräume ☐ Verwaltung ☐ Sonstige	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 17: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel

Adäquate Hygienemaßnahmen führen bei der Pflege eines ZVK zu einer Verringerung der ZVK-assoziierten Sepsis.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 16**	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den im Zähler definierten Bereichen in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 21: Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung

Die Verbindungsstelle zwischen Katheter und Portkammer gilt als besonders anfällig für Kathetermigration und Materialbeschädigungen. Die aseptische und fixierte Konnektierung des Infusionssystems ist daher von Bedeutung.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
16.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 19**	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den im Zähler definierten Bereichen in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
17.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Beachtung der Einwirkzeit	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Fixierung der Kanüle	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Verwendung von Spezialkanülen	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
18.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 89a: Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen

Aseptische Bedingungen bei einer Infusionstherapie sind zwingend notwendig, um mikrobielle Kontaminationen an dem Infusionssystem oder durch Infusionslösungen zu vermeiden.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
19.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 22**	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den im Zähler definierten Bereichen in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
20.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion)	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Aseptisches Vorgehen	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen	☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt	
	▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
21.	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 91: Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK

Eine Arbeitsanweisung auf Grundlage aktuell gültiger Leitlinienempfehlungen erleichtert den Einrichtungen, standardisierte und evidenzbasierte Entscheidungen zeitnah im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port bzw. teilimplantiertem/getunneltem ZVK treffen zu können.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
22.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 25**	Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den im Zähler definierten Bereichen in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
23.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
24.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 49: Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie

Um ein adäquates Antibiotikum verabreichen zu können, muss das lokale Erregerspektrum berücksichtigt werden, da erhebliche Unterschiede in der epidemiologischen Relevanz von Erregern und Resistenzen in der Region, in der einzelnen Einrichtung und auf den jeweiligen Stationen vorliegen können.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
25.	Liegt in ihrer Einrichtung ein für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglicher, an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 27**	Der Standard gilt als zugänglich, wenn er in der gesamten Einrichtung online (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in der gesamten Einrichtung in Papierform vorhanden ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
26.	Die letzte Aktualisierung des einrichtungsinternen Standards erfolgte:	_____ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 71: Schulungskonzept

Die Schulung von Mitarbeitern und das Umsetzen von Präventionsstrategien führen zu signifikanten Reduktionen von Infektionsraten und Komplikationen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
27.	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 33**	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
28.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
29.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
30.	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? ▪ Ärzte ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte ▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
31.	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
32.	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 72a: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention

Eine regelmäßige Schulung und Aufklärung der Mitarbeiter über Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern wird empfohlen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe		Ausfüllhinweis
33.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?			
		Anteil	Personal nicht vorhanden	
	▪ Ärzte	_____ %	☐	
	▪ Ärzte im Praktischen Jahr	_____ %	☐	
	▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte	_____ %	☐	
	▪ Pflegeassistenten (zweijährige Ausbildung)	_____ %	☐	
	▪ Pflegehelfer (einjährige Ausbildung)	_____ %	☐	
	▪ medizinische Fachangestellte	_____ %	☐	
	▪ Reinigungskräfte	_____ %	☐	
	▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung	_____ %	☐	
	▪ Mitarbeiter der Küche	_____ %	☐	
	▪ Mitarbeiter der Verwaltung	_____ %	☐	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (einrichtungsbezogen/stationär)

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Zusatzfragen für die einrichtungsbezogene Befragung (stationär)

I. Welche Personen waren an der Ermittlung der Information für die Beantwortung der Einrichtungsbefragung beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ OP-Personal
- ☐ Andere _____
- ☐ Ärztliche Direktion
- ☐ Bereichs-/Stationsleitung Pflege
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Pflegedirektion
- ☐ Pflegekräfte
- ☐ (Medizin-)Controlling
- ☐ Chefärzte der Fachabteilungen mit ZVK-Patienten
- ☐ Laborleitung
- ☐ Personalabteilung
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt
- ☐ OP-Manager
- ☐ Einkauf

II. Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Zeitaufwand *(Tage x Mitarbeiter)*	≤ ½ Tag	≤ 1Tag	≤ 2 Tage	≤ 3 Tage	> 3 Tage
Zusammenstellen bzw. Ermitteln der notwendigen Informationen und Daten für die Einrichtungsbefragung	☐	☐	☐	☐	☐ Tage

Zeitaufwand *(Stunden x Mitarbeiter)*	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	☐	☐	☐	☐	☐ Std.

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

© 2014 AQUA-Institut GmbH

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, mit welchen?*

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ OP-Personal
- ☐ Andere _____
- ☐ Ärztliche Direktion
- ☐ Bereichs-/Stationsleitung Pflege
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Pflegedirektion
- ☐ Pflegekräfte
- ☐ (Medizin-)Controlling
- ☐ Chefärzte der Fachabteilungen mit ZVK-Patienten
- ☐ Laborleitung
- ☐ Personalabteilung
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt
- ☐ OP-Manager
- ☐ Einkauf

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = voll und ganz, 2 = größtenteils, 3 = teilweise, 4 = kaum, 5 = nein

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

VII. Halten Sie das QS-Verfahren in dieser Form für praktikabel?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterung zu den Fragen VIII und IX:
Im Regelbetrieb dieses Qualitätssicherungsverfahrens ist vorgesehen, die Indikatoren nicht einzeln, sondern zusammengefasst in einem sogenannten Index „Hygiene- und Infektionsmanagement“ auszuwerten. Für den Index ist eine maximal zu erreichende Gesamtpunktzahl festgelegt. Jedem einzelnen Qualitätsindikator ist wiederum eine bestimmte erreichbare Punktzahl zugeordnet, welche die Gewichtung des einzelnen Indikators innerhalb des Index abbildet. Die Basis für die erreichbare Gesamtpunktzahl bildet eine detaillierte Punktebewertung der einzelnen Antwortmöglichkeiten zu jedem Indikator.

Die Bildung eines Index ermöglicht eine zusammenfassende Beurteilung des hygienischen Handelns einer Einrichtung über die verschiedenen Indikatoren hinweg. Darüber hinaus ist vorgesehen, den Leistungserbringern die Ergebnisse aller Einzelindikatoren eines Index inklusive der zugehörigen Benchmarks zurückzuspiegeln, sodass keine Informationen verloren gehen und konkrete Potenziale bzw. Handlungsbedarfe deutlich erkannt werden können.

VIII. Halten Sie eine Indexbildung bei der Einrichtungsbefragung für sinnvoll?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung
Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Einrichtungsbezogene Befragung (ambulant)

Stand: 15. April 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

ID 17: Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel

Adäquate Hygienemaßnahmen führen bei der Pflege eines ZVK zu einer Verringerung der ZVK-assoziierten Sepsis.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 4**	Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	☐☐.☐☐ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 21: Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung

Die Verbindungsstelle zwischen Katheter und Portkammer gilt als besonders anfällig für Kathetermigration und Materialbeschädigungen. Die aseptische und fixierte Konnektierung des Infusionssystems ist daher von Bedeutung.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 7**	Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Beachtung der Einwirkzeit	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Fixierung der Kanüle	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Verwendung von Spezialkanülen	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	☐☐.☐☐ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 89a: Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen

Aseptische Bedingungen bei einer Infusionstherapie sind zwingend notwendig, um mikrobielle Kontaminationen an dem Infusionssystem oder durch Infusionslösungen zu vermeiden.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 10**	Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Hygienische Händedesinfektion	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion)	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Aseptisches Vorgehen	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen	☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt	
	▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9.	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	☐☐.☐☐ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 91: Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK

Eine Arbeitsanweisung auf Grundlage aktuell gültiger Leitlinienempfehlungen erleichtert den Einrichtungen, standardisierte und evidenzbasierte Entscheidungen zeitnah im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port bzw. teilimplantiertem/getunneltem ZVK treffen zu können.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 13**	Für die ambulanten Arztpraxen gilt die Arbeitsanweisung als zugänglich, wenn sie zentral abgelegt ist.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, was muss verändert werden?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?		
	▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss	☐ Ja ☐ Nein	
	▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	☐☐.☐☐ [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 71: Schulungskonzept

Die Schulung von Mitarbeitern und das Umsetzen von Präventionsstrategien führen zu signifikanten Reduktionen von Infektionsraten und Komplikationen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13.	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	☐ Ja ☐ Nein **Nein: → weiter mit Frage 19**	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
16.	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? ▪ Ärzte ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte ▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
17.	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
18.	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1" nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ID 72a: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention

Eine regelmäßige Schulung und Aufklärung der Mitarbeiter über Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern wird empfohlen.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe		Ausfüllhinweis
19.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?			
		Anteil	Personal nicht vorhanden	
	▪ Ärzte	_____ %	☐	
	▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte	_____ %	☐	
	▪ medizinische Fachangestellte	_____ %	☐	
	▪ Reinigungskräfte	_____ %	☐	
	▪ Mitarbeiter der Verwaltung	_____ %	☐	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?*
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(bitte B.1 beantworten)* (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.*
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? ☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn ja, wie sollte dieser lauten?*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung
Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (einrichtungsbezogen/ambulant)

Stand: 15. April 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Zusatzfragen für die einrichtungsbezogene Befragung (ambulante Einrichtungen)

I. Welche Personen waren an der Ermittlung der Information für die Beantwortung der Einrichtungsbefragung beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Leitung des MVZ
- ☐ alle Mitarbeiter der Praxis/des MVZ
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Praxisinhaber
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Andere _____
- ☐ alle ärztlichen Kollegen der Gemeinschaftspraxis/des MVZ
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt

II. Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Zeitaufwand *(Tage x Mitarbeiter)*	≤ ½ Tag	≤ 1Tag	≤ 2 Tage	≤ 3 Tage	> 3 Tage
Zusammenstellen bzw. Ermitteln der notwendigen Informationen und Daten für die Einrichtungsbefragung	☐	☐	☐	☐	☐ Tage

Zeitaufwand *(Stunden x Mitarbeiter)*	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	☐	☐	☐	☐	☐ Std.

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

© 2014 AQUA-Institut GmbH

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, mit welchen?*

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Leitung des MVZ
- ☐ alle Mitarbeiter der Praxis/des MVZ
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Praxisinhaber
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Andere _____
- ☐ alle ärztlichen Kollegen der Gemeinschaftspraxis/des MVZ
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = voll und ganz, 2 = größtenteils, 3 = teilweise, 4 = kaum, 5 = nein

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

VII. Halten Sie das QS-Verfahren in dieser Form für praktikabel?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterung zu den Fragen VIII und IX:
Im Regelbetrieb dieses Qualitätssicherungsverfahrens ist vorgesehen, die Indikatoren nicht einzeln, sondern zusammengefasst in einem sogenannten Index „Hygiene- und Infektionsmanagement“ auszuwerten. Für den Index ist eine maximal zu erreichende Gesamtpunktzahl festgelegt. Jedem einzelnen Qualitätsindikator ist wiederum eine bestimmte erreichbare Punktzahl zugeordnet, welche die Gewichtung des einzelnen Indikators innerhalb des Index abbildet. Die Basis für die erreichbare Gesamtpunktzahl bildet eine detaillierte Punktebewertung der einzelnen Antwortmöglichkeiten zu jedem Indikator.

Die Bildung eines Index ermöglicht eine zusammenfassende Beurteilung des hygienischen Handelns einer Einrichtung über die verschiedenen Indikatoren hinweg. Darüber hinaus ist vorgesehen, den Leistungserbringern die Ergebnisse aller Einzelindikatoren eines Index inklusive der zugehörigen Benchmarks zurückzuspiegeln, sodass keine Informationen verloren gehen und konkrete Potenziale bzw. Handlungsbedarfe deutlich erkannt werden können.

VIII. Halten Sie eine Indexbildung bei der Einrichtungsbefragung für sinnvoll?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

X. Welches Praxisverwaltungs- bzw. Arztinformationssystem kommt bei Ihnen zum Einsatz?

Anbieter:	
Bezeichnung:	

XI. Welche Module werden dadurch abgedeckt?

- ☐ Patientenverwaltung
- ☐ Abrechnung
- ☐ Falldokumentation
- ☐ Sonstige _____

XII. Welche sonstigen Softwaresysteme verwenden Sie in der Praxis/MVZ und wofür verwenden Sie diese?

Name:		Aufgabe:	
Name:		Aufgabe:	
Name:		Aufgabe:	

XIII. Nehmen Sie an (freiwilligen oder verpflichtenden) QS-Dokumentationsverfahren teil?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, welche(s)?*

XIII-a. Falls (XIII.) ja: sind diese softwareunterstützt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

XIII-b. Falls (XIII-a.) ja: ist die Software in Ihre bestehenden Systeme integriert worden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (einrichtungsbezogen/ambulant)
Hämato-onkologische Ambulanzen/Tageskliniken

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Institutionskennzeichen:	

Zusatzfragen für die einrichtungsbezogene Befragung (hämato-onkologische Ambulanzen/Tageskliniken)

I. Welche Personen waren an der Ermittlung der Information für die Beantwortung der Einrichtungsbefragung beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ Leitender Arzt der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ nicht-ärztliche Mitarbeiter der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Einkauf
- ☐ Ärztliche Direktion
- ☐ Weitere Ärzte der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt
- ☐ (Medizin-) Controlling
- ☐ Andere _____
- ☐ Pflegedirektion
- ☐ Bereichs-/Stationsleitung Pflege
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Personalabteilung

II. Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Zeitaufwand *(Tage x Mitarbeiter)*	≤ ½ Tag	≤ 1 Tag	≤ 2 Tage	≤ 3 Tage	> 3 Tage
Zusammenstellen bzw. Ermitteln der notwendigen Informationen und Daten für die Einrichtungsbefragung	☐	☐	☐	☐	☐ Tage

Zeitaufwand *(Stunden x Mitarbeiter)*	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	☐	☐	☐	☐	☐ Std.

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

© 2014 AQUA-Institut GmbH

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **ja**, mit welchen?*

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ Leitender Arzt der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ nicht-ärztliche Mitarbeiter der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ QM-Beauftragter
- ☐ Einkauf
- ☐ Ärztliche Direktion
- ☐ Weitere Ärzte der Ambulanz/Tagesklinik
- ☐ Hygienebeauftragter Arzt
- ☐ (Medizin-) Controlling
- ☐ Andere _____
- ☐ Pflegedirektion
- ☐ Bereichs-/Stationsleitung Pflege
- ☐ Hygienefachkraft
- ☐ Personalabteilung

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Bewertungsskala: 1 = voll und ganz, 2 = größtenteils, 3 = teilweise, 4 = kaum, 5 = nein

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

VII. Halten Sie das QS-Verfahren in dieser Form für praktikabel?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Erläuterung zu den Fragen VIII und IX:
Im Regelbetrieb dieses Qualitätssicherungsverfahrens ist vorgesehen, die Indikatoren nicht einzeln, sondern zusammengefasst in einem sogenannten Index „Hygiene- und Infektionsmanagement“ auszuwerten. Für den Index ist eine maximal zu erreichende Gesamtpunktzahl festgelegt. Jedem einzelnen Qualitätsindikator ist wiederum eine bestimmte erreichbare Punktzahl zugeordnet, welche die Gewichtung des einzelnen Indikators innerhalb des Index abbildet. Die Basis für die erreichbare Gesamtpunktzahl bildet eine detaillierte Punktebewertung der einzelnen Antwortmöglichkeiten zu jedem Indikator.

Die Bildung eines Index ermöglicht eine zusammenfassende Beurteilung des hygienischen Handelns einer Einrichtung über die verschiedenen Indikatoren hinweg. Darüber hinaus ist vorgesehen, den Leistungserbringern die Ergebnisse aller Einzelindikatoren eines Index inklusive der zugehörigen Benchmarks zurückzuspiegeln, sodass keine Informationen verloren gehen und konkrete Potenziale bzw. Handlungsbedarfe deutlich erkannt werden können.

VIII. Halten Sie eine Indexbildung bei der Einrichtungsbefragung für sinnvoll?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**	*Wenn **nein**, begründen Sie dies bitte.*

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Merkblatt zur Vorbereitung des Vor-Ort-Interviews

Mit diesem Merkblatt möchten wir Ihnen die zur Vorbereitung des Vor-Ort-Interviews notwendigen Informationen an die Hand geben. Um unsere Besuche möglichst effizient zu gestalten, bitten wir Sie, die Ihnen nun vorliegenden Fragebögen im Vorfeld der Besuche auszufüllen bzw. ausfüllen zu lassen und uns die ausgefüllten Fragebögen vor dem vereinbarten Termin für das Vor-Ort-Interview zukommen lassen. So können wir uns in den Interviews auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich auf Ihr Feedback und Ihre Anregungen.

Welche Fragebögen sollen ausgefüllt werden und welche Angaben werden erwartet?

1. Fragebögen für die fallbezogene Befragung

1a) Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Prozess“

- In diesem Dokumentationsbogen sollen **Patienten mit konventionellem ZVK, teilimplantiertem ZVK oder PICC-Line-Katheter** dokumentiert werden. Patienten mit Portkatheter sollen nicht erfasst werden.
- In der **Tabelle 1** im beiliegenden Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ finden Sie Abrechnungskodes aufgelistet, die Sie bei der Suche nach entsprechenden Patienten nutzen können.
- Insgesamt sollen **20 abgeschlossene Fälle** Ihrer Einrichtung dokumentiert werden.

1b) Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Infektion“

- Bei den in diesem Bogen zu dokumentierenden Patienten muss es sich nicht zwingend um Fälle mit ZVK-assoziierter Sepsis handeln. Die Patienten sollen jedoch die folgenden Eigenschaften erfüllen:
  - **Versorgung über einen konventionellen ZVK, teilimplantierten ZVK oder PICC-Line-Katheter**
  - **Auftreten einer Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts**
  - **Vorhandensein eines zentralvenösen Katheters innerhalb von 2 Tagen vor dem Auftreten der Sepsis**
- Um mithilfe von Abrechnungskodes entsprechende Patienten zu identifizieren, können Sie die **Tabellen 1 bis 5** im beiliegenden Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ nutzen.
- Insgesamt sollen **10 abgeschlossene Fälle** dokumentiert werden.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH · Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen
Telefon (+49) 0551/789 52 -0 · Telefax (+49) 0551/789 52-10 · office@aqua-institut.de · www.aqua-institut.de
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi · Prokurist: Dipl.-Kfm. Björn Broge
Amtsgericht Göttingen HRB 2616 · USt-IdNr. DE174234398 · Steuer-Nr. 20/200/12671

1c) Zusatzfragen zur fallbezogenen Befragung

- In diesen Zusatzfragen werden Sie um allgemeine Einschätzungen bzw. Beurteilungen zur fallbezogenen Dokumentation, u.a. in Bezug auf den Dokumentationsaufwand und mögliche Varianten einer Stichprobenziehung gebeten.
- In einigen Fragen bitten wir Sie um Ihre Einschätzung, inwieweit bestimmte Abrechnungskodes geeignet wären, um im Regelbetrieb bestimmte Patientengruppen identifizieren zu können. Die betreffenden Abrechnungskodes finden Sie in den Tabellen im Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ aufgelistet.

2. Fragebögen für die einrichtungsbezogene Befragung

2a) Einrichtungsbezogene Befragung

- Dieser Bogen enthält Fragen, die Ihr Krankenhaus insgesamt betreffen. Basis für konkrete (Zahlen-) Werte ist jeweils das Kalenderjahr 2013.

2b) Zusatzfragen zur einrichtungsbezogenen Befragung

- In diesen Zusatzfragen werden Sie um allgemeine Einschätzungen bzw. Beurteilungen zur einrichtungsbezogenen Befragung gebeten.

Was ist beim Ausfüllen der Fragebögen zu beachten?

In den Fragebögen zur fall- sowie zur einrichtungsbezogenen Befragung finden Sie zwei unterschiedliche Fragetypen:

1. Fragen, die die entsprechenden Fälle bzw. Ihre Einrichtung betreffen. Diese Fragen sollen in einem späteren Regelbetrieb für die Erhebung der Qualitätsindikatoren verwendet werden. Bitte beantworten Sie die Fragen entsprechend den vorliegenden Fällen bzw. entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung.
2. Mithilfe der grau markierten und jeweils mit A bis C gekennzeichneten Fragen sollen die fall- bzw. einrichtungsbezogenen Fragen hinsichtlich Verständlichkeit der Fragen und Verfügbarkeit der Informationen beurteilt werden.

Sofern Sie die Fragen zu den Fällen bzw. zu Ihrer Einrichtung nicht beantworten können, interessieren uns die Gründe und etwaige Verbesserungsvorschläge, damit wir die Fragebögen vor Verwendung in einem späteren Regelbetrieb ggf. entsprechend anpassen können. Bitte beantworten Sie daher bezüglich jeder Frage die Fragen nach Verständlichkeit, Verfügbarkeit und nach dem ggf. notwendigen Ausfüllhinweis (Fragen A bis C) bzw. vermerken Sie, warum Sie welche Fragen nicht beantworten können oder nicht verständlich finden.

Wie werden die Vor-Ort-Interviews durchgeführt und wessen Anwesenheit ist erforderlich?

Für das Vor-Ort-Interview werden zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts anwesend sein. Nach einer kurzen Vorstellung des QS-Verfahrens möchten wir die fall- und die einrichtungsbezogenen Befragungsteile sowie die zugehörigen Zusatzfragen mit Ihnen besprechen. Aus diesem Grund ist es für uns sehr wichtig, dass die für die Beantwortung der Befragungsunterlagen zuständigen Ansprechpartner Ihres Hauses anwesend sind. Bitte halten Sie auch die ausgewählten Fallakten für den Interviewtermin bereit, falls Nachfragen auftreten (Unsere Interviewer werden selbst keinen Einblick in die Patientenakten nehmen!).

Wer sind Ihre Ansprechpartner im AQUA-Institut?

Für medizinisch-inhaltliche Fragestellungen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Dr. med. Klaus Richter
Tel.: 0551/789 52-253
E-Mail: klaus.richter@aqua-institut.de

Frau Stephanie Wrede
Tel.: 0551/789 52-176
E-Mail: stephanie.wrede@aqua-institut.de

Für organisatorische und terminliche Fragen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Lars Behrenz
Tel.: 0551/789 52-133
E-Mail: lars.behrenz@aqua-institut.de

Frau Stefanie Wache
Tel.: 0551/789 52-256
E-Mail: stefanie.wache@aqua-institut.de

Merkblatt zur Vorbereitung des Vor-Ort-Interviews

Mit diesem Merkblatt möchten wir Ihnen die zur Vorbereitung des Vor-Ort-Interviews notwendigen Informationen an die Hand geben. Um unsere Besuche möglichst effizient zu gestalten, bitten wir Sie, die Ihnen nun vorliegenden Fragebögen im Vorfeld der Besuche auszufüllen bzw. ausfüllen zu lassen und uns die ausgefüllten Fragebögen vor dem vereinbarten Termin für das Vor-Ort-Interview zukommen lassen. So können wir uns in den Interviews auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich auf Ihr Feedback und Ihre Anregungen.

Welche Fragebögen sollen ausgefüllt werden und welche Angaben werden erwartet?

1. <u>Fragebögen für die fallbezogene Befragung zu den Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“</u>

1a) <u>Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Prozess“</u>

- In diesem Dokumentationsbogen sollen **Patienten mit konventionellem ZVK, teilimplantiertem ZVK oder PICC-Line-Katheter** dokumentiert werden. Patienten mit Portkatheter sollen nicht erfasst werden.
- In der **Tabelle 1** im beiliegenden Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ finden Sie Abrechnungskodes aufgelistet, die Sie bei der Suche nach entsprechenden Patienten nutzen können.
- Insgesamt sollen **20 abgeschlossene Fälle** Ihrer Einrichtung dokumentiert werden.

1b) <u>Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Infektion“</u>

- Bei den in diesem Bogen zu dokumentierenden Patienten muss es sich nicht zwingend um Fälle mit ZVK-assoziierter Sepsis handeln. Die Patienten sollen jedoch die folgenden Eigenschaften erfüllen:
  - **Versorgung über einen konventionellen ZVK, teilimplantierten ZVK oder PICC-Line-Katheter**
  - **Auftreten einer Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts**
  - **Vorhandensein eines zentralvenösen Katheters innerhalb von 2 Tagen vor dem Auftreten der Sepsis**
- Um mithilfe von Abrechnungskodes entsprechende Patienten zu identifizieren, können Sie die **Tabellen 1 bis 5** im beiliegenden Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ nutzen.
- Insgesamt sollen **10 abgeschlossene Fälle** dokumentiert werden.

1c) <u>Zusatzfragen zur fallbezogenen Befragung: Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“</u>

- In diesen Zusatzfragen werden Sie um allgemeine Einschätzungen bzw. Beurteilungen zur fallbezogenen Dokumentation (Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“), u.a. in Bezug auf den Dokumentationsaufwand und mögliche Varianten einer Stichprobenziehung gebeten.
- In einigen Fragen bitten wir Sie um Ihre Einschätzung, inwieweit bestimmte Abrechnungskodes geeignet wären, um im Regelbetrieb bestimmte Patientengruppen identifizieren zu können. Die betref-

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH · Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen
Telefon (+49) 0551/789 52 -0 · Telefax (+49) 0551/789 52-10 · office@aqua-institut.de · www.aqua-institut.de
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi · Prokurist: Dipl.-Kfm. Björn Broge
Amtsgericht Göttingen HRB 2616 · USt-IdNr. DE174234398 · Steuer-Nr. 20/200/12671

fenden Abrechnungskodes finden Sie in den Tabellen im Merkblatt „Kodes zur Fallauswahl“ aufgelistet.

2. Fragebögen für die fallbezogene Befragung zum Dokumentationsbogen „Neonatologie“

2a) Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Neonatologie“

- Bei den in diesem Bogen zu dokumentierenden Patienten soll es sich um Patienten handeln, die mindestens die folgenden Eigenschaften erfüllen:
  - **Dokumentationspflichtig im bestehenden QS-Verfahren „Neonatologie“**
  - **Anlage eines ZVK im Rahmen des stationären Aufenthalts**
- Nach Möglichkeit sollten diese Fälle zusätzlich die folgenden Eigenschaften erfüllen:
  - **Auftreten einer primären Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts – später als 72 Stunden nach Geburt**
  - **Vorhandensein eines zentralvenösen Katheters innerhalb von 2 Tagen vor dem Auftreten der Sepsis**
- Es sollen insgesamt **5 abgeschlossene Fälle** Ihrer Einrichtung dokumentiert werden.

2b) Zusatzfragen zur fallbezogenen Befragung: Dokumentationsbogen „Neonatologie“

- In diesem Befragungsteil werden Sie um allgemeine Einschätzungen bzw. Beurteilungen zur fallbezogenen Dokumentation in Bezug auf den Dokumentationsbogen „Neonatologie“ gebeten.

3. Fragebögen für die einrichtungsbezogene Befragung

3a) Einrichtungsbezogene Befragung

- Dieser Bogen enthält Fragen, die Ihr Krankenhaus insgesamt betreffen. Basis für konkrete (Zahlen-) Werte ist jeweils das Kalenderjahr 2013.

3b) Zusatzfragen zur einrichtungsbezogenen Befragung

- In diesen Zusatzfragen werden Sie um allgemeine Einschätzungen bzw. Beurteilungen zur einrichtungsbezogenen Dokumentation gebeten.

Was ist beim Ausfüllen der Fragebögen zu beachten?

In den Fragebögen zur fall- sowie zur einrichtungsbezogenen Befragung finden Sie zwei unterschiedliche Fragetypen:

1. Fragen, die die entsprechenden Fälle bzw. Ihre Einrichtung betreffen. Diese Fragen sollen in einem späteren Regelbetrieb für die Erhebung der Qualitätsindikatoren verwendet werden. Bitte beantworten Sie die Fragen entsprechend den vorliegenden Fällen bzw. entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung.
2. Mithilfe der grau markierten und jeweils mit A bis C gekennzeichneten Fragen sollen die fall- bzw. einrichtungsbezogenen Fragen hinsichtlich Verständlichkeit der Fragen und Verfügbarkeit der Informationen beurteilt werden.

Sofern Sie die Fragen zu den Fällen bzw. zu Ihrer Einrichtung nicht beantworten können, interessieren uns die Gründe und etwaige Verbesserungsvorschläge, damit wir die Fragebögen vor Verwendung in einem späteren Regelbetrieb ggf. entsprechend anpassen können. Bitte beantworten Sie daher bezüglich jeder Frage die Fragen nach Verständlichkeit, Verfügbarkeit und nach dem ggf. notwendigen Ausfüllhinweis (Fragen A bis C) bzw. vermerken Sie, warum Sie welche Fragen nicht beantworten können oder nicht verständlich finden.

Wie werden die Vor-Ort-Interviews durchgeführt und wessen Anwesenheit ist erforderlich?

Für das Vor-Ort-Interview werden zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts anwesend sein. Nach einer kurzen Vorstellung des QS-Verfahrens möchten wir die fall- und die einrichtungsbezogenen Befragungsteile sowie die zugehörigen Zusatzfragen mit Ihnen besprechen. Aus diesem Grund ist es für uns sehr wichtig, dass die für die Beantwortung der Befragungsunterlagen zuständigen Ansprechpartner Ihres Hauses anwesend sind. Bitte halten Sie auch die ausgewählten Fallakten für den Interviewtermin bereit, falls Nachfragen auftreten (Unsere Interviewer werden selbst keinen Einblick in die Patientenakten nehmen!).

Wer sind Ihre Ansprechpartner im AQUA-Institut?

Für medizinisch-inhaltliche Fragestellungen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Dr. med. Klaus Richter
Tel.: 0551/789 52-253
E-Mail: klaus.richter@aqua-institut.de

Frau Stephanie Wrede
Tel.: 0551/789 52-176
E-Mail: stephanie.wrede@aqua-institut.de

Für organisatorische und terminliche Fragen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Lars Behrenz
Tel.: 0551/789 52-133
E-Mail: lars.behrenz@aqua-institut.de

Frau Stefanie Wache
Tel.: 0551/789 52-256
E-Mail: stefanie.wache@aqua-institut.de

Merkblatt zur Vorbereitung der Vor-Ort-Interviews

Mit diesem Merkblatt möchten wir Ihnen die zur Vorbereitung des Vor-Ort-Interviews notwendigen Informationen an die Hand geben. Uns ist bewusst, dass Sie mit der Teilnahme an der Machbarkeitsprüfung zusätzliche Arbeit auf sich nehmen. Wir möchten daher unsere Besuche möglichst zeiteffizient gestalten. Sie können uns dabei helfen, indem Sie die Ihnen nun vorliegenden Fragebögen im Vorfeld der Besuche ausfüllen bzw. ausfüllen lassen und uns die ausgefüllten Fragebögen etwa eine Woche vor dem mit Ihnen vereinbarten Termin für das Vor-Ort-Interview zukommen lassen. Auf die Art können Sie und wir uns in den Interviews auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich die Aufnahme Ihrer Angaben, aber vor allem auf Ihr Feedback und Ihre Anregungen.
Für das Vor-Ort-Interview werden ein oder zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts anwesend sein. Nach einer kurzen Vorstellung des Verfahrens möchten wir die einrichtungsbezogene Befragung sowie die Zusatzfragen zur einrichtungsbezogenen Befragung mit Ihnen besprechen.

Welche Antworten werden von Ihnen erwartet?
Die Fragen der einrichtungsbezogenen Befragung sowie die Zusatzfragen sollten vorab von Ihnen beantwortet und die Antworten auf dem jeweiligen Fragebogen festgehalten werden.

In dem Dokument zur einrichtungsbezogenen Befragung findet Sie zwei unterschiedliche „Fragetypen“:

- Die Fragen 1 bis 19 sind Fragen, die Ihre Einrichtung betreffen. Bitte beantworten Sie diese Fragen entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung. Basis für konkrete (Zahlen-)Werte ist dabei jeweils das Kalenderjahr 2013.
- Mithilfe der grau markierten und jeweils mit A bis C gekennzeichneten Fragen sollen die Fragen 1 bis 19 von Ihnen hinsichtlich Verständlichkeit und Verfügbarkeit der Informationen beurteilt werden

Sofern Sie die Fragen 1 bis 19 nicht beantworten können, interessieren uns hier die Begründung und etwaige Verbesserungsvorschläge. Bitte beantworten Sie daher für jede Frage auf jeden Fall die Fragen nach Verständlichkeit, Verfügbarkeit und nach dem ggf. notwendigen Ausfüllhinweis (Fragen A bis C) bzw. vermerken Sie, warum Sie welche Fragen nicht beantworten können oder nicht verständlich finden.

Wer sind Ihre Ansprechpartner im AQUA-Institut?

Für medizinisch-inhaltliche Fragestellungen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Dr. med. Klaus Richter	Frau Stephanie Wrede
Tel.: 0551/789 52-253	Tel.: 0551/789 52-176
E-Mail: klaus.richter@aqua-institut.de	E-Mai: stephanie.wrede@aqua-institut.de

Für organisatorische und terminliche Fragen wenden Sie sich bitte an:

Herrn Lars Behrenz	Frau Stefanie Wache
Tel.: 0551/789 52-133	Tel.: 0551/789 52-256
E-Mail: lars.behrenz@aqua-institut.de	E-Mail: stefanie.wache@aqua-institut.de

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Merkblatt: Kodes zur Fallauswahl
für die Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“

Stand: 5. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Abrechnungskodes für die Suche nach Patienten mit konventionellem ZVK, teilimplantiertem ZVK sowie PICC-Line-Kathetern

Tabelle 1: Einschluss-Kodes ZVK

OPS-Kode	Titel
Zentraler Venenkatheter	
8-831.-	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen
8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel
8-831.x	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Sonstiges
8-831.y	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: N.n.bez.
Venöses Katheterverweilsystem (Port oder teilimplantierter/getunnelter ZVK)	
5-399.5	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
Messung des zentralen Venendrucks	
8-931.-	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks
8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks – ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks – mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
Intensivmedizinische Komplexbehandlung	
8-980.-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1-	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-980.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2-	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-980.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.3-	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-980.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.4-	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-980.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.5-	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-980.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.6-	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-980.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-980.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-980.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-980.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-980.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-980.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	19321 und mehr Aufwandspunkte

© 2014 AQUA-Institut GmbH

OPS-Kode	Titel
Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter	
8-98.d-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98d.0	1 bis 196 Aufwandspunkte
8.98d.1	197 bis 392 Aufwandspunkte
8.98d.2	393 bis 588 Aufwandspunkte
8.98d.3	589 bis 784 Aufwandspunkte
8.98d.4	785 bis 980 Aufwandspunkte
8.98d.5	981 bis 1176 Aufwandspunkte
8.98d.6	1177 bis 1470 Aufwandspunkte
8.98d.7	1471 bis 1764 Aufwandspunkte
8.98d.8	1765 bis 2058 Aufwandspunkte
8.98d.9	2059 bis 2352 Aufwandspunkte
8.98d.a	2353 bis 2646 Aufwandspunkte
8.98d.b	2647 bis 2940 Aufwandspunkte
8.98d.c	2941 bis 3430 Aufwandspunkte
8.98d.d	3431 bis 3920 Aufwandspunkte
8.98d.e	3921 bis 4410 Aufwandspunkte
8.98d.f	4411 bis 4900 Aufwandspunkte
8.98d.g	4901 bis 5880 Aufwandspunkte
8.98d.h	5881 bis 6860 Aufwandspunkte
8.98d.j	6861 bis 7840 Aufwandspunkte
8.98d.k	7841 bis 9800 Aufwandspunkte
8.98d.m	9801 bis 11760 Aufwandspunkte
8.98d.n	11761 bis 13720 Aufwandspunkte
8.98d.p	13721 bis 16660 Aufwandspunkte
8.98d.q	16661 bis 19600 Aufwandspunkte
8.98d.r	19601 und mehr Aufwandspunkte
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung	
8-98f-	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98f.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-98f.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-98f.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-98f.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-98f.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-98f.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-98f.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte

© 2014 AQUA-Institut GmbH

OPS-Kode	Titel
8-98f.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-98f.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-98f.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-98f.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-98f.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-98f.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-98f.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-98f.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-98f.f	19321 und mehr Aufwandspunkte
ICD-Kode	**Titel**
Z45.2-	Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs
Z45.20	Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems
Z45.29	Anpassung und Handhabung eines sonstigen und nicht näher bezeichneten vaskulären Zugangs
Z95.81	Vorhandensein eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems

Abrechnungskodes für die Suche nach Patienten, bei denen eine Sepsis im Rahmen des stationären Aufenthalts aufgetreten ist → Voraussetzung: Kodes wurden als Nebendiagnose kodiert

Tabelle 2: Erregerspezifische Kodes zur Sepsis

ICD	Titel
A40.-	Streptokokkensepsis
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae Sepsis durch Pneumokokken
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.-	Sonstige Sepsis
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken Sepsis durch koagulasenegative Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.5-	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger Sepsis durch gramnegative Erreger o.n.A.
A41.51	Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Pseudomonas
A41.58	Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A42.7	Aktinomykotische Sepsis
B37.7	Candida-Sepsis

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 3: T-Diagnosen

ICD	Titel
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken Infektion und Sepsis nach Infusionen, Transfusionen oder Injektionen zu therapeutischen Zwecken
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

Tabelle 4: Septischer Schock/SIRS

ICD	Titel
R57.2	Septischer Schock
R65.-!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]
R65.0!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen Sepsis ohne Organkomplikationen, Sepsis o.n.A., SIRS infektiöser Genese o.n.A.
R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen Schwere Sepsis, Sepsis mit Organkomplikationen

Abrechnungskodes für den Ausschluss von Patienten, bei denen eine Sepsis der primäre Grund der stationären Behandlung war → Voraussetzung: Kodes wurden als Hauptdiagnose kodiert

Tabelle 5: Infektion als Hauptdiagnose

ICD	Titel
A40.-	Streptokokkensepsis
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae Sepsis durch Pneumokokken
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.-	Sonstige Sepsis
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken Sepsis durch koagulasenegative Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.5-	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger Sepsis durch gramnegative Erreger o.n.A.
A41.51	Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Pseudomonas
A41.58	Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A42.7	Aktinomykotische Sepsis
B37.7	Candida-Sepsis
R57.2	Septischer Schock
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken Infektion und Sepsis nach Infusionen, Transfusionen oder Injektionen zu therapeutischen Zwecken
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

NZVK_FALL_Infekt (Spezifikation 2014_NOSI_ZVK V01)

BASIS

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

1-12 Basisdokumentation

1-3 Patientenidentifizierende Daten

1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? ☐ 0 = nein 1 = ja

4-6 Leistungserbringeridentifizierende Daten

4	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
5	Betriebsstätten-Nummer ☐☐
6	Fachabteilung § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de ☐☐☐☐ Schlüssel 1

7-12 Patient

7	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
8	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
9	Aufnahmegrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de ☐☐☐☐ Schlüssel 2
10	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
11	Geschlecht ☐ 1 = männlich 2 = weiblich
12	Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1.☐☐☐.☐☐ 2.☐☐☐.☐☐ 3.☐☐☐.☐☐ 4.☐☐☐.☐☐ 5.☐☐☐.☐☐ 6.☐☐☐.☐☐ 7.☐☐☐.☐☐

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

PROZEDUR	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
13-14	Eingriff/Prozedur
13	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden ☐ 0 = nein 1 = ja
14	Prozedur OPS http://www.dimdi.de 1. ☐—☐☐☐.☐☐ 2. ☐—☐☐☐.☐☐ 3. ☐—☐☐☐.☐☐ 4. ☐—☐☐☐.☐☐ 5. ☐—☐☐☐.☐☐

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

DIAGNOSE

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

15-17 Blutkultur

wenn Feld 13 = 1

15> Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK

- 0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen
- 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt
- 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)
- 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n)
- 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

16> Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene

- 0 = nein
- 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)
- 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n)
- 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

wenn Feld 13 = 1 und wenn Feld 15 = 3

17>> In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen

- 0 = nein
- 1 = ja

18-20 Komplikationen

wenn Feld 13 = 1

18> Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien

- 0 = nein
- 1 = ja

wenn Feld 18 = 1

19>> Nachweis eines multiresistenten Erregers

- 0 = nein
- 1 = MRSA
- 2 = VRE/GRE
- 3 = 3 MRGN
- 4 = 4 MRGN
- 5 = anderer

20 Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien

- 0 = nein
- 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
21-23	Entlassung
21	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
22	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de □□ Schlüssel 3
23	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM) http://www.dimdi.de 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Schlüssel 1

- 0100 = Innere Medizin
- 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
- 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
- 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
- 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
- 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
- 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
- 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
- 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 0190 = Innere Medizin
- 0191 = Innere Medizin
- 0192 = Innere Medizin
- 0200 = Geriatrie
- 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0290 = Geriatrie
- 0291 = Geriatrie
- 0292 = Geriatrie
- 0300 = Kardiologie
- 0390 = Kardiologie
- 0391 = Kardiologie
- 0392 = Kardiologie
- 0400 = Nephrologie
- 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
- 0490 = Nephrologie
- 0491 = Nephrologie
- 0492 = Nephrologie
- 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0600 = Endokrinologie
- 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0690 = Endokrinologie
- 0691 = Endokrinologie
- 0692 = Endokrinologie
- 0700 = Gastroenterologie
- 0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0790 = Gastroenterologie
- 0791 = Gastroenterologie
- 0792 = Gastroenterologie
- 0800 = Pneumologie
- 0890 = Pneumologie
- 0891 = Pneumologie
- 0892 = Pneumologie
- 0900 = Rheumatologie
- 0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0990 = Rheumatologie
- 0991 = Rheumatologie
- 0992 = Rheumatologie
- 1000 = Pädiatrie
- 1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
- 1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
- 1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
- 1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
- 1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
- 1051 = Langzeitbereich Kinder
- 1090 = Pädiatrie
- 1091 = Pädiatrie
- 1092 = Pädiatrie
- 1100 = Kinderkardiologie
- 1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
- 1190 = Kinderkardiologie
- 1191 = Kinderkardiologie
- 1192 = Kinderkardiologie
- 1200 = Neonatologie
- 1290 = Neonatologie
- 1291 = Neonatologie
- 1292 = Neonatologie
- 1300 = Kinderchirurgie
- 1390 = Kinderchirurgie
- 1391 = Kinderchirurgie
- 1392 = Kinderchirurgie
- 1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1500 = Allgemeine Chirurgie
- 1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
- 1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
- 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
- 1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
- 1590 = Allgemeine Chirurgie
- 1591 = Allgemeine Chirurgie
- 1592 = Allgemeine Chirurgie
- 1600 = Unfallchirurgie
- 1690 = Unfallchirurgie
- 1691 = Unfallchirurgie
- 1692 = Unfallchirurgie
- 1700 = Neurochirurgie
- 1790 = Neurochirurgie
- 1791 = Neurochirurgie
- 1792 = Neurochirurgie
- 1800 = Gefäßchirurgie
- 1890 = Gefäßchirurgie
- 1891 = Gefäßchirurgie
- 1892 = Gefäßchirurgie
- 1900 = Plastische Chirurgie
- 1990 = Plastische Chirurgie
- 1991 = Plastische Chirurgie
- 1992 = Plastische Chirurgie
- 2000 = Thoraxchirurgie
- 2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2090 = Thoraxchirurgie
- 2091 = Thoraxchirurgie
- 2092 = Thoraxchirurgie
- 2100 = Herzchirurgie
- 2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2190 = Herzchirurgie
- 2191 = Herzchirurgie
- 2192 = Herzchirurgie
- 2200 = Urologie
- 2290 = Urologie
- 2291 = Urologie
- 2292 = Urologie
- 2300 = Orthopädie
- 2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2390 = Orthopädie
- 2391 = Orthopädie
- 2392 = Orthopädie
- 2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2425 = Frauenheilkunde
- 2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2500 = Geburtshilfe
- 2590 = Geburtshilfe
- 2591 = Geburtshilfe
- 2592 = Geburtshilfe
- 2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 2700 = Augenheilkunde
- 2790 = Augenheilkunde
- 2791 = Augenheilkunde
- 2792 = Augenheilkunde
- 2800 = Neurologie
- 2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 2890 = Neurologie
- 2891 = Neurologie
- 2892 = Neurologie

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

- 2900 = Allgemeine Psychiatrie
- 2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
- 2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
- 2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2990 = Allgemeine Psychiatrie
- 2991 = Allgemeine Psychiatrie
- 2992 = Allgemeine Psychiatrie
- 3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 = Nuklearmedizin
- 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 3290 = Nuklearmedizin
- 3291 = Nuklearmedizin
- 3292 = Nuklearmedizin
- 3300 = Strahlenheilkunde
- 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
- 3390 = Strahlenheilkunde
- 3391 = Strahlenheilkunde
- 3392 = Strahlenheilkunde
- 3400 = Dermatologie
- 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3490 = Dermatologie
- 3491 = Dermatologie
- 3492 = Dermatologie
- 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3600 = Intensivmedizin
- 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
- 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
- 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
- 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
- 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
- 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
- 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
- 3690 = Intensivmedizin
- 3691 = Intensivmedizin
- 3692 = Intensivmedizin
- 3700 = sonstige Fachabteilung
- 3750 = Angiologie
- 3751 = Radiologie
- 3752 = Palliativmedizin
- 3753 = Schmerztherapie
- 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
- 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
- 3756 = Suchtmedizin
- 3757 = Visceralchirurgie
- 3790 = Sonstige Fachabteilung
- 3791 = Sonstige Fachabteilung
- 3792 = Sonstige Fachabteilung

Schlüssel 2

- 0101 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall
- 0102 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
- 0103 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
- 0104 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0105 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei
- 0106 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten- Leiden/BVG-Leiden
- 0107 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall
- 0121 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0122 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V) Kostenträgerwechsel
- 0123 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X) Kostenträgerwechsel
- 0124 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0125 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, Kostenträgerwechsel
- 0126 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0127 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0141 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, IV
- 0142 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0143 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
- 0144 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0145 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, IV
- 0146 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0147 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, IV
- 0201 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall
- 0202 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
- 0203 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
- 0204 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0205 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei
- 0206 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0207 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall
- 0221 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0222 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0223 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0224 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0225 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
- 0226 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0227 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0241 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, IV
- 0242 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0243 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
- 0244 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0245 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, IV
- 0246 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0247 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, IV
- 0301 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall
- 0302 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 0303 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 0304 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0305 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei
- 0306 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0307 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall
- 0321 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

0322 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0323 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0324 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0325 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, Kostenträgerwechsel

0326 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0327 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel

0341 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, IV

0342 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0343 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0344 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0345 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, IV

0346 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0347 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, IV

0401 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall

0402 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0403 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

0404 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt

0405 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei

0406 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden

0407 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall

0421 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel

0422 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0423 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0424 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0425 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel

0426 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0427 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel

0441 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, IV

0442 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0443 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0444 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0445 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, IV

0446 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0447 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, IV

0501 = Stationäre Entbindung, Normalfall

0502 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0503 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

0504 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt

0505 = Stationäre Entbindung, frei

0506 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden

0507 = Stationäre Entbindung, Notfall

0521 = Stationäre Entbindung, Normalfall, Kostenträgerwechsel

0522 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0523 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0524 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0525 = Stationäre Entbindung, frei, Kostenträgerwechsel

0526 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0527 = Stationäre Entbindung, Notfall, Kostenträgerwechsel

0541 = Stationäre Entbindung, Normalfall, IV

0542 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0543 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0544 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0545 = Stationäre Entbindung, frei, IV

0546 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0547 = Stationäre Entbindung, Notfall, IV

0601 = Geburt, Normalfall

0602 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0603 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

0604 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt

0605 = Geburt, frei

0606 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden

0607 = Geburt, Notfall

0621 = Geburt, Normalfall, Kostenträgerwechsel

0622 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0623 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0624 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0625 = Geburt, frei, Kostenträgerwechsel

0626 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0627 = Geburt, Notfall, Kostenträgerwechsel

0641 = Geburt, Normalfall, IV

0642 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0643 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0644 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0645 = Geburt, frei, IV

0646 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0647 = Geburt, Notfall, IV

0701 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall

0702 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0703 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

0704 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt

0705 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei

0706 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden

0707 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall

0721 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, Kostenträgerwechsel

0722 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0723 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0724 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0725 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, Kostenträgerwechsel

0726 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0727 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, Kostenträgerwechsel

0741 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, IV

0742 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0743 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0744 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0745 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, IV

0746 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0747 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, IV

0801 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall

0802 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

0803 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

0804 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt

0805 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei

0806 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden

0807 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall

0821 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, Kostenträgerwechsel

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

0822 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel

0823 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel

0824 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel

0825 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, Kostenträgerwechsel

0826 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel

0827 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, Kostenträgerwechsel

0841 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, IV

0842 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV

0843 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV

0844 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV

0845 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, IV

0846 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV

0847 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, IV

Schlüssel 3

1 = Behandlung regulär beendet

2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet

4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet

5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus

7 = Tod

8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

11 = Entlassung in ein Hospiz

12 = interne Verlegung

13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung

14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung

17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

18 = Rückverlegung

19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung

20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation

21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme

22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)

24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPflV-Bereich – für Pseudo-Fachabteilung 0003)

25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen – Index-Leistung Infektion

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-13	**Basisdokumentation**
1-4	**Patientenidentifizierende Daten**
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse http://www.arge-ik.de ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2	Krankenversichertennummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
4	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? ☐ 0 = nein 1 = ja
5-7	**Leistungserbringeridentifizierende Daten**
5	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6	Betriebsstätten-Nummer ☐☐
7	Fachabteilung § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de ☐☐☐☐ Schlüssel 2
8-13	**Patient**
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
9	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
10	Aufnahmegrund § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de ☐☐☐☐ Schlüssel 1
11	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
12	Geschlecht ☐ 1 = männlich 2 = weiblich

13	**Aufnahmediagnose(n)**
	ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. ☐☐☐.☐☐ 2. ☐☐☐.☐☐ 3. ☐☐☐.☐☐ 4. ☐☐☐.☐☐ 5. ☐☐☐.☐☐ 6. ☐☐☐.☐☐ 7. ☐☐☐.☐☐

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen – Index-Leistung Infektion

Prozedur

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

14-16 Eingriff/Prozedur

14 Prozedur

OPS [OPSCHLUESSEL]
http://www.dimdi.de

1.□—□□□.□□
2.□—□□□.□□
3.□—□□□.□□
4.□—□□□.□□
5.□—□□□.□□

15 ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden

0 = nein
1 = ja

16 Liegt das kulturelle Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik vor:

0 = nein
1 = ja

17 ZVK-assoziierte Sepsis

0 = nein
1 = ja

Diagnostik

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

18-20 Blutkultur

Wenn Feld 17 =1

18 Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK

0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen
1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt
2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)
3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n)
4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

19 Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene

0 = nein
1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)
2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflaschen(n) (en)
3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)

Wenn Feld 17 = 1 und Feld 18=1

20 In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen

0 = nein
1 = ja

21-23 Besonderheiten

Wenn Feld 17 =0

21 Lag zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome eine der folgenden Infektionen vor:

1 = Beatmungs-assoziierte Pneumonie
2 = Katheter-assoziierter Harnwegsinfekt
3 = Postoperative Wundinfektion
4 = andere

Wenn Feld 17= 1

22 Nachweis eines multiresistenten Erregers

0 = nein
1 = MRSA
2 = VRE/GRE
3 = 3 MRGN
4 = 4 MRGN
5 = anderer

23 ZVK-Liegetage

□□□

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen – Index-Leistung Infektion

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
24-26	**Entlassung**
24	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
25	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de □□ Schlüssel 3
26	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM] http://www.dimdi.de 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen – Index-Leistung Infektion

Schlüssel 1 Aufnahmegrund
1. und 2. Stelle
01 Krankenhausbehandlung, vollstationär
02 Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03 Krankenhausbehandlung, teilstationär
04 vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05 Stationäre Entbindung
06 Geburt
07 Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
08 Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
09 frei
3. und 4. Stelle
01 Normalfall
02 Arbeitsunfall/Wegeunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V)
03 Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
04 Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
05 frei
06 Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
07 Notfall

Schlüssel 2: Fachabteilungen
0100 = Innere Medizin
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0190 = Innere Medizin
0191 = Innere Medizin
0192 = Innere Medizin
0200 = Geriatrie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0290 = Geriatrie
0291 = Geriatrie
0292 = Geriatrie
0300 = Kardiologie
0390 = Kardiologie
0391 = Kardiologie
0392 = Kardiologie
0400 = Nephrologie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
0490 = Nephrologie
0491 = Nephrologie
0492 = Nephrologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen – Index-Leistung Infektion

2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (stroke units)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

Schlüssel 3: Entlassungsgrund
1 = Behandlung regulär beendet
2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
7 = Tod
8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
12 = interne Verlegung
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
18 = Rückverlegung
19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B.3: QS-Dokumentation (fallbezogen) – Infektion[1]

Nr.	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
14.	Prozedur (OPS)	_____ _____ _____ _____ _____ [x-xxx.xx]	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: im Jahre 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahr 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.
17.	ZVK-assoziierte Sepsis	☐ 0 = nein 1 = ja	Sepsis: SIRS hervorgerufen durch eine Infektion [http://www.sepsis-gesellschaft.de/DSG/Deutsch/Krankheitsbild+Sepsis/Informationen+fuer+Mediziner/Definitionen] Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein: Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen)[1] *Die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden:* 1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤4,3kPa bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose (≥12.000/mm³) oder Leukopenie (≤4.000/mm³) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild 2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤4,3kPa bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose (≥12.000/mm³) oder Leukopenie (≤4.000/mm³) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese mit

[1] Es sind nur Felder aufgeführt, die für diesen Bogen spezifisch sind (keine administrativen Felder) und die einen Ausfüllhinweis besitzen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

			Organkomplikation(en) sowie eines SIRS nicht-infektiöser Genese ohne oder mit Organkomplikation(en) müssen mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein: ▪ Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO2 ≤4,3kPa bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose (≥12.000/mm³) oder Leukopenie (≤4.000/mm³) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild
18.	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK	0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden sind. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war ist „nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt“ anzugeben.
19.	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen (peripheren) Vene	0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)	Die Angaben beziehen auf die Blutentnahmen, die aus dem zentralvenösen Zugang erfolgen. Es ist anzugeben, welche Art der Blutkulturen angelegt worden ist. Falls der Zugang zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, ist nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt anzugeben.
20.	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	☐ 0 = nein 1 = ja	Mit separaten Venenpunktionen ist die Entnahme aus zwei verschiedenen Venen gemeint.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
			Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
22.	Nachweis eines multiresistenten Erregers		☐ 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkultur einen Nachweis eines multiresistenten Keimes enthält: 1. Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus 2. Vancomycin-resistente Enterokokken 3. Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen 4. Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen 5. anderer: z.B. Parasiten, Mycobacterium tuberculosis

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

NZVK_EB_stat (Spezifikation 2015_NOSI_ZVK V02)

BASIS

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

1	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2	Standort [0-9]{2} ☐☐

3-8 Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung

3	Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? ☐,☐☐☐
4	Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? ☐☐,☐☐☐

5-8 Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor?

5	Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ☐☐☐☐☐☐ Patiententage
6	Bezogen auf alle Intensivstationen: ☐☐☐☐☐☐ Patiententage
7	Bezogen auf alle Allgemeinstationen: ☐☐☐☐☐☐ Patiententage
8	Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden? ☐☐☐☐☐☐ Blutkultursets

9-9 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

9	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses? ☐☐☐☐,☐ Liter

10-10 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

10	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Litern auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses? ☐☐☐☐,☐ Liter

11-18 Arbeitsanweisung für Hygiene bei ZVK-Anlage

11	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage? ☐ 0 = nein 1 = ja

12-15 Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 11 = 1

12>	Hygienische Händedesinfektion ☐ 0 = nein 1 = ja
13>	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ☐ 0 = nein 1 = ja
14>	Beachtung der Einwirkzeit ☐ 0 = nein 1 = ja
15>	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasen-Schutz - steriles Abdecktuch ☐ 0 = nein 1 = ja
16>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? ☐ 0 = nein 1 = ja
17>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ ☐☐.☐☐☐☐
18>	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? ☐ 0 = nein 1 = ja

19-26 Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel

19	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel? ☐ 0 = nein 1 = ja

20-23 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 19 = 1

20>	Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ☐ 0 = nein 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

21> Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik

0 = nein
1 = ja

22> Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe

0 = nein
1 = ja

23> Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel

0 = nein
1 = ja

24> Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?

0 = nein
1 = ja

25> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):

MM.JJJJ

□□.□□□□

26> Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?

0 = nein
1 = ja

27-37 Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung

27 Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?

0 = nein
1 = ja

28-34 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 27 = 1

28> Hygienische Händedesinfektion

0 = nein
1 = ja

29> Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle

0 = nein
1 = ja

30> Beachtung der Einwirkzeit

0 = nein
1 = ja

31> Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen

0 = nein
1 = ja

32> Fixierung der Kanüle

0 = nein
1 = ja

33> Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems

0 = nein
1 = ja

34> Verwendung von Spezialkanülen

0 = nein
1 = ja

35> Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?

0 = nein
1 = ja

36> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):

MM.JJJJ

□□.□□□□

37> Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?

0 = nein
1 = ja

38-47 Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen

38 Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?

0 = nein
1 = ja

39-44 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 38 = 1

39> Hygienische Händedesinfektion

0 = nein
1 = ja

40> Flächendesinfektion (Wischdesinfektion)

0 = nein
1 = ja

41> Aseptisches Vorgehen

0 = nein
1 = ja

42> Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen

1 = ja
2 = nein
3 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

43>	Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern 0 = nein 1 = ja
44>	keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 0 = nein 1 = ja
45>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? 0 = nein 1 = ja
46>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ ☐☐.☐☐☐☐
47>	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja
48-55	**Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion**
48	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK? 0 = nein 1 = ja

49-52	**Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert?**
wenn Feld 48 = 1	
49>	Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja
50>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja
51>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann 0 = nein 1 = ja
52>	Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie 0 = nein 1 = ja
53>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen? 0 = nein 1 = ja
54>	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ ☐☐.☐☐☐☐
55>	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja

56-59	**Standard zur Antibiotika-Initialtherapie**
56	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 56 = 1	
57>	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen? 0 = nein 1 = ja
58>	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ ☐☐.☐☐☐☐
59>	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja
60-64	**Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port**
60-64	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung in den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben?
60	Daten wurden nicht erhoben 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 60 = 1	
61>	Ärzte ☐☐☐ % 0 = nein 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

62>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ☐☐☐ % 0 = nein 1 = ja
63>	Medizinische Fachangestellte ☐☐☐ % 0 = nein 1 = ja
64	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden ☐ 1 = ja
65-75	Informationsveranstaltung/E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention"
65-75	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr xxxx mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?
65	Daten wurden nicht erhoben ☐ 1 = ja
wenn Feld 65 = 1	
66>	Ärzte Prozent ☐☐☐ %
67>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent ☐☐☐ %
68>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes Prozent ☐☐☐ %
69	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden ☐ 1 = ja

70>	Medizinische Fachangestellte Prozent ☐☐☐ %
71	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden ☐ 1 = ja
72>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung Prozent ☐☐☐ %
73>	Reinigungskräfte Prozent ☐☐☐ %
74>	Mitarbeiter der Küche Prozent ☐☐☐ %
75	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden ☐ 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang C.2: QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
1.	Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?		_ , _ _ _	Der PCCL-Wert der Patienten eines Krankenhauses wird aus den DRG-Daten generiert und wird im Medizin-Controlling ermittelt.
2.	Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?		_ _ , _ _ _	Das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) ist eine definierte Kennzahl aus dem DRG-System und wird im Medizin-Controlling ermittelt.
3.	Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor? ▪ Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ▪ Bezogen auf alle Intensivstationen: ▪ Bezogen auf alle Allgemeinstationen:		_ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage	Als Patiententage zählen im DRG-System die Belegungstage auf den Stationen. Ein Patiententag wird folgendermaßen definiert: Der Aufnahmetag zählt als 1. Patiententag, der Entlassungstag wird nicht mehr gezählt. Das Datenfeld und seine Dokumentation dient unter anderem als Bezugsgröße für den Händedesinfektionsmittelverbrauch und lehnt sich an das Erhebungsprotokoll von HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/). Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen.
4.	Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden?		_ _ _ _ _ _ Blutkultursets	Ein Blutkulturset besteht aus einer anaeroben und einer aeroben Blutkulturflasche. In die Angaben sind auch die Blutkultursets aus Fremdlaboren einzubeziehen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
5.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		_ _ _ _ , _Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Restlagermenge auf Station ist nicht erforderlich. Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen und damit nicht zu Intensivstationen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
6.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Litern auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?		_ _ _ _ , _Liter	Die Erhebung lehnt sich an das HAND-KISS an (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/). Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Restlagermenge auf Station ist nicht erforderlich. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, ...) zählen als Allgemeinstationen. Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
7.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 12	Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn eine fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung zur Anlage eines ZVK für alle Abteilungen galt. Entsprechende Hygienepläne gelten NICHT als Arbeitsanweisung.
8.	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - - sterile Handschuhe - - steriler Kittel - - Kopfhaube - - Mund-Nasen-Schutz - - steriles Abdecktuch		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
9.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn jeweils ein Exemplar in den Bereichen, in denen ZVK gelegt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

10.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):	MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
11.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 17_A_a	**Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtung**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
12.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 17	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält.
13.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
14.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

15.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):	MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
16.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 21_a	**Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
17.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 22	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält.
18.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
19.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

20.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):	MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
21.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 89_A_a	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
22.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 27	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die Arbeitsanweisung fachgebietsübergreifend galt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen enthält.“
23.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste gültige Arbeitsanweisung zu beantworten. Mehrdosisbehälter (=Durchstichfläschchen) sind im Gegensatz zu Eindosisbehältern Gefäße, in denen sich mehrere Dosen einer Injektion befinden (u.a. Heparin-, Xylocain-, Adrenalin- und Insulin-Durchstichfläschchen). Das Verwenden von verschiedenen Präparaten in einer Infusion ist eine Mischinfusion. Kritische Parenteralia und Zytostatika-Lösungen gehören genauso zu den Mischinfusionen wie auch die Mischinfusionen, die z.B. durch einfaches Zuspritzen hergestellt werden.

24.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
25.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):	MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
26.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 72_A_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
27.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK?“		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 32	Die hier erfragte interne Leitlinie bezieht sich darauf, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion festgestellt wird. Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen).
28.	Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert: ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen)“ Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten. Sollte die interne Leitlinie über die Leitlinie der DGHO hinausgehend vorsehen, dass bei allen Erregern der Port bzw. der teilimplantierte/getunnelte ZVK entfernt werden soll, so ist in den Unterfragen 2 und 3 jeweils „ja“ anzukreuzen.
29.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die interne Leitlinie gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
30.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
31.	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinien als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 49_A	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
32.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 36	Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die interne Leitlinie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene interne Leitlinien allein sind nicht ausreichend. Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und insbesondere Kapitel 2.1. „Anwendung lokaler Behandlungsleitlinien/-pfade, Antiinfektiva-Hauslisten sowie spezieller Sonderrezept-, Freigaberegelungen bzw. Anwendungsbeschränkungen“ der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001l_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf) dienen.
33.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Eine interne Leitlinie gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn er für alle ärztlichen Mitarbeiter elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn er in allen medizinischen Bereichen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
34.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Die Aktualisierung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen) berücksichtigen. Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.
35.	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen autorisiert werden. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt, nicht dagegen einzelne Chefärzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
36.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung in den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Schulungsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Inhalte einer solchen jährlichen Schulung zum Themenkomplex ZVK/Port müssen sein: ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden. Eine solche Fortbildung kann in einer übergeordneten Fortbildung (z.B. Chemotherapie) integriert sein. Der Bereich „Intensivmedizin“ bezieht sich auf Intensivstationen aller Fachbereiche. Als Intermediate Care werden Aufwachbereiche, Stroke Unit, Coronary Care Unit etc. verstanden.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
37.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr xxxx mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Küche	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐ _ _ _ % ☐ _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung, der Reinigungskräfte und der Mitarbeiter der Küche sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: für alle Berufsgruppen: ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern berufsgruppenbezogen: ▪ Flächendesinfektion ▪ Aufbereitung von Sterilgut“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang C.3: Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär – Berechnung vor Machbarkeitsprüfung

Nr.	Durchschnittliche Fallschwere	Antwort/Angabe
1.	Wie hoch ist der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) ihrer Einrichtung?	_ _ _
2.	Wie hoch ist das durchschnittliche Relativgewicht der Patienten ihrer Einrichtung?	_ _ _

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	25/ID 12 a	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	Antwort/Angabe	Punktebewertung
3.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 7**	Ja = 1Pkt. Nein = 0 Pkt.
4.	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasenschutz - steriles Abdecktuch		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-4 ja = +2 Pkt.

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
5.		In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor? *(Mehrere Antworten möglich)*	☐ Notaufnahme ☐ Operationssäle ☐ Intensivstationen ☐ Untersuchungs-/Behandlungsräume ☐ Verwaltung ☐ Sonstige	Notaufnahme = 1 Pkt. Operationssäle =1 Pkt. Intensivstatationen = 1 Pkt. U-/Behandl.-Räume = 1 Pkt. Verwaltung = 0,5 Pkt. Sonstige = 0,5 Pkt. wenn 1-4 ja = + 2 Pkt.
6.		Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellsten gültigen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher= 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				
	26/ID 17	**Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel**	**Antwort/Aufgabe**	**Punktebewertung**
7.		Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 10**	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
8.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = +3 Pkt.
9.		Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellsten gültigen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	27/ID 21	**Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
10.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 13**	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
11.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Wenn 1-7 ja= +3 Pkt.
12.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellsten gültigen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	28/ID 89a	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen**	**Antwort/Angabe**	
13.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in allen medizinischen Bereichen vor?		☐ Ja ☐ Nein ☐ Nein, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt → Nein: weiter mit **Frage 16**	Ja =2 Pkt.; Nein =0 Pkt. Nein, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt = 2 Pkt.
14.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen (es sei denn, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt) ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-5 ja = + 2,5 Pkt.
15.	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellen KRINKO-Empfehlung oder später = 3 Pkt. früher =0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	29/ID 91	**Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
16.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 19**	Ja = 1,5 Pkt. Nein = 0 Pkt.
17.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-4 ja = +2,5 Pkt.
18.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				
	30/ID 49	**Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
19.	Liegt in ihrer Einrichtung ein für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglicher, an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?		☐ Ja; ☐ Nein → weiter mit **Frage 21**	Ja = 12 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
20.	Die letzte Aktualisierung des einrichtungsinternen Standards erfolgte am:		mm.jj	Aktualisierung im betrachteten Jahr = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	31/ID 71	Schulungskonzept	Antwort/Angabe	Punktebewertung
21.	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 27**	Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
22.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
23.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = + 1,5 Pkt.
24.	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? ▪ Ärzte/Ärztinnen ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja/nicht vorh. = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = + 1,5 Pkt.
25.	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
26.	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn alle Punkte ja = + 9 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung				
	32/ID 72a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	Antwort/Angabe			Punktebewertung
27.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?			Anteil:	Personal nicht vor-handen (nv)	
			Ärzte/Ärztinnen	___ %	☐	Ärzte: ≥ 95% = 4 Pkt. ≥ 70% = 2 Pkt.
			Ärzte /Ärztinnen im Praktischen Jahr	___ %	☐	ÄiP: ≥ 95% o. nv = 3 Pkt.; ≥ 70% = 1,5 Pkt.
			examinierte Krankenpfleger/ -innen	___ %	☐	PK: ≥ 95% = 4 Pkt. ≥ 70% = 2 Pkt.
			Pflegeassistenten/-innen (zweijährige Ausbildung)	___ %	☐	PA: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
			Pflegehelfer/ -innen (einjährige Ausbildung)	___ %	☐	PH: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
			medizinische Fachangestellte	___ %	☐	MFA: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
			Reinigungskräfte	___ %	☐	RK: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
			Mitarbeiter der Sterilgutauf-bereitung	___ %	☐	Steri: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
			Mitarbeiter der Küche (*nur stationär)	___ %	☐	Küche: ≥ 95% = 2 Pkt. ; ≥ 70% = 1 Pkt.
			Mitarbeiter der Verwaltung	___ %	☐	VW: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25						

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Stationärer Sektor: Gesamtbewertung	Punkte
12 a) Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK	15
17) Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	15
21) Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	15
89a) Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	15
91) Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	15
49) Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie	15
71) Schulungskonzept	25
72a) Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	25
Erreichbare Gesamtpunktzahl:	140

Auffälligkeit bei einer Gesamtpunktzahl bis: 100

Erläuterungen zur Bewertung:
Jedem einzelnen Qualitätsindikator zum Vorliegen einer Arbeitsanweisung/eines Standards werden 15 Punkte zugeteilt, um eine gleiche Gewichtung zu erhalten. Die Punkteaufteilung zu den Items stellt keine zusätzliche Gewichtung dar. Das bedeutet, dass den gleichen Fragen zu unterschiedlichen Indikatoren ein unterschiedlicher Punktwert zugeordnet sein kann, damit der gleiche Gesamtpunktwert erreicht wird.

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Anhang C.4: QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung stationär; Berechnung nach Machbarkeitsprüfung

Berechnung:

- Der Index wird als Prozentanteil ausgedrückt. Jeder der 8 zu wertenden Indikatoren erhält 12,5% Anteil am Index.
- Jeder Indikator ist durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items.
- Um den Indikator zu 100% zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen positiv beantwortet werden.
- Jede einzelne bewertete Frage des Indikators hat den gleichen Anteil am Indikator (Bsp.: Bei einem Indikator mit 4 Fragen geht jede Frage mit 25% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls entsprechend anteilig berechnet (Bsp.: Bei der obigen Frage mit 5 Items geht jedes Item mit 20% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Am Ende wird der Prozentwert als Punktwert angegeben: 100% im Index entsprechen 100 Punkten im Index.

Rechenregeln:

- Prozentwert im Indikator = Summe aus jeweils (Anteil Item an Frage*Anteil Frage am Indikator)
  - Beispiel für die Berechnung eines Gesamtwertes eines Indikators anhand von QI ID 21_a, bei positiver Beantwortung aller Fragen (Gesamtwert = 100%):

Frage 1	Frage 2				Frage 3		Frage 4	Frage 5
(1*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,5*20%) +	(0,5*20%) +	(1*20%) +	(1*20%) +

- Indexwert = Summe aus jeweils (Prozentwert im Indikator*Anteil am Index)
- Beispiel für QI ID 21_a: Prozentwert im Indikator = (1*20%) + (5*4%) + (2*10%) + (1*20 %) + (1*20%) = 100%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
1.	Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?		_ , _ _ _	Frage ist nicht Teil des Index
2.	Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)?		_ _ , _ _ _	
3.	Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor? ▪ Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ▪ Bezogen auf alle Intensivstationen: ▪ Bezogen auf alle Allgemeinstationen:		_ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage	
4.	Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden?		_ _ _ _ _ _ Blutkultursets	

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
5.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		_ _ _ _ , _Liter	Frage ist nicht Teil des Index

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
6.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Litern auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?		_ _ _ _ , _Liter	Frage ist nicht Teil des Index

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
7.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 12	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 8–11 = 0%
8.	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - - sterile Handschuhe - - steriler Kittel - - Kopfhaube - - Mund-Nasen-Schutz - - steriles Abdecktuch		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 25% Nein = 0%
9.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
10.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
11.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
12.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 17	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 13-16 = 0%
13.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 25% Nein = 0%
14.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
15.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
16.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
17.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 22	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 18–21 = 0%
18.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 14.29% Nein = 0%
19.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
20.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
21.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	89_A_a	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
22.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 27	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 23-26 = 0%
23.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Misch-infusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 16,66% Nein = 0% Wenn die verwendeten Mischinfusionen ausschließlich von Apotheken hergestellt werden, dann auch 16,66%
24.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
25.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
26.	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?“		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	91_a	**Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
27.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK?“		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 32	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 28–31 = 0%
28.	Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert: ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. teilimplantierte/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 25% Nein = 0%
29.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
30.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
31.	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	49	**Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
32.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 36	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 33–35 = 0%
33.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
34.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
35.	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
36.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung in den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 33% Personal nicht vorhanden=33%	

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
37.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr xxxx mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes ▪ Medizinische Fachangestellte ▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Küche	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐ _ _ _ % ☐ _ _ _ % _ _ _ % _ _ _ % ☐	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 25% Personal nicht vorhanden=33%	

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (ambulant)

NZVK_EB_amb (Spezifikation 2014_NOSI_ZVK V02)

BASIS

Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden

1 Status des Leistungserbringers
- 1 = hämatoonkologische Ambulanz
- 2 = hämatoonkologische Praxis/MVZ

wenn Feld 1 = 1

2> Institutionskennzeichen
http://www.arge-ik.de

3> Standort
[0-9]{2}

wenn Feld 1 = 2

4> Betriebsstättennummer

bei angegebener Betriebsstätte optional

5>> Nebenbetriebsstättennummer

wenn Feld 1 = 2

6> Lebenslange Arztnummer

7-14 Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel

7 Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?
- 0 = nein
- 1 = ja

8-14 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 7 = 1

8> Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel
- 0 = nein
- 1 = ja

9> Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik
- 0 = nein
- 1 = ja

10> Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe
- 0 = nein
- 1 = ja

11> Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel
- 0 = nein
- 1 = ja

12> Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?
- 0 = nein
- 1 = ja

13> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))
MM.JJJJ

14> Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?
- 0 = nein
- 1 = ja

15-25 Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung

15 Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?
- 0 = nein
- 1 = ja

16-22 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?

wenn Feld 15 = 1

16> Hygienische Händedesinfektion
- 0 = nein
- 1 = ja

17> Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle
- 0 = nein
- 1 = ja

18> Beachtung der Einwirkzeit
- 0 = nein
- 1 = ja

19> Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen
- 0 = nein
- 1 = ja

20> Fixierung der Kanüle
- 0 = nein
- 1 = ja

21> Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems
- 0 = nein
- 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (ambulant)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

22>	Verwendung von Spezialkanülen 0 = nein 1 = ja
23>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? 0 = nein 1 = ja
24>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)) MM.JJJJ □□.□□□□
25>	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? 0 = nein 1 = ja
26-35	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen**
26	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen? 0 = nein 1 = ja
27-32	**Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?**
wenn Feld 26 = 1	
27>	Hygienische Händedesinfektion 0 = nein 1 = ja
28>	Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) 0 = nein 1 = ja
29>	Aseptisches Vorgehen 0 = nein 1 = ja
30>	Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen 1 = ja 2 = nein 3 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt
31>	Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern 0 = nein 1 = ja
32>	keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 0 = nein 1 = ja
33>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? 0 = nein 1 = ja
34>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)) MM.JJJJ □□.□□□□
35>	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? 0 = nein 1 = ja
36-43	**Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion“**
36	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK? 0 = nein 1 = ja
37-40	**Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert?**
wenn Feld 36 = 1	
37>	Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja
38>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja
39>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann 0 = nein 1 = ja
40>	Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie 0 = nein 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (ambulant)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

41>	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Leitlinie zugreifen? 0 = nein 1 = ja
42>	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ
43>	Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? 0 = nein 1 = ja
44-48	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port
44-48	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben?
44	Daten wurden nicht erhoben 1 = ja
wenn Feld 44 = 1	
45>	Ärzte Prozent %
46>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent %
47	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen nicht vorhanden 1 = ja
48>	Medizinische Fachangestellte Prozent %
49-55	Hygiene und Infektionsprävention
49-55	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben?
49	Daten wurden nicht erhoben 1 = ja
wenn Feld 49 = 1	
50>	Ärzte Prozent %
51>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent %
52	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen nicht vorhanden 1 = ja
53>	medizinische Fachangestellte Prozent %
54>	Reinigungskräfte Prozent %
55	Reinigungskräfte nicht vorhanden 1 = ja

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang D.2: QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – hämato-onkologische Ambulanzen/ Praxen/MVZ

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
1.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 6	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
2.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
3.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
4.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))		MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde
5.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses/MVZ werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 21_b	**Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
6.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 11	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
7.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten.
8.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
9.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))		MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde
10.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 89_A_b	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
11.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 16	Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen werden nicht berücksichtigt. Die Frage kann auch dann bejaht werden, wenn eine andere übergeordnete Arbeitsanweisung galt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen enthält. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
12.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige Arbeitsanweisung zu beantworten. Mehrdosisbehälter (=Durchstichfläschchen) sind im Gegensatz zu Eindosisbehältern Gefäße, in denen sich mehrere Dosen einer Injektion befinden (u.a. Heparin-, Xylocain-, Adrenalin- und Insulin-Durchstichfläschchen). Das Verwenden von verschiedenen Präparaten in einer Infusion ist eine Mischinfusion. Kritische Parenteralia und Zytostatika-Lösungen gehören genauso zu den Mischinfusionen wie auch die Mischinfusionen, die z.B. durch einfaches Zuspritzen hergestellt werden.
13	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.
14.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))		MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde

© 2015 AQUA-Institut GmbH

15.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer Arbeitsanweisung muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend.Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
16.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 21	Die hier erfragte interne Leitlinie bezieht sich darauf, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion feststellt wird. Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte interne Leitlinien werden nicht berücksichtigt. Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen). Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ: Es kann sich auch um eine Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gültig ist.
17.	Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert? ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Die Frage nimmt unter anderem Bezug zur Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) (https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/zvk-infektionen). Die vorliegenden Fragen sind für die aktuellste, gültige interne Leitlinie zu beantworten. Sollte die interne Leitlinie über die Leitlinie der der DGHO hinausgehend vorsehen, dass bei allen Erregern der Port bzw. der teilimplantierte/getunnelte ZVK entfernt werden soll, so ist in den Unterfragen 2 und 3 jeweils „ja“ anzukreuzen.
18.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Die interne Leitlinie gilt als für alle betreffenden Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

19.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):	MM.JJJJ	Es wird nach der letzten Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Aktualisierungen bis Ende xxxx eingetragen werden. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde
20.	Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Sowohl eine neu entwickelte interne Leitlinie als auch deren Aktualisierung müssen autorisiert werden. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Die Autorisierung einer internen Leitlinie muss durch die Geschäftsführung bzw. die Hygienekommission erfolgen, eine Autorisierung nur durch einzelne Chefärzte ist nicht ausreichend. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung eines Krankenhauses werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt.

Nr.	**Indikator**	**Bezeichnung/Fragestellung**		
	ID 71_b	**Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
21.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte		☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % ☐ _ _ _ %	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Schulungsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Für hämatologische Ambulanzen/MVZ beziehen sich die Angaben auf die Mitarbeiter der Ambulanz/MVZ und nicht auf die Mitarbeiter des gesamten Krankenhauses. Inhalte einer solchen jährlichen Schulung zum Themenkomplex ZVK/Port müssen sein: Indikation Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports. Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden. Eine solche Fortbildung kann in einer übergeordneten Fortbildung (z.B. Chemotherapie) integriert sein.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	ID 72_A_b	**Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Ausfüllhinweise**
22.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis), die im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ medizinische Fachangestellte ▪ Reinigungskräfte	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___ % ___ % ☐ ___ % ___ % ☐	Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppe der Reinigungskräfte sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Für hämatologische Ambulanzen/MVZ beziehen sich die Angaben auf die Mitarbeiter der Ambulanz/MVZ und nicht auf die Mitarbeiter des gesamten Krankenhauses. Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein: für alle Berufsgruppen: ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern berufsgruppenbezogen: ▪ Flächendesinfektion

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang D.3: Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant – Berechnung vor Machbarkeitsprüfung

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	26/ID 17	**Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel**	**Antwort/Aufgabe**	**Punktebewertung**
1.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 4**	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
2.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = + 3 Pkt.
3.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellsten gültigen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	27/ID 21	**Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
4.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 7**	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
5.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-7 ja = +3 Pkt.
6.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellsten gültigen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	28/ID 89a	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
7.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen vor?		☐ Ja; ☐ Nein ☐ Nein, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt → Nein: weiter mit **Frage 10**	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Nein, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt = 2 Pkt.
8.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen (es sei denn, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt) ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern		 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	 Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-5 ja = +2,5 Pkt.
9.	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellen KRINKO-Empfehlung oder später =3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
	29/ID 91	**Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
10.	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?		☐ Ja; ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 13**	Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
11.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK zwingend entfernt werden muss ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK nicht zwingend entfernt werden muss ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-4 ja = +2,5 Pkt.
12.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:		mm.jj	Im Jahr der Veröffentlichung der aktuellen Leitlinie oder später = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				
	31/ID 71	**Schulungskonzept**	**Antwort/Angabe**	**Punktebewertung**
13.	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?		☐ Ja ☐ Nein → Nein: weiter mit **Frage 19**	Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
14.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
15.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = +1,5 Pkt.

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
16.		Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? ▪ Ärzte/Ärztinnen ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. Ja/nicht vorh. = 0,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn 1-3 ja = +1,5 Pkt.
17.		Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
18.		Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn alle Punkte ja = +9 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25				

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung				
	32/ID 72a	**Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention**	**Antwort/Angabe**			**Punktebewertung**
19.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?			Anteil:	Personal nicht vorhanden (nv)	
			Ärzte/Ärztinnen	___ %	☐	Ärzte: ≥ 95% = 8 Pkt. ≥ 70% = 4 Pkt.
			examinierte Krankenpfleger/ -innen	___ %	☐	PK: ≥ 95% o. nv = 5 Pkt.; ≥ 70% = 2,5 Pkt.
			medizinische Fachangestellte	___ %	☐	MFA: ≥ 95% = 5 Pkt.; ≥ 70% = 2,5 Pkt.
			Reinigungskräfte	___ %	☐	RK: ≥ 95% = 3 Pkt.; ≥ 70% = 1,5 Pkt.
			Mitarbeiter der Verwaltung	___ %	☐	VW: ≥ 95% o. nv = 1 Pkt.; ≥ 70% = 0,5 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25						

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Ambulanter Sektor: Gesamtbewertung	Punkte
17) Arbeitsanweisung bei ZVK-Verbandwechsel	15
21) Arbeitsanweisung zur Portpunktion und Konnektierung	15
89a) Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen	15
91) Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK	15
71) Schulungskonzept	25
72) Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention	25
Erreichbare Gesamtpunktzahl:	110

Auffälligkeit bei einer Gesamtpunktzahl bis: 70

Erläuterungen zur Bewertung:
Jedem einzelnen Qualitätsindikator zum Vorliegen einer Arbeitsanweisung/eines Standards werden 15 Punkte zugeteilt, um eine gleiche Gewichtung zu erhalten. Die Punkteaufteilung zu den Items stellt keine zusätzliche Gewichtung dar. Das bedeutet, dass den gleichen Fragen zu unterschiedlichen Indikatoren ein unterschiedlicher Punktwert zugeordnet sein kann, damit der gleiche Gesamtpunktwert erreicht wird.

© 2012 AQUA-Institut GmbH

Anhang D.4: QS-Dokumentationsbogen Einrichtungsbezogene Befragung ambulant); Berechnung nach Machbarkeitsprüfung

Berechnung:

- Der Index wird als Prozentanteil ausgedrückt. Jeder der 6 zu wertenden Indikatoren erhält 18,333% Anteil am Index.
- Jeder Indikator ist durch verschiedene Fragen operationalisiert und diese jeweiligen Fragen ggf. noch einmal durch verschiedene Items.
- Um den Indikator zu 100% zu erfüllen, müssen sowohl alle Items als auch alle bewerteten Fragen positiv beantwortet werden.
- Jede einzelne bewertete Frage des Indikators hat den gleichen Anteil am Indikator (Bsp.: Bei einem Indikator mit 4 Fragen geht jede Frage mit 25% in den Gesamtwert des Indikators ein.).
- Die einzelnen Items einer bewerteten Frage werden ebenfalls entsprechend anteilig berechnet (Bsp.: Bei der obigen Frage mit 5 Items geht jedes Item mit 5% in den Gesamtwert des Indikators ein).
- Am Ende wird der Prozentwert als Punktwert angegeben: 100% im Index entsprechen 100 Punkten im Index.

Rechenregeln:

- Prozentwert im Indikator = Summe aus jeweils (Anteil Item an Frage*Anteil Frage am Indikator)
  - Beispiel für die Berechnung eines Gesamtwertes eines Indikators anhand von QI ID 21_b, bei positiver Beantwortung aller Fragen (Gesamtwert = 100%):

Frage 1	Frage 2				Frage 3		Frage 4	Frage 5
(1*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,25*20%) +	(0,5*20%) +	(0,5*20%) +	(1*20%) +	(1*20%) +

- Indexwert = Summe aus jeweils (Prozentwert im Indikator*Anteil am Index)
- Beispiel für QI ID 21_b: Prozentwert im Indikator = (1*20%) + (4*5%) + (2*10%) + (1*20 %) + (1*20%) = 100%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – hämato-onkologische Ambulanzen/Praxen/MVZ

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	17_A_b	**Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
1.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 6	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 2–5 = 0%
2.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 25% Nein = 0%
3.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
4.	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahre = 100%
5.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/ Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	21_b	**Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
6.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 11	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 7–10 = 0%
7.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 14.29% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
8.		Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
9.		Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))	MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
10.		Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	89_A_b	**Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
11.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen?	☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 16	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 12–15 = 0%
12.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung)	 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ die verwendeten Misch-infusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 16,66% Nein = 0% Wenn die verwendeten Mischinfusionen ausschließlich von Apotheken hergestellt werden, dann auch 16,66%
13		Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
14.		Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr))	MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
15.		Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	91_b	**Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
16.	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK?		☐ Ja ☐ Nein Nein → weiter mit Frage 21	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 17–20 = 0%
17.	Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert? ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. teilimplantierte/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie		☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	Ja = 25% Nein = 0%
18.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Leitlinie zugreifen?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%
19.	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)):		MM.JJJJ	Aktualisierung vor Ablauf des Jahres = 100%
20.	Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?		☐ Ja ☐ Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	71_b	**Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
21.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte		☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden _ _ _ % _ _ _ % ☐ _ _ _ %	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 33% Personal nicht vorhanden=33%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung		
	72_A_b	**Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen**	**Antwort/Angabe**	**Prozentwert auf Fragenebene**
22.	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis), die im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ medizinische Fachangestellte ▪ Reinigungskräfte	☐ Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___ % ___ % ☐ ___ % ___ % ☐	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 25% Personal nicht vorhanden=33%

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang E.1: Einrichtungsbefragung stationär – Ergebnisse auf Fragenebene

Nr.	Frage	Gesamtergebnis	Median	Min	Max
3	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK vor?	1,00	1,00	1,00	1,00
4	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	5,00	5,00	5,00	5,00
5	In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor?	5,30	6,00	2,00	6,00
6	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	2,40	3,00	0,00	3,00
7	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel vor?	2,70	3,00	0,00	3,00
8	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	8,10	9,00	0,00	9,00
9	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am	2,67	3,00	0,00	3,00
10	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	1,40	2,00	0,00	2,00
11	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	6,20	8,00	0,00	10,00
12	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am	1,80	3,00	0,00	3,00
13	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in allen medizinischen Bereichen vor?	2,00	2,00	2,00	2,00
14	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	9,30	10,00	3,00	10,00
15	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	3,00	3,00	3,00	3,00
16	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	0,45	0,00	0,00	1,50
17	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	0,60	0,00	0,00	2,00
18	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	0,90	0,00	0,00	3,00
19	Liegt in ihrer Einrichtung ein für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglicher, an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?	9,60	12,00	0,00	12,00

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Frage	Gesamtergebnis	Median	Min	Max
20	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	0,90	0,00	0,00	3,00
21	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	0,50	0,50	0,00	1,00
22	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	0,90	0,00	0,00	3,00
22	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?	1,50	1,50	0,00	3,00
24	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?	1,20	0,00	0,00	3,00
25	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	1,50	1,50	0,00	3,00
26	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	1,20	0,00	0,00	3,00
27	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?	13,70	10,25	0,00	32,00

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang E.2: Einrichtungsbefragung ambulant – Ergebnisse auf Fragenebene

Nr.	Frage	Gesamtergebnis	Median	Min	Max
1	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK vor?	1,50	1,50	0,00	3,00
2	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	4,50	4,50	0,00	9,00
3	In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor?	1,50	1,50	0,00	3,00
4	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung vor?	2,00	2,00	2,00	2,00
5	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	8,40	10,00	6,00	10,00
6	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am	2,33	3,00	0,00	3,00
7	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in allen medizinischen Bereichen vor?	2,00	2,00	2,00	2,00
8	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	7,85	8,00	4,50	10,00
9	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	3,00	3,00	3,00	3,00
10	Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK gemäß aktuell gültigen Leitlinienempfehlungen vor?	0,30	0,00	0,00	1,50
11	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	0,30	0,00	0,00	1,50
12	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	0,60	0,00	0,00	3,00
13	Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	0,60	1,00	0,00	1,00
14	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	1,67	3,00	0,00	3,00
15	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt?	1,30	0,50	0,00	3,00
16	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet?	0,85	0,50	0,00	3,00
17	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	1,80	3,00	0,00	3,00

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nr.	Frage	Gesamtergebnis	Median	Min	Max
18	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	0,60	0,00	0,00	3,00
19	Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in ihrer Einrichtung, die im vergangenen Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung zu der Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben?	6,30	4,50	0,00	25,00

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang F.1: Ein- und Ausschlüsse Indexbogen „Infektion“

Auslösealgorithmus

- mindestens ein ICD-Kode aus der Tabelle Einschluss-Diagnosen (entsprechend der Kennzeichnung als Nebendiagnose oder als Haupt- oder Nebendiagnose)
- UND kein ICD-Kode aus der Tabelle Ausschluss-Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose
- UND Patient nicht jünger als ein Jahr

Tabelle Einschluss-Diagnosen

ICD-Kode	Art der Diagnose	Titel
R65.0!	Nebendiagnose	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
R65.1!	Nebendiagnose	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen
R57.2	Haupt- oder Nebendiagnose	Septischer Schock

Tabelle Ausschluss-Diagnosen

ICD-Kode	Titel
T20.-	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses
T21.-	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes
T22.-	Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
T23.-	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand
T24.-	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
T25.-	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes
T26.-	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde
T27.-	Verbrennung oder Verätzung der Atemwege
T28.-	Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe
T29.-	Verbrennungen und Verätzung mehrerer Körperregionen
T30.-	Verbrennung oder Verätzung, Körperregion nicht näher bezeichnet
T31.-!	Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
T32.-!	Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang F.2: Auslösekriterien QS-Filter – Einrichtungsbezogene Befragung stationär

Auslösealgorithmus

- mindestens ein OPS-Kode aus der Tabelle Einschluss-Prozeduren ODER mindestens ein ICD-Kode aus der Tabelle Einschluss-Diagnosen

UND

- kein ICD-Kode aus der Tabelle Ausschluss-Diagnosen

Tabelle Einschluss-Prozeduren

OPS-Kode	Titel
Zentraler Venenkatheter	
8-831.-	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen
8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel
8-831.x	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Sonstiges
8-831-y	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: N.n.bez.
Venöses Katheterverweilsystem (Port oder teilimplantierter/getunnelter ZVK)	
5-399.5	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
Messung des zentralen Venendrucks	
8-931.-	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks
8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks – ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks – mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
Intensivmedizinische Komplexbehandlung	
8-980.-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1-	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-980.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2-	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-980.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.3-	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-980.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.4-	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-980.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.5-	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-980.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte

© 2015 AQUA-Institut GmbH

OPS-Kode	Titel
8-980.6-	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-980.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-980.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-980.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-980.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-980.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-980.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	19321 und mehr Aufwandspunkte
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung	
8-98f-	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98f.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-98f.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-98f.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-98f.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-98f.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-98f.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-98f.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-98f.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-98f.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-98f.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-98f.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-98f.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-98f.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte

OPS-Kode	Titel
8-98f.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-98f.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-98f.f	19321 und mehr Aufwandspunkte
8-98.d-	**Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)**
8-98d.0	1 bis 196 Aufwandspunkte
8.98d.1	197 bis 392 Aufwandspunkte
8.98d.2	393 bis 588 Aufwandspunkte
8.98d.3	589 bis 784 Aufwandspunkte
8.98d.4	785 bis 980 Aufwandspunkte
8.98d.5	981 bis 1176 Aufwandspunkte
8.98d.6	1177 bis 1470 Aufwandspunkte
8.98d.7	1471 bis 1764 Aufwandspunkte
8.98d.8	1765 bis 2058 Aufwandspunkte
8.98d.9	2059 bis 2352 Aufwandspunkte
8.98d.a	2353 bis 2646 Aufwandspunkte
8.98d.b	2647 bis 2940 Aufwandspunkte
8.98d.c	2941 bis 3430 Aufwandspunkte
8.98d.d	3431 bis 3920 Aufwandspunkte
8.98d.e	3921 bis 4410 Aufwandspunkte
8.98d.f	4411 bis 4900 Aufwandspunkte
8.98d.g	4901 bis 5880 Aufwandspunkte
8.98d.h	5881 bis 6860 Aufwandspunkte
8.98d.j	6861 bis 7840 Aufwandspunkte
8.98d.k	7841 bis 9800 Aufwandspunkte
8.98d.m	9801 bis 11760 Aufwandspunkte
8.98d.n	11761 bis 13720 Aufwandspunkte
8.98d.p	13721 bis 16660 Aufwandspunkte
8.98d.q	16661 bis 19600 Aufwandspunkte
8.98d.r	19601 und mehr Aufwandspunkte

Tabelle Einschluss-Diagnosen

ICD-Kode	Titel
Z45.2-	Anpassung und Handhabung eines vaskulären Zugangs
Z45.20	Anpassung und Handhabung eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems
Z45.29	Anpassung und Handhabung eines sonstigen und nicht näher bezeichneten vaskulären Zugangs
Z95.81	Vorhandensein eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems

Anhang F.3: Einschlusskriterien Einrichtungsbezogene Befragung – ambulant

Auslösealgorithmus

- mindestens eine Ziffer aus der Tabelle Einschluss-GOP

ODER

- mindestens eine Ziffer aus der Tabelle Einschluss-OPS

Tabelle Einschluss-GOP

	Beschreibung	Abrechnungskontext
GOP (EBM)	Ambulante Abrechnung nach EBM (§§ 116, 117, 295 SGB V)	
Ambulante Betreuung		
13490	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	Grundpauschale
13491	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	Grundpauschale
13492	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	Grundpauschale
13500	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	Zusatzpauschale
13501	Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	Zusatzpauschale
13502	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/ Toxiditäts-adaptierte Therapie	Zusatzpauschale
Onkologie-Vereinbarung		
86510	Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Ver-einbarung“	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)
86512	Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)
86514	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)
86516	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten Onkologie-Vereinbarung	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)
86518	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)

Tabelle Einschluss-OPS

OPS		
8-54-.-	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	Teil-/vollstationäre Versorgung im Krankenhaus

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Indikatorenset 2.1

Stand: 10. April 2015

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
(Indikatorenset 2.1)

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
20. März 2014

Datum der Abgabe:
30. Januar 2015
Redaktionelle Überarbeitung am 10. April 2015

Signatur:
15-SQG-004
15-SQG-005

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

ID	Indikatorbezeichnung	Bogen
47a_A	Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK	Infektion
44_AA	Erfüllte Kriterien bei Blutkulturdiagnostik	Infektion
62_A	ZVK-assoziierte Sepsis	Infektion
63_AB	ZVK-assoziierte Sepsis – MRE	Infektion
52_AA	Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems wegen Infektion	Sozialdaten
12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage	Einrichtungsbefragung stationär
17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
49_A	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	Einrichtungsbefragung stationär
71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
72_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen	Einrichtungsbefragung stationär
25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	Einrichtungsbefragung stationär
26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	Einrichtungsbefragung stationär
47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung	Einrichtungsbefragung stationär
17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant
21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant
89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant
91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant
71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant
72_A_b	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen	Einrichtungsbefragung ambulant

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 47a_A	Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK
Beschreibung	Der Indikator betrifft Patienten, bei denen über ICD eine Sepsis kodiert wurde, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines ZVK steht. Der Indikator erfasst, ob bei diesen Patienten eine Blutkulturdiagnostik nach definierten Kriterien durchgeführt wurde.
Zähler	Patienten, bei denen eine Blutkulturdiagnostik gemäß folgender Kriterien durchgeführt wurde: ▪ Entnahme von mindestens einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) aus dem ZVK UND ▪ Entnahme von mindestens einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) aus einer anderen Vene ODER Patienten, bei denen der ZVK zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, mit ▪ Entnahme von mehr als einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) in separaten Venenpunktionen
Nenner	Patienten mit einer über ICD kodierten Sepsis, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von zwei Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde der Sepsis vorhanden war.
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Bei Patienten mit einer Sepsis, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines ZVK steht, sollte möglichst häufig eine Blutkulturdiagnostik gemäß der definierten Kriterien erfolgen.
Begründung	Studien haben gezeigt, dass die Häufigkeit der durchgeführten Blutkulturdiagnostik je Einrichtung variiert (Gastmeier et al. 2011; Niedner 2010; Ross 2003). Die Häufigkeit der Untersuchung auf ZVK-assoziierte Sepsis steht nachgewiesenermaßen im Zusammenhang mit entsprechenden gemessenen Sepsisraten in Einrichtungen. Die über eine Surveillance ermittelte Prävalenz von ZVK-assoziierten Sepsisraten kann bei einer geringeren Rate an Blutkulturdiagnostik falsch niedrig sein. Umgekehrt kann die häufigere Blutkulturdiagnostik zu höheren ermittelten Sepsisraten führen. Empirische Belege für diesen Sachverhalt liefert eine Studie zur Untersuchung des Zusammenhangs der Frequenz von Blutkulturen auf die Sepsisraten durch Gastmeier et al. (2011). Die Autoren fordern, dass für einen externen Vergleich von Einrichtungen bezüglich ZVK-assoziierter Sepsisraten eine Adjustierung entsprechend der Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik erfolgen sollte. Der Indikator soll gemeinsam mit dem Indikator „Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung“ (ID 47b) für die Adjustierung der im vorliegenden QS-Verfahren ermittelten Sepsisraten herangezogen werden. Für die im Verfahren verwendete ICD-Definition der ZVK-assoziierten Sepsis ist der Erregernachweis keine zwingende Voraussetzung. Es ist jedoch möglichst in jedem Fall ein Erregernachweis anzustreben, damit eine antibiotische Therapie nach Antibiogramm erfolgen kann. Entsprechend den Leitlinienempfehlungen kann eine möglichst hohe Nachweisrate erreicht werden, wenn bei jeder Blutentnahme zur Durchführung einer Blutkultur eine aerobe und eine anaerobe Blutkulturflasche beimpft werden. Dabei sollten mindestens zwei Blutkultursets (aerobe und anaerobe Blutkulturflasche) angelegt werden, die durch separate Venenpunktionen gewonnen wurden. Bei Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Sepsis wird die parallele Entnahme jeweils eines Blutkultursets über den ZVK (sofern dieser noch angelegt ist) und über eine periphere Vene empfohlen (AWMF 2010 [LL]; DGHO 2010 [LL]; Seifert et al. 2007). Je höher die Rate an Blutkulturdiagnostik in der mit diesem Indikator betrachteten Patientengruppe ist, umso besser sind die Voraussetzungen, möglichst viele Fälle an ZVK-assoziierter Sepsis zu erkennen.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Der Indikator wird stationär erhoben. Der Begriff „Blutkulturset“ bezieht sich auf ein Set aus einer aeroben und einer anaeroben Blutkultur.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Entfällt
Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Indikator sollte ursprünglich über eine Verknüpfung von Daten mikrobiologischer Labore und Daten aus manueller Erfassung erhoben werden. Er wurde dahingehend verändert, dass er ausschließlich manuell beim Leistungserbringer erhoben wird. Der Zähler wurde entsprechend angepasst. Aufgrund der Umformulierung des Zählers wurde in die Anmerkungen die Definition des „zeitlichen Zusammenhangs mit der Anwendung eines ZVK“ aufgenommen. ▪ Es wurde ergänzt, dass der Indikator stationär erhoben wird. 2. Panel (vor Ort): ▪ Die ursprüngliche Formulierung es Zählers als „Blutkultursets, für die im zeitlichen Zusammenhang mit der Anwendung eines ZVK eine Blutkulturdiagnostik veranlasst wurde“, wurde modifiziert in „Blutkultursets, für die eine Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Sepsis veranlasst wurde“. ▪ Umbenennung des Datenfeldes „Wievielte Blutkulturdiagnostik während dieses Aufenthalts“ in „Wievielte Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf eine Gefäßkatheter-assoziierte Sepsis während dieses Aufenthalts“. Nach der Panelsitzung: ▪ Anpassung des Titels von ursprünglich „Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik bei Patienten mit ZVK“ in „Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf ZVK-assoziierte Sepsis“. Abschlussbericht: ▪ Der Indikator wurde grundlegend überarbeitet und an das Erhebungskonzept angepasst. ▪ Eine wesentliche Änderung betrifft den Nenner. Dieser berechnet sich nicht mehr aus ZVK-Liegetagen, sondern bezieht sich auf Patienten mit einer über ICD kodierten Sepsis, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von zwei Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde der Sepsis vorhanden war. ▪ Der Zähler berechnet sich nicht mehr als Anzahl Blutkultursets, für die eine Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Sepsis veranlasst wurde, sondern ermittelt, ob eine Blutkulturdiagnostik mit mindestens zwei Blutkultursets durchgeführt wurde. ▪ Die Beschreibung, das Qualitätsziel, die Anmerkungen und die Datenfelder wurden entsprechend angepasst. Die Begründung wurde überarbeitet. ▪ Änderung des Titels von „Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf ZVK-assoziierte Sepsis“ in „Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Der Indikator soll zur Adjustierung der ermittelten Sepsisraten dienen.

Auffälligkeit: Referenzbereich ≥ x % (5. Perzentil). Kein fixer Referenzbereich festgelegt.

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.

Erforderliche Datenquellen:

1. Abrechnungsdaten im Krankenhaus
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	**Datenfelder für die Berechnung – Datenquellen 1 und 3**	
	Feld	**Beschreibung**
	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden (Index-Leistung)	0 = nein 1 = ja
	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK (Index-Leistung)	0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)
	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene (Index-Leistung)	0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)
	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen (Index-Leistung)	0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

AWMF (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Gastmeier, P; Schwab, F; Behnke, M; Geffers, C (2011). Wenige Blutkulturproben – wenige Infektionen? Anaesthesist 60(10): 902-907.

Niedner, MF (2010). The harder you look, the more you find: Catheter-associated bloodstream infection surveillance variability. American Journal of Infection Control 38(8): 585-595.

Ross, VM (2003). Uncertainty about the Clinical Detection of Sepsis. J Infus Nurs 26(1): 23-28.

Seifert, H; Abele-Horn, M; Fätkenheuer, G; Glück, T; Jansen, B; Kern, WV; et al. (2007). MiQ 3a: Blutkulturdiagnostik. Sepsis, Endokarditis,Katheterinfektionen, Teil I. In: MiQ – Mikrobiologisch-infektiologische Qualitätsstandards. Qualitätsstandards in der mikrobiologischen-infektiologischen Diagnostik. Mauch, H; Podbielski, A; Herrmann, M; Kniehl, E (Eds.). München: Elsevier: 1-58.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 44_AA	Erfüllte Kriterien bei Blutkulturdiagnostik
Beschreibung	Der Indikator betrifft Patienten, bei denen Blutkulturen entnommen wurden und bei denen über ICD eine Sepsis kodiert wurde, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines ZVK steht. Der Indikator erfasst, ob die Blutkulturdiagnostik bei diesen Patienten nach bestimmten Kriterien erfolgt ist. Es wird erfasst, ob eine Abnahme des Blutes sowohl aus dem ZVK als auch aus der peripheren Vene erfolgt ist und ob jeweils eine aerobe und eine anaerobe Blutkultur angelegt worden ist. Falls bei dem Patienten der ZVK zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, wird erfasst, ob mehr als eine aerobe und mehr als eine anaerobe Blutkultur aus der peripheren Vene angelegt wurde.
Zähler	Patienten, bei denen eine Blutkulturdiagnostik gemäß folgender Kriterien durchgeführt wurde: ▪ Entnahme von mindestens einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) aus dem ZVK UND ▪ Entnahme von mindestens einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) aus einer anderen Vene ODER Patienten, bei denen der ZVK zum Zeitpunkt der Blutentnahme bereits entfernt war, mit ▪ Entnahme von mehr als einem Blutkulturset (aerobe und anaerobe Blutkultur) aus einer anderen Vene
Nenner	Patienten mit einer über ICD kodierten Sepsis, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von zwei Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde der Sepsis vorhanden war und bei denen eine oder mehrere Blutkultur(en) entnommen wurden.
Ausschlusskriterien	▪ Patienten < 6 Jahre
Qualitätsziel	Die Blutkulturdiagnostik bei Patienten mit ZVK sollte möglichst häufig nach definierten Kriterien erfolgen.
Begründung	Eine Sepsis ist eine potenziell lebensgefährliche Komplikation bei Anwendung eines ZVK und mit dem Risiko schwerer Folgeerscheinungen (z.B. septische Thrombose, Organinfektion, Endokarditis) verbunden. Der Nachweis des Sepsiserregers und die Kenntnis seiner Antibiotikaempfindlichkeit ermöglichen eine gezielte antibiotische Therapie, die zu einem besseren Verlauf und einer Senkung der Sterblichkeit beitragen kann (Seifert et al. 2007). Unter anderem werden folgende Qualitätsstandards hinsichtlich der Abnahme der Blutkulturen empfohlen: Um eine möglichst hohe Nachweisrate zu gewährleisten, sollte bei jeder Blutentnahme zur Durchführung einer Blutkultur eine aerobe und eine anaerobe Blutkulturflasche beimpft werden. Dabei sollten mindestens zwei Blutkultursets (aerobe und anaerobe Blutkulturflasche) angelegt werden, die durch separate Venenpunktionen gewonnen wurden. Bei Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Sepsis wird die parallele Entnahme jeweils eines Blutkultursets über den ZVK (sofern dieser noch angelegt ist) und über eine periphere Vene empfohlen. Dies ermöglicht die Anwendung quantitativer Blutkulturtechniken, mit denen sich herausfinden lässt, ob die Sepsis ZVK-assoziiert ist (AWMF 2010 [LL]; DGHO 2010 [LL]; Seifert et al. 2007). In der Frage, ob bei mehrlumigen ZVKs Blutkulturen zwingend aus allen Lumina zu entnehmen sind, besteht keine Einheitlichkeit in der Literatur (AWMF 2010 [LL]; DGHO 2010 [LL]; Jauch et al. 2007 [LL]; Seifert et al. 2007).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Der Indikator wird stationär erhoben.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Zugang zur und Koordination der Versorgung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Stärke der Empfehlung	„Abnahme von je einem Paar Blutkulturen aus peripherer Vene und aus dem ZVK“ **A-II** (DGHO 2010) „Bei Verdacht auf Katheterinfektion sollten als erstes Blutkulturen peripher und aus jedem Katheterlumen gleichzeitig entnommen werden.“ **A** (Jauch et al. 2007) „Separate Blutkulturen aus allen Katheterlumina“ **C-III** (DGHO 2010) „Es wird empfohlen, Blutkulturen vor Entfernung des ZVK über den liegenden Katheter und zeitgleich über eine periphere Vene abzunehmen und die Kulturergebnisse miteinander zu vergleichen.“ **C-IIb** (AWMF 2010) „Es wird empfohlen, Blutkulturen (2–3 Pärchen) schnellstmöglich vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie abzunehmen.“ **B-Ic** (AWMF 2010) „For suspected CRBSI, paired blood samples, drawn from the catheter and a peripheral vein, should be cultured before initiation of antimicrobial therapy, and the bottles should be appropriately marked to reflect the site from which the samples were obtained.“ **A-II** (Mermel et al. 2009)
Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Der Begriff „gepaarte Blutkultur“ im Zähler wurde umformuliert als „zwei Blutkultursets (aerobe und anaerobe Blutkulturflasche) aus peripherer Vene und aus dem ZVK“. ▪ Die Aspekte „Vollständige Beschriftung der Flaschen“ und „Transportzeit ins Labor < 16h nach Blutkulturabnahme“ wurden aus dem Indikator gestrichen. Entsprechende Anpassungen erfolgten in den Feldern „Beschreibung“, „Begründung“, „Qualitätziel“ und „Anmerkungen“. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Indikator sollte ursprünglich über eine Verknüpfung von Daten mikrobiologischer Labore und Daten aus manueller Erfassung erhoben werden. Er wurde dahingehend verändert, dass er ausschließlich manuell beim Leistungserbringer erhoben wird. Entsprechend wurden der Titel, die Beschreibung, der Zähler und der Nenner sowie das Feld „Anmerkungen“ angepasst. ▪ In die Ausschlusskriterien wurden Fälle aufgenommen, in denen der zentrale Venenkatheter vor Veranlassung der Blutkulturdiagnostik entfernt worden ist. ▪ Es wurde ergänzt, dass der Indikator stationär erhoben wird. 2. Panel (vor Ort): ▪ Spezifizierung des Nenners auf die Veranlassung einer Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf eine Gefäßkatheter-assoziierte Sepsis. ▪ Umbenennung des Datenfeldes „Wievielte Blutkulturdiagnostik während dieses Aufenthalts“ in „Wievielte Blutkulturdiagnostik mit Verdacht auf eine Gefäßkatheter-assoziierte Sepsis während dieses Aufenthalts“. ▪ Änderungen der Antwortmöglichkeiten im Datenfeld „Entnahme von Blutkultur(en) aus dem zentralvenösen Gefäßzugang“ mit der Berücksichtigung, dass der ZVK zum Zeitpunkt der Blutentnahme zur Blutkulturdiagnostik bereits entfernt sein könnte. Abschlussbericht ▪ Der Indikator wurde an das überarbeitete Erhebungskonzept angepasst. ▪ Eine wesentliche Änderung betrifft den Nenner. Dieser berechnet sich nicht mehr als die Anzahl an Blutkulturdiagnostiken mit Verdacht auf eine ZVK-assoziierte Sepsis. Der Nenner bezieht sich stattdessen auf Patienten mit einer über ICD kodierten Sepsis, bei denen ein ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von zwei Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde der Sepsis vorhanden war und bei denen eine Blutkulturdiagnostik durchgeführt wurde. ▪ Die bisher in den Ausschlusskriterien aufgeführten „Patienten, deren zentraler Venenkatheter vor Veranlassung der Blutkulturdiagnostik entfernt worden ist“ werden im Algorithmus des Zählers berücksichtigt. ▪ Die Beschreibung, das Qualitätsziel und die Datenfelder wurden entsprechend angepasst. ▪ Um eine Übereinstimmung mit dem gewählten Referenzbereich zu erreichen, wurde in der Formulierung des Qualitätsziels der Ausdruck „sollten immer“ ersetzt durch „sollten möglichst häufig“.

- Der Titel des Indikators wurde von „Entnahme von Blutkulturen“ umgeändert in „Erfüllte Kriterien bei Blutkulturdiagnostik“.

Machbarkeitsprüfung

- Das Ausschlusskriterium „Patienten mit einem Körpergewicht < 20 kg“ wurde entfernt.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe.

Auffälligkeit: Referenzbereich ≥ x % (5. Perzentil). Kein fixer Referenzbereich festgelegt.

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.

Erforderliche Datenquellen:

1. Abrechnungsdaten im Krankenhaus

3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 3	
Feld	**Beschreibung**
ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden (Indexleistung)	0 = nein 1 = ja
Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK (Indexleistung)	0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen 1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt 2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)
Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene (Indexleistung)	0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)
In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen (Indexleistung)	0 = nein 1 = ja
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

AWMF (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; Mühlebach, S (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

Mermel, LA; Allon, M; Bouza, E; Craven, DE; Flynn, P; O'Grady, NP; Raad, II; Rijnders, BJA; Sherertz, RJ; Warren, DK (2009). Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 49(1): 1-45.

Seifert, H; Abele-Horn, M; Fätkenheuer, G; Glück, T; Jansen, B; Kern, WV; et al. (2007). MiQ 3a: Blutkulturdiagnostik. Sepsis, Endokarditis,Katheterinfektionen, Teil I. In: MiQ – Mikrobiologisch-infektiologische Qualitätsstandards. Qualitätsstandards in der mikrobiologischen-infektiologischen Diagnostik. Mauch, H; Podbielski, A; Herrmann, M; Kniehl, E (Eds.). München: Elsevier: 1-58.

ID 62_A	ZVK-assoziierte Sepsis
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Fälle von Blutvergiftung (Sepsis), die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines zentralen Venenkatheters (ZVK einschließlich Port) stehen. Die beobachteten Sepsisfälle werden auf alle Patienten bezogen, bei denen im betrachteten Zeitraum ein ZVK lag.
Zähler	ZVK-assoziierte Sepsisfälle
Nenner	Patientenzahl x Case Mix Index
Ausschlusskriterien	▪ Neugeborene ▪ Frühgeborene
Qualitätsziel	Die ZVK-assoziierte Sepsisrate bei Patienten mit ZVK soll niedrig sein.
Begründung	Die Anwendung eines ZVK ist mit dem Risiko einer Sepsis verbunden, die wiederum mit hoher Morbidität und Mortalität sowie hohen medizinischen Kosten einhergeht (Maki et al. 2006 [SR]). In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass die Rate an ZVK-assoziierten Infektionen durch die Beachtung von medizinischen und hygienischen Qualitätsstandards vermindert werden kann (Furuya et al. 2011; Longmate et al. 2011; Schulman et al. 2011 [KS]; Seddon et al. 2011; Wheeler et al. 2011; Guerin et al. 2010; Miller et al. 2010; Peredo et al. 2010 [KS]; Pronovost et al. 2010 [KS]; Jeffries et al. 2009 [KS]; Zingg et al. 2009 [KS]; Pronovost et al. 2006 [KS]). Eine niedrige Sepsisrate kann deshalb ein Merkmal für die Versorgungsqualität von Patienten mit ZVK sein. Darüber hinaus ist aus Untersuchungen bekannt, dass eine kontinuierliche Aufzeichnung der Infektionen, der Vergleich der Infektionshäufigkeiten und die Analyse der Daten einen Beitrag zur Reduktion nosokomialer Infektionen leisten können (Srinivasan et al. 2011 [NR]; L'Hériteau et al. 2007; Schwab et al. 2007).
Originalformulierung	Device-assoziierte Infektionsraten: ZVK-assoziierte primäre Sepsisrate (NRZ 2010)
Indikatorvarianten	▪ Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event (CDC 2011) ▪ Central line-associated bloodstream (CLAB) infections for specified clinical units (NSW Health 2005)
Anmerkungen	Es erfolgt eine Risikoadjustierung nach prädisponierenden Faktoren des Patienten. Es wird die Sepsis-Definition der Deutschen Sepsisgesellschaft verwendet. Eine Sepsis ist definiert als SIRS, hervorgerufen durch eine Infektion: Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein: Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen) Die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden: 1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3kPa bzw. 33 mmHg) ▪ Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild 2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥ 38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3 kPa bzw. 33 mmHg) ▪ Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild

Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation(en) sowie eines SIRS nicht-infektiöser Genese ohne oder mit Organkomplikation(en) müssen mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein:

- Fieber (≥ 38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min
- Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3kPa bzw. 33 mmHg)
- Leukozytose (≥12.000/mm³) oder Leukopenie (≤4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild (http://sepsis-gesellschaft.de)

Die Sepsis ist katheterassoziiert, wenn der ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war (Horan et al. 2008).

Zuschreibbarkeit: Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war (NRZ 2011). Verantwortlich ist die Einrichtung, welcher der Patient zum Zeitpunkt des Beginns der Sepsis zugehörig war. Dieser Zeitpunkt ist definiert als das Auftreten erster klinischer Anzeichen oder erfüllter Kriterien für eine Sepsis – je nachdem, was zuerst auftrat. Ausnahme: Falls eine ZVK-assoziierte Sepsis innerhalb von 2 Tagen nach Überweisung von einer Einrichtung in eine andere auftritt, ist die überweisende Einrichtung verantwortlich (Horan et al. 2008).

Der Nenner wird berechnet aus der Zahl aller Patienten im Erfassungsjahr multipliziert mit dem Case Mix Index der Einrichtung (Patientenzahl x Case Mix Index).

Risikoadjustierung

Das AQUA-Institut und das Expertenpanel empfehlen aufgrund der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Bewertung und Vorschläge durch die Mitglieder des Panels die folgenden Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empirisch zu prüfen:

- Alter
  Ein Alter von < 10 Jahren wird in einer Quelle als statistisch signifikanter Risikofaktor für katheter-assoziierte Infektionen bei Krebspatienten ausgewiesen (Penel et al. 2007).
  Eine weitere Quelle bestätigt ein junges Alter als statistisch signifikanten Risikofaktor für eine Sepsis, allerdings werden hier keine Angaben zum Zusammenhang zwischen Alter und dem Vorhandensein eines zentralvenösen Gefäßzugängen in Bezug auf Sepsis gemacht (Do et al. 1999) .
  In einer weiteren Quelle hingegen wurde kein signifikanter Einfluss des Alters auf katheterassoziierte nosokomiale Infektionen bei Intensivpatienten festgestellt (Combes et al. 2009).
- Geschlecht
  Das Geschlecht wird in einer Quelle als kein signifikanter Risikofaktor für katheterassoziierte nosokomiale Infektionen bei Intensivpatienten ausgewiesen (Combes et al. 2009).
  In einer anderen Quelle wird das Geschlecht als signifikanter Risikofaktor für eine Sepsis bei älteren Patienten ausgewiesen, wobei keine Angaben zum Zusammenhang zu zentralvenösen Gefäßzugängen gemacht werden (Reunes et al. 2011).
- Notfallaufnahme
  Eine ZVK-Anlage in Notfallsituationen außerhalb der medizinischen Einrichtung wird aufgrund der häufig nicht-aseptischen Bedingungen als potenzieller Risikofaktor angesehen. Die ZVK-Anlage in Notfallsituationen außerhalb der medizinischen Einrichtung ist über Abrechnungskodes aber nicht direkt abbildbar. Jedoch kann das Kriterium „Notfallaufnahme“ mit einer ZVK-Anlage in Notfallsituationen außerhalb der medizinischen Einrichtung zusammenhängen. Deshalb wird die Notfallaufnahme zur empirischen Prüfung auf einen statistisch signifikanten Einfluss empfohlen.
- Parenterale Ernährung
  Die parenterale Ernährung wird in einer Quelle als Risikofaktor für katheter-assoziierte Infektionen bei Krebspatienten ausgewiesen (Penel et al. 2007).
- Diabetes mellitus
  Diabetes mellitus wird in einer Quelle als signifikanter Risikofaktor für nosokomiale Infektionen bei Patienten auf einer Intensivstation ausgewiesen, allerdings werden hier keine Angaben zum Zusammenhang zu zentralvenösen Gefäßzugängen gemacht (Ozer et al. 2011).

	▪ AML (akute myeloische Leukämie) /ALL (akute lymphatische Leukämie) Eine Quelle gibt einen Hinweis, dass AML einen Risikofaktor bei Patienten mit Neutropenie für nosokomiale katheter-assoziierte Sepsis darstellt (Chaberny et al. 2009). Auch ohne konkrete Hinweise aus den Ergebnissen der Literaturrecherche empfehlen das AQUA-Institut und das Expertenpanel die folgenden potenziellen Risikofaktoren auf einen statistischen Einfluss empirisch zu überprüfen: ▪ Adipositas ▪ Kachexie ▪ Bestrahlung/Chemotherapie ▪ Immunsuppression ▪ Niereninsuffizienz ▪ Leberinsuffizienz ▪ akute psychotische Zustände durch Alkohol oder Narkotika ▪ Neutropenie (<1000) Das Expertenpanel empfiehlt eine Stratifizierung des Indikators nach Nurse-to-Patient-Ratio in drei Gruppen (hoch, mittel niedrig). Das AQUA-Institut kann diese Empfehlung aus methodischer Sicht nicht teilen. Stratifizierungen erfolgen üblicherweise nach patienten- und ggf. nach eingriffsbezogenen Variablen, jedoch nicht nach Variablen, die durch die Einrichtungen beeinflussbar sind und ein eigenes Qualitätsmerkmal darstellen.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Entfällt
Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Im Titel des Indikators wurde der Begriff „Sepsisrate“ durch „Sepsis“ ersetzt. 2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator soll stratifiziert nach der Nurse-to-Patient-Ratio ausgewertet werden. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Es wurde ein Kommentar des AQUA-Instituts aufgenommen hinsichtlich der Empfehlung des Panels, den Indikator stratifiziert nach Nurse-to-Patient-Ratio auszuwerten. Abschlussbericht: ▪ Im Rahmen des im Abschlussbericht vorgeschlagenen Erhebungskonzepts lässt sich der Indikator nicht, wie ursprünglich vorgeschlagen, nach Katheterart stratifizieren. Der entsprechende Abschnitt aus den Anmerkungen wurde gelöscht. Machbarkeitsprüfung: ▪ Der Indikator wird dahingehend modifiziert, dass nicht die Sepsis nach CDC-Kriterien, sondern die Sepsis nach den Kriterien der Deutschen Sepsisgesellschaft erhoben wird. ▪ Der Nenner wird berechnet aus der Zahl aller Patienten im Erfassungsjahr multipliziert mit dem Case Mix Index der Einrichtung (Patientenzahl x Case Mix Index). ▪ Der Indikator erfasst nicht mehr die klinische primäre Sepsis bei Patienten im Lebensalter von ≤ 1 Jahr.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe.

Auffälligkeit: Referenzbereich ≤ x % (95. Perzentil). Kein fixer Referenzbereich festgelegt.

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator vorgesehen. Es wird eine empirische Prüfung folgender Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Adipositas gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (E66.-)
- Kachexie gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (R64)
- Anlage des ZVK in Notfallsituation (Aufnahmegrund _ _07 nach § 301-Vereinbarung)
- Parenterale Ernährung gemäß Liste relevanter OPS-Kodes (8-016; 8-018.-)

- Bestrahlung/Chemotherapie gemäß Liste relevanter OPS-Kodes (8-520.-; 8-521.-; 8-522.-; 8-523.-; 8-52a.-; 8-52b; 8-52c; 8-530.1; 8-530.2; 8-530.3; 8-530.5; 8-530.6-; 8-530.7; 8-530.8; 8-530.9-; 8-530.a-; 8-530.b-; 8-530.x; 8-530.y; 8-531.1-; 8-531.2-; 8-531.x; 8-531.y; 8-539; 8-541.-; 8-542.-; 8-543.-; 8-544.-; 8-546.-)
- Immunsuppression gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (A15.-; A16.-; B20; B21; B22; B23.-; B24; D80.-; D81.-: D82.-; D83.-; D84.-; D86.-; D89.-; D90; T86.0-; T86.1-; T86.2; T86.3; T86.4-; T86.81; T86.82; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; ; Z94.8-)
- Diabetes mellitus gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (E10.-; E11.-; E12.-; E13.-; E14.-; O24.-; P70.2)
- Niereninsuffizienz gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (N17.-; N18.-; N19)
- Leberinsuffizienz gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (K70.1; K70.2; K70.3; K70.4; K71.-; K72.-; K73.2; K74.-; K75.3; K75.4)
- Akute psychotische Störungen durch Alkohol oder Narkotika gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (F10.4; F10.5; F13.4; F13.5)
- Neutropenie gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (D70.-)
- AML (akute myeloische Leukämie)/ALL (akute lymphatische Leukämie) gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (C92.0-; C92.6-; C92.8.-; C91.0-; C91.8-)

Erforderliche Datenquellen:

1. Abrechnungsdaten im Krankenhaus

3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquellen 1 und 3	
Feld	**Beschreibung**
ZVK-assoziierte Sepsis (Indexleistung)	0 = nein 1 = ja
Datenfelder für die Risikoadjustierung – Datenquellen 1 und 3	
Feld	**Beschreibung**
Aufnahmedatum Krankenhaus (Indexleistung)	TT-MM-JJJJ
Geburtsdatum (Indexleistung)	TT-MM-JJJJ
Geschlecht (Indexleistung)	1 = männlich 2 = weiblich
Aufnahmegrund § 301-Vereinbarung (Indexleistung)	_ _ _ _
Prozedur(en) OPS (Indexleistung)	_ _ _ _.- _ _ _ _ _.- _ _ _ _ _.- _ _ _ _ _.- _ _ _ _ _.- _ _ _ _ _.- _
ZVK-Liegetage	☐
Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (Indexleistung)	_ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _ _ _ _.- _

Literatur

CDC (2011). Patient Safety Component. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network. http://www.cdc.gov/nhsn/psc.html (Zugriff am 23.10.2012).

Chaberny, IF; Ruseva, E; Sohr, D; Buchholz, S; Ganser, A; Mattner, F; Gastmeier, P (2009). Surveillance with successful reduction of central line-associated bloodstream infections among neutropenic patients with hematologic or oncologic malignancies. Annals of Hematology 88(9): 907-912.

Combes, A; Luyt, CE; Trouillet, JL; Nieszkowska, A; Chastre, J (2009). Gender impact on the outcomes of critically ill patients with nosocomial infections. Critical Care Medicine 37(9): 2506-2511.

Do, AN; Ray, BJ; Banerjee, SN; Illian, AF; Barnett, BJ; Pham, MH; Hendricks, KA; Jarvis, WR (1999). Bloodstream infection associated with needleless device use and the importance of infection-control practices in the home health care setting. Journal of Infectious Diseases 179(2): 442-448.

Furuya, EY; Dick, A; Perencevich, EN; Pogorzelska, M; Goldmann, D; Stone, PW (2011). Central Line Bundle Implementation in US Intensive Care Units and Impact on Bloodstream Infections. PLoS ONE 6(1): e15452.

Guerin, K; Wagner, J; Rains, K; Bessesen, M (2010). Reduction in central line-associated bloodstream infections by implementation of a postinsertion care bundle. American Journal of Infection Control 38(6): 430-433.

Horan, TC; Andrus, M; Dudeck, MA (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. American Journal of Infection Control 36(5): 309-32.

Jeffries, HE; Mason, W; Brewer, M; Oakes, KL; Munoz, EI; Gornick, W; Flowers, LD; Mullen, JE; Gilliam, CH; Fustar, S; Thurm, CW; Logsdon, T; Jarvis, WR (2009). Prevention of Central Venous Catheter–Associated Bloodstream Infections in Pediatric Intensive Care Units: A Performance Improvement Collaborative. Infection Control and Hospital Epidemiology 30(7): 645-651.

L'Hériteau, F; Olivier, M; Maugat, S; Joly, C; Merrer, J; Thaler, F; Grandbastien, B; Beaucaire, G; Astagneau, P; REACAT catheter study group (2007). Impact of a five-year surveillance of central venous catheter infections in the REACAT intensive care unit network in France. Journal of Hospital Infection 66(2): 123-129.

Longmate, AG; Ellis, KS; Boyle, L; Maher, S; Cairns, CJS; Lloyd, SM; Lang, C (2011). Elimination of central-venous-catheter-related bloodstream infections from the intensive care unit. BMJ Quality and Safety 20(2): 174-180.

Maki, DG; Kluger, DM; Crnich, CJ (2006). The Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies. Mayo Clinic Proceedings 81(9): 1159-1171.

Miller, MR; Griswold, M; Harris Ii, JM; Yenokyan, G; Huskins, WC; Moss, M; Rice, TB; Ridling, D; Campbell, D; Margolis, P; Muething, S; Brilli, RJ (2010). Decreasing PICU Catheter-Associated Bloodstream Infections: NACHRI's Quality Transformation Efforts. Pediatrics 125(2): 206-213.

NRZ (2011). Definitionen nosokomialer Infektionen (CDC-Definitionen). 7. Auflage. Berlin: Robert Koch-Institut.

NRZ (2010). Protokoll. Surveillance nosokomialer Infektionen und multiresistenter Erreger auf Intensivstationen. Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen.

NSW Health (2005). Infection control program quality monitoring indicators. Version 2 users' manual. North Sydney, Australia: New South Wales Department of Health.

Ozer, B; Akkurt, CO; Duran, N; Onlen, Y; Savas, L; Turhanoglu, S (2011). Evaluation of nosocomial infections and risk factors in critically ill patients. Medical Science Monitor 17(3): 18.

Penel, N; Neu, JC; Clisant, S; Hoppe, H; Devos, P; Yazdanpanah, Y (2007). Risk factors for early catheter-related infections in cancer patients. Cancer 110(7): 1586-1592.

Peredo, R; Sabatier, C; Villagra, A; Gonzalez, J; Hernandez, C; Perez, F; Suarez, D; Valles, J (2010). Reduction in catheter-related bloodstream infections in critically ill patients through a multiple system intervention. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases 29(9): 1173-1177.

Pronovost, P; Needham, D; Berenholtz, S; Sinopoli, D; Chu, H; Cosgrove, S; Sexton, B; Hyzy, R; Welsh, R; Roth, G; Bander, J; Kepros, J; Goeschel, C (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N.Engl.J.Med. 355(26): 2725-2732.

Pronovost, PJ; Goeschel, CA; Colantuoni, E; Watson, S; Lubomski, LH; Berenholtz, SM; Thompson, DA; Sinopoli, DJ; Cosgrove, S; Sexton, JB; Marsteller, JA; Hyzy, RC; Welsh, R; Posa, P; Schumacher, K; Needham, D (2010). Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. BMJ (Clinical Research Ed.) 340: c309.

Reunes, S; Rombaut, V; Vogelaers, D; Brusselaers, N; Lizy, C; Cankurtaran, M; Labeau, S; Petrovic, M; Blot, S (2011). Risk factors and mortality for nosocomial bloodstream infections in elderly patients. European Journal of Internal Medicine 22(5): e39-e44.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Schulman, J; Stricof, R; Stevens, TP; Horgan, M; Gase, K; Holzman, IR; Koppel, RI; Nafday, S; Gibbs, K; Angert, R; Simmonds, A; Furdon, SA; Saiman, L (2011). Statewide NICU Central-Line-Associated Bloodstream Infection Rates Decline After Bundles and Checklists. Pediatrics 127(3): 436-444.

Schwab, F; Geffers, C; Barwolff, S; Ruden, H; Gastmeier, P (2007). Reducing neonatal nosocomial bloodstream infections through participation in a national surveillance system. Journal of Hospital Infection 65(4): 319-25.

Seddon, ME; Hocking, CJ; Mead, P; Simpson, C (2011). Aiming for zero: decreasing central line associated bacteraemia in the intensive care unit. New Zealand Medical Journal 124(1339): 9-21.

Srinivasan, A; Wise, M; Bel, M; Cardo, D; Edwards, J; Fridkin, S; Jernigan, J; Kallen, A; McDonald, L; Patel, P; Pollock, D; Div of Healthcare Quality Promotion; National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases; CDC (2011). Vital signs: Central line-associated blood stream infections – United States, 2001, 2008, and 2009. MMWR. Recommendations and Reports 60(8): 243-248.

Wheeler, DS; Giaccone, MJ; Hutchinson, N; Haygood, M; Bondurant, P; Demmel, K; Kotagal, UR; Connelly, B; Corcoran, MS; Line, K; Rich, K; Schoettker, PJ; Brilli, RJ (2011). A Hospital-wide Quality-Improvement Collaborative to Reduce Catheter-Associated Bloodstream Infections. Pediatrics 128(4): e995-e1007.

Zingg, W; Imhof, A; Maggiorini, M; Stocker, R; Keller, E; Ruef, C (2009). Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter-related bloodstream infections. Critical Care Medicine 37(7): 2167-2173.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 63_AB	ZVK-assoziierte Sepsis – MRE
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Fälle von Blutvergiftung (Sepsis) mit bestimmten, mehrfach gegen Antibiotika resistenten Erregern (Erreger mit besonderen Resistenzen (MRE)), die in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung eines zentralen Venenkatheters stehen. Die beobachteten Sepsisfälle werden auf die Anzahl an Patienten bezogen, bei denen im betrachteten Zeitraum ein ZVK lag.
Zähler	ZVK-assoziierte Sepsisfälle mit MRE
Nenner	Patientenzahl x Case Mix Index
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Die ZVK-assoziierte Sepsisrate mit MRE soll gering sein.
Begründung	Die Anwendung eines ZVK ist mit dem Risiko einer Sepsis verbunden, die wiederum mit hoher Morbidität und Mortalität sowie hohen medizinischen Kosten einhergeht (Maki et al. 2006 [SR]). Die Therapie einer durch multiresistente Erreger verursachten Sepsis ist besonders schwierig, da die antibiotischen Behandlungsalternativen stark eingeschränkt sind. Die betroffenen Patienten sind einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko ausgesetzt. (Hanberger et al. 2011; Mielke 2008 [NR]; Gastmeier et al. 2007). Die Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) zeigen, dass der MRSA der häufigste Erreger unter Intensivpatienten mit multiresistenten Erregern ist. Während die Häufigkeit von Patienten mit MRSA über die letzten Jahre stabil geblieben ist, wird aus den Daten ein Anstieg der Häufigkeit anderer multiresistenter Erreger deutlich (Geffers et al. 2011). Bei einem überdurchschnittlich gehäuften Auftreten multiresistenter Erreger in einer Einrichtung bzw. in einer Region kann ein Hinterfragen der praktizierten Hygienemaßnahmen und des Antibiotikaeinsatzes angezeigt sein (Mielke 2008 [NR]).
Originalformulierung	MRSA central line associated bloodstream infections (MRSA CLABSI) (RIDH 2012)
Indikatorvarianten	▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der allgemeinen Intensivstation (APICU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008) ▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der kardiologischen Intensivstation (CCU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008) ▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der internistischen Intensivstation (MICU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008) ▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der internistisch-chirurgischen Intensivstation (MSICU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008) ▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der chirurgischen Intensivstation (SICU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008) ▪ Gefäßkatheter-assoziierte MRSA-Infektionen der Blutbahn auf der neurologischen Intensivstation (ICU), pro 1000 Gefäßkatheter-Tage (IQIP 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wird stationär erhoben. Abweichend von dem Originalindikator bezieht sich dieser Indikator auf ein größeres Spektrum resistenter Erreger. Der Indikator wird im Zähler in folgenden Strata ausgewertet: ▪ Sepsis-Fälle mit MRSA ▪ Sepsis-Fälle mit VRE/GRE ▪ Sepsis-Fälle mit 3MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen: Acylureidopenicilline, Cephalosporine der 3./4. Generation, Carbapeneme, Fluorchinolone) (RKI 2011) ▪ Sepsis-Fälle mit 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenzen gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen: Acylureidopenicilline, Cephalosporine der 3./4. Generation, Carbapeneme, Fluorchinolone) (RKI 2011) Es wird die Sepsis-Definition der Deutschen Sepsisgesellschaft verwendet. Eine Sepsis ist definiert als SIRS, hervorgerufen durch eine Infektion:

	„Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein: Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen) Die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden: 1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥38,0°C) oder Hypothermie (≤36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3 kPa bzw. 33 mmHg) ▪ Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild 2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien: ▪ Fieber (≥ 38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3 kPa bzw. 33 mmHg) ▪ Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild Für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation(en) sowie eines SIRS nicht-infektiöser Genese ohne oder mit Organkomplikation(en) müssen mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein: ▪ Fieber (≥ 38,0°C) oder Hypothermie (≤ 36,0°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz ≥ 90/min ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $PaCO_2$ ≤ 4,3 kPa bzw. 33 mmHg) ▪ Leukozytose (≥ 12.000/mm³) oder Leukopenie (≤ 4.000/mm³) oder 10 % oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild (http://sepsis-gesellschaft.de) ▪ Der Nenner wird berechnet aus der Zahl aller Patienten im Erfassungsjahr multipliziert mit dem Case Mix Index der Einrichtung (Patientenzahl x Case Mix Index).
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Entfällt
Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Im Titel des Indikators wurde der Begriff „Sepsisrate“ durch „Sepsis“ ersetzt. ▪ Es erfolgte die zusätzliche Stratifizierung nach Sepsis-Fällen mit 3MRGN und 4MRGN und die Streichung der Stratifizierung nach Sepsis-Fällen mit ESBL. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Es wurde ergänzt, dass der Indikator stationär erhoben wird. 2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator soll stratifiziert nach der Nurse-to-Patient-Ratio ausgewertet werden. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Es wurde ein Kommentar des AQUA-Instituts aufgenommen hinsichtlich der Empfehlung des Panels, den Indikator stratifiziert nach Nurse-to-Patient-Ratio auszuwerten. Abschlussbericht: ▪ Für den Indikator wird eine Auswertung als Sentinel Event empfohlen. Dadurch entfällt die Risikoadjustierung. ▪ Im Rahmen des im Abschlussbericht vorgeschlagenen Erhebungskonzepts lässt sich der Indikator nicht auf ZVK-Liegetage beziehen. Er bezieht sich stattdessen auf die Anzahl an Patienten mit ZVK. Nenner und Beschreibung wurden entsprechend angepasst.

Machbarkeitsprüfung:

- Der Indikator wird dahingehend modifiziert, dass nicht die Sepsis nach CDC-Kriterien, sondern die Sepsis nach den Kriterien der Deutschen Sepsisgesellschaft erhoben wird.
- Der Nenner wird berechnet aus der Zahl aller Patienten im Erfassungsjahr multipliziert mit dem Case Mix Index der Einrichtung (Patientenzahl x Case Mix Index).

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe.

Auffälligkeit: Sentinel-Event

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen, da der Indikator als Sentinel-Event ausgewertet wird

Erforderliche Datenquellen:

1. Abrechnungsdaten im Krankenhaus
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	**Datenfelder für die Berechnung – Datenquellen 1 und 3**	
	Feld	**Beschreibung**
	ZVK-assoziierte Sepsis (Indexleistung)	0 = nein 1 = ja
	Nachweis eines multiresistenten Erregers	0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT	

Literatur

Gastmeier, P; Sohr, D; Geffers, C; Behnke, M; Ruden, H (2007). Risk factors for death due to nosocomial infection in intensive care unit patients: Findings from the Krankenhaus Infektions Surveillance System. Infection Control and Hospital Epidemiology 28(4): 466-472.

Geffers, C; Gastmeier, P (2011). Nosocomial infections and multidrug-resistant organisms in Germany: Epidemiological data from KISS (The Hospital Infection Surveillance System). Deutsches Arzteblatt 108(6): 87-93.

Hanberger, H; Walther, S; Leone, M; Barie, PS; Rello, J; Lipman, J; et al. (2011). Increased mortality associated with methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection in the intensive care unit: results from the EPIC II study. International Journal of Antimicrobial Agents 38(4): 331-335.

IQIP (2008). Acute Care Implementation Manual. International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences.

Maki, DG; Kluger, DM; Crnich, CJ (2006). The Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies. Mayo Clinic Proceedings 81(9): 1159-1171.

Mielke, M (2008). Das Problem der nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenz aus mitteleuropäischer Sicht: Eine Übersicht über Probleme und Präventionsansätze.: Robert Koch-Institut

RIDH (2012). Methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) bloodstream infections. Care Outcomes Report, April–June 2012. Providence, Rhode Island, USA: Rhode Island Department of Health. Center for Health Data and Analysis.

RKI (2011). Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin 36.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 52_AA	Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems wegen Infektion
Beschreibung	Der Indikator erfasst bei onkologischen Patienten die Fälle von lokalen Infektionen oder Fälle von Sepsis, bei denen eine Entfernung oder eine erneute Operation des Ports oder des teilimplantierten/getunnelten ZVK nach der Katheternutzung vorgenommen werden musste.
Zähler	Onkologische Patienten mit Entfernung (OPS-Kode 5-399.7) oder mit Revision (OPS-Kode 5-399.6) eines venösen Katheterverweilsystems (Port oder teilimplantierter ZVK) aufgrund einer lokalen Infektion: ▪ ICD-Kode (T80.2 oder T82.7) UND NICHT ▪ (R57.2, R65.0!, R65.1!, A40.-, A41.- oder B37.7) aufgrund einer Sepsis: ▪ ICD-Kode [(T80.2 oder T82.7) UND (R57.2, R65.0!, R65.1!)] ODER ▪ (A40.-, A41.- oder B37.7)
Nenner	Onkologische Patienten, bei denen innerhalb der vergangenen drei Jahre (rückwirkend vom Ende des Erfassungsjahres an gezählt) ein Port oder ein teilimplantierter ZVK angelegt bzw. implantiert oder gewechselt wurde (Kodierung des OPS-Kode 5-399.5) UND bei denen ein ICD-Kode zu einer Tumorerkrankung bei Katheterimplantation/Wechsel kodiert wurde
Ausschlusskriterien	▪ Patienten, bei denen bei Vorliegen einer Infektion/Sepsis im Erfassungsjahr das Port-/ZVK-System nicht mehr im Rahmen einer zytostatischen Chemotherapie genutzt wird (letzte Implanation/Wechsel erfolgte ohne Vorliegen einer Tumorerkrankung) ▪ Patienten, bei denen der Zeitraum zwischen Implantation und Explantation weniger als 30 Tage beträgt und die in diesem Zeitraum nicht die Kriterium einer zytostatischen Chemotherapie erfüllen ▪ Patienten, die vor Ende des aktuellen Erfassungsjahres verstorben sind (Austrittsgrund Tod) und zuvor keine lokale Infektion/Sepsis aufwiesen ▪ Patienten, die in den letzten 90 Tagen vor der Explantation/Revision kein Kriterium einer zytostatischen Chemotherapie erfüllen
Qualitätsziel	Die genannten Infektionen sollten selten nach Nutzung des Port-/teilimplantierten Katheters auftreten.
Begründung	Als Folgen der Implantation eines Ports oder der Portpunktion können eine lokale Infektion (z.B. am Portlager oder am Punktionsareal) oder eine Sepsis auftreten. Gleiches gilt für teilimplantierte ZVKs (Teichgräber et al. 2011; Walser 2011; Fischer et al. 2008 [KS]). Infektionen gehören zu den häufigsten Gründen für eine ungeplante Explantation des Katheterverweilsystems (Fischer et al. 2008 [KS]). Die KRINKO-Empfehlung hebt hervor, dass eine Infusionstherapie über den Portkatheter eine mögliche Quelle für eine nosokomiale Infektion darstellt. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Infusionslösungen und Infusionssysteme leicht kontaminiert werden können und deshalb auf den hygienisch einwandfreien Umgang bei der Versorgung über den Portkatheter besonders geachtet werden muss (KRINKO 2002). Die Infektionsrate im Rahmen der Nutzung eines Portkatheters liegt in aktuellen Studien zwischen 0,8 und 7,5 % (Teichgräber et al. 2011). Onkologische Erkrankungen und Chemotherapien stellen dabei einen bedeutenden Risikofaktor dar (Okada et al. 2015; Lee et al. 2014; Shim et al. 2014). Eine niedrige Rate an Infektionen bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem ZVK kann ein Merkmal für die gute Versorgungsqualität dieser Patienten sein. Darüber hinaus ist aus Untersuchungen bekannt, dass eine kontinuierliche Aufzeichnung der Infektionen, der Vergleich der Infektionshäufigkeiten und die Analyse der Daten einen Beitrag zur Reduktion nosokomialer Infektionen leisten können (Srinivasan et al. 2011 [NR]; L'Hériteau et al. 2007).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine

Anmerkungen	Der Indikator wird getrennt für stationäre Leistungserbinger, ambulante Leistungserbinger (Krankenhaus) und ambulante Leistungserbinger (Vertragsärzte, MVZ) berichtet und bewertet. Der Status des verantwortlichen Leistungserbingers richtet sich nach dem Versorgungsbereich, in dem der Katheter zur onkologischen Behandlung genutzt wurde, nicht nach dem Ort der Implantation oder Explantation/Revision. Im Nenner wird jeweils nur die letzte Implantation im Zeitraum von drei Jahren verwendet. Dabei werden nur Implantationen/Wechsel berücksichtigt die bei Vorliegen einer Infektion/ Sepsis zeitlich vor diesem Ereignis liegen. Bei mehrfachem Auftreten eines Ereignisses im Zähler wird nur das erste Ereignis des Erfassungsjahres berücksichtigt. Die im Nenner beschriebenen ICD-Kodes zu einer Tumorerkrankung umfassen alle ICD-Kodes, die in der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“) (GKV/KBV 2015) als Tumorerkrankungen im Sinne der Vereinbarung definiert sind. Diese sind: ▪ alle malignen soliden Tumore (ICD-Kodes: C00 bis C80.-, C97) ▪ intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten (ICD-Kodes: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-) ▪ bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-Kodes: D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48) ▪ Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-Kodes: C81.- bis C96.-, D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7, D61.-, D69.3, D69.4, D70.-, D71, D72.-) ▪ die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-Kode: D76.1). Das Kriterium einer zytostatischen Chemotherapie gilt als erfüllt, wenn folgende Bedingungen zutreffen: Für den teil-/vollstationären Bereich (§301 SGB V): Dokumentation einer zytostatischen Chemotherapie über folgende OPS-Kodes: ▪ 8-54: Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie Für den ambulanten Bereich (Abrechnung nach §§116, 117 und 295 SGB V): Dokumentation von Abrechnungsziffern, die eine zytostatische Chemotherapie als obligaten Leistungsinhalt haben oder diesen nahelegen: ▪ 13500: Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung ▪ 13501: Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen ▪ 13502: Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxiditäts-adaptierte Therapie ▪ Mindestens eine hämato-/onkologische Grundpauschale (13490, 13491 oder 13492) und eine der folgenden Zusatzpauschalen ▪ 01510: mindestens 2 Stunden ▪ 01511: mindestens 4 Stunden ▪ 01512: mindestens 6 Stunden ▪ 02100: Infusion ▪ 02101: Infusion, länger als 60 Min ▪ 02120: Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe Für vertragsärztliche Leistungserbringer (§295 SGB V) im Rahmen der Abrechnung über die sogenannte Onkologievereinbarung: ▪ 86516: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ Es erfolgt eine Risikoadjustierung nach prädisponierenden Faktoren des Patienten. Der Indikator bezieht sich sowohl auf ambulant als auch auf stationär behandelte Patienten. Der Indikator wird zusätzlich in folgenden Strata ausgewiesen (Kennzahlen): ▪ Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems aufgrund einer lokalen Infektion

	▪ Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems aufgrund einer Sepsis Die Zurechnung der Infektion und das Feedback der Ergebnisse erfolgt folgendermaßen: ▪ Die Infektion/Sepsis wird im Einzelfall dem Leistungserbinger zugerechnet, der das kürzeste Zeitintervall zwischen zytostatischer Chemotherapie und infektionsbedingter Explantation des Ports/teilimplantierten ZVK aufweist. **Risikoadjustierung** Das AQUA-Institut und das Expertenpanel empfehlen aufgrund der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Bewertung und Vorschläge durch die Mitglieder des Panels die folgenden Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empirisch zu prüfen: ▪ Alter Ein Alter von < 10 Jahren wird in einer Quelle als statistisch signifikanter Risikofaktor für katheter-assoziierte Infektionen bei Krebspatienten ausgewiesen (Penel et al. 2007). Eine weitere Quelle bestätigt ein junges Alter als statistisch signifikanten Risikofaktor für eine Sepsis, allerdings werden hier keine Angaben zum Zusammenhang zwischen Alter und dem Vorhandensein eines zentralvenösen Gefäßzugängen in Bezug auf Sepsis gemacht (Do et al. 1999). In einer weiteren Quelle hingegen wurde kein signifikanter Einfluss des Alters auf katheter-assoziierte nosokomiale Infektionen bei Intensivpatienten festgestellt (Combes et al. 2009). ▪ Geschlecht Das Geschlecht wird in einer Quelle als kein signifikanter Risikofaktor für katheter-assoziierte nosokomiale Infektionen bei Intensivpatienten ausgewiesen (Combes et al. 2009). In einer anderen Quelle wird das Geschlecht als signifikanter Risikofaktor für eine Sepsis bei älteren Patienten ausgewiesen, wobei keine Angaben zum Zusammenhang zu zentralvenösen Gefäßzugängen gemacht werden (Reunes et al. 2011). ▪ parenterale Ernährung Die parenterale Ernährung wird in einer Quelle als Risikofaktor für katheter-assoziierte Infektionen bei Krebspatienten ausgewiesen (Penel et al. 2007). ▪ Diabetes mellitus Diabetes mellitus wird in einer Quelle als signifikanter Risikofaktor für nosokomiale Infektionen bei Patienten auf einer Intensivstation ausgewiesen, allerdings werden hier keine Angaben zum Zusammenhang zu zentralvenösen Gefäßzugängen gemacht (Ozer et al. 2011). ▪ AML (akute myeloische Leukämie) /ALL (akute lymphatische Leukämie) Eine Quelle gibt einen Hinweis, dass AML einen Risikofaktor bei Patienten mit Neutropenie für nosokomiale katheter-assoziierte Sepsis darstellt (Chaberny et al. 2009). Auch ohne konkrete Hinweise aus den Ergebnissen der Literaturrecherche empfehlen das AQUA-Institut und das Expertenpanel die folgenden potenziellen Risikofaktoren auf einen statistischen Einfluss empirisch zu überprüfen: ▪ Adipositas ▪ Kachexie ▪ Bestrahlung / Chemotherapie ▪ Immunsuppression ▪ Niereninsuffizienz ▪ Leberinsuffizienz ▪ akute psychotische Zustände durch Alkohol oder Narkotika ▪ Neutropenie (<1000)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Entfällt

Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Indikator wurde auf teilimplantierte ZVKs sowie auf Revisionen des Katheterverweilsystems erweitert. Entsprechend wurden die Beschreibung, der Zähler, der Nenner, das Qualitätsziel, die Begründung und die Anmerkungen angepasst. ▪ Der Nenner wurde umformuliert als „Patienten, bei denen innerhalb der vergangenen 3 Jahre ein Katheterverweilsystem implantiert wurde“. Die Grundgesamtheit des Indikators bezieht sich auf alle Patienten, bei denen im Erfassungsjahr ein Katheterverweilsystem implantiert war. Um die Grundgesamtheit zu spezifizieren, wurden die Ausschlusskriterien „Patienten, bei denen vor Beginn des aktuellen Erfassungsjahres eine Entfernung des Katheterverweilsystems vorgenommen wurde“ sowie „Patienten, die vor Beginn des aktuellen Erfassungsjahres verstorben sind“ aufgenommen. ▪ Als Ausschlusskriterien wurden Patienten mit Dialysebehandlung aufgenommen, da der verwendete OPS-Kode 5-399.5 auch zentralvenöse Katheter zu Dialysezwecken umfasst und diese Patienten nicht betrachtet werden sollen. ▪ Es wurden Definitionen für die Sepsis und die Taschen- bzw. Tunnelinfektion in die Anmerkungen aufgenommen. ▪ In die Anmerkungen wurde eine Formulierung für die Zuschreibbarkeit des Indikators aufgenommen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Die Formulierung für die Zuschreibbarbeit wurde gestrichen, da der Indikator als Area-Indikator ausgewertet werden soll. Abschlussbericht: ▪ Der Indikator wurde grundlegend überarbeitet und soll ausschließlich über Sozialdaten der Krankenkassen erhoben werden. Entsprechend zu nutzende Abrechnungskodes wurden eingefügt und ersetzen die manuelle Dokumentation. Mit dem Indikator lässt sich weiterhin zwischen Sepsis und lokaler Infektion unterscheiden, aber die Unterscheidung zwischen Tascheninfektion bei Port-Patienten und Tunnelinfektion bei Patienten mit teilimplantiertem ZVK ist nicht mehr gegeben. ▪ Der Term „Patienten …, die vor Beginn des Erfassungsjahres nicht verstorben sind“ wurde aus dem Algorithmus des Nenners gestrichen und in die Ausschlusskriterien aufgenommen. ▪ Der Term „Patienten (…), bei denen vor Beginn des Erfassungsjahres keine Entfernung des Katheterverweilsystems vorgenommen wurde“ wurde aus dem Nenner gestrichen. Stattdessen wurde das folgendes Ausschlusskriterium aufgenommen: „Patienten, bei denen vor Beginn des Erfassungsjahres eine Entfernung (OPS-Kode 5-399.7) und nach Entfernung keine erneute Implantation eines Katheterverweilsystems (OPS-Kode 5-399.5) vorgenommen wurde“. ▪ Die Definition, dass nur Patienten, die bei spezifischen Leistungserbringern behandelt wurden, im Nenner eingeschlossen werden, wurde entfernt. Stattdessen wurde in den Anmerkungen aufgenommen, wie die Auswertung und das Feedback der Ergebnisse erfolgen soll. ▪ Patienten mit Dialysebehandlung werden nicht mehr über OPS-Kodes ausgeschlossen. Stattdessen erfolgt die Spezifizierung auf Patienten mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung. Empirische Prüfung: ▪ Der Teilaspekt postoperativer Wundinfektionen mit der Verantwortungszuschreibung zum Operateur wird verlassen. Stattdessen werden nur noch Patienten betrachtet, deren Port/teilimplantierter ZVK in den letzten 90 Tagen vor Explantation in hämatologisch-onkologischen Therapien benutzt wurde. Damit wird auf die hygienischen Bedingungen während der Port-Nutzung/-Versorgung fokussiert. Es handelt sich hierbei um Patienten, die nach der Onkologievereinbarung ambulant beim Vertragsarzt/MVZ oder im Krankenhaus behandelt wurden sowie um stationäre Patienten, die eine Chemotherapie erhalten haben. ▪ Für die Definition der Patienten der Grundgesamtheit wurden weitere ICD-Kodes ergänzt, um alle Patienten einzuschließen, die unter die sogenannte „Onkologie-Vereinbarung“ fallen.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Keine Angabe.

Auffälligkeit: Referenzbereich ≤ x % (95. Perzentil). Kein fixer Referenzbereich festgelegt.

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator vorgesehen. Es wird eine empirische Prüfung folgender Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Adipositas gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (E66.-)
- Kachexie gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (R64)
- Parenterale Ernährung gemäß Liste relevanter OPS-Kodes (8-016; 8-018.-)
- Bestrahlung/Chemotherapie gemäß Liste relevanter OPS-Kodes (8-520.-; 8-521.-; 8-522.-; 8-523.-; 8-52a.-; 8-52b; 8-52c; 8-530.1; 8-530.2; 8-530.3; 8-530.5; 8-530.6-; 8-530.7; 8-530.8; 8-530.9-; 8-530.a-; 8-530.b-; 8-530.x; 8-530.y; 8-531.1-; 8-531.2-; 8-531.x; 8-531.y; 8-539; 8-541.-; 8-542.-; 8-543.-; 8-544.-; 8-546.-)
- Immunsuppression gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (A15.-; A16.-; B20; B21; B22; B23.-; B24; D80.-; D81.-: D82.-; D83.-; D84.-; D86.-; D89.-; D90; T86.0-; T86.1-; T86.2; T86.3; T86.4-; T86.81; T86.82; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; ; Z94.8-)
- Diabetes mellitus gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (E10.-; E11.-; E12.-; E13.-; E14.-; O24.-; P70.2)
- Niereninsuffizienz gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (N17.-; N18.-; N19)
- Leberinsuffizienz gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (K70.1; K70.2; K70.3; K70.4; K71.-; K72.-; K73.2; K74.-; K75.3; K75.4)
- akute psychotische Störungen durch Alkohol oder Narkotika gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (F10.4; F10.5; F13.4; F13.5)
- Neutropenie gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (D70.-)
- AML (akute myeloische Leukämie)/ALL (akute lymphatische Leukämie) gemäß Liste relevanter ICD-Kodes (C92.0-; C92.6-; C92.8.-; C91.0-; C91.8-)

Erforderliche Datenquellen:

5. Sozialdaten bei den Krankenkassen

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 5	
Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	
Aufnahmedatum Krankenhaus	tt.mm.jjjj
OPS-Version	
OPS	OPS-Schlüssel
Lokalisation (OPS)	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
OPS-Datum	
ICD-Version	
Entlassungsdiagnosen (ICD) Hauptdiagnose (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Hauptdiagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Entlassungsdiagnosen (ICD) Hauptdiagnose (Sekundärkode)	ICD-Schlüssel
Entlassungsdiagnosen (ICD) Nebendiagnosen (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Nebendiagnosen	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Entlassungsdiagnosen (ICD) Nebendiagnosen (Sekundärkode)	ICD-Schlüssel
Art der Leistungserbringung AOP	1 = Krankenhaus §115b 2 = Vertragsarzt/MVZ
Prozedurdatum AOP	
Behandlungsdiagnose (Primärdiagnose)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Behandlungsdiagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Diagnosesicherheit Behandlungsdiagnose	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung
Sekundär-Diagnose (Behandlungsdiagnose)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Sekundär-Diagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Diagnosesicherheit Sekundär-Diagnose	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung
OPS (AOP)	OPS-Schlüssel
Lokalisation (OPS AOP)	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Quartalsdiagnosen (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Quartalsdiagnosen	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Diagnosesicherheit Quartalsdiagnosen	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung
Datenfelder für die Risikoadjustierung – Datenquelle 5	
Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	
Geburtsdatum	tt.mm.jjjj
Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
Aufnahmegrund	Schlüssel 1 §301-Vereinbarung
OPS-Version	
OPS	OPS-Schlüssel
Lokalisation (OPS)	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
OPS-Datum	
ICD Version	
Entlassungsdiagnosen (ICD) Hauptdiagnose (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Hauptdiagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Entlassungsdiagnosen (ICD) Hauptdiagnose (Sekundärkode)	ICD-Schlüssel
Entlassungsdiagnosen (ICD) Nebendiagnosen (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Nebendiagnosen	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Entlassungsdiagnosen (ICD) Nebendiagnosen (Sekundärkode)	ICD-Schlüssel
Art der Leistungserbringung AOP	1 = Krankenhaus §115b 2 = Vertragsarzt/MVZ
Prozedurdatum AOP	
Behandlungsdiagnose (Primärdiagnose)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Behandlungsdiagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Diagnosesicherheit Behandlungsdiagnose	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung
Sekundär-Diagnose (Behandlungsdiagnose)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Sekundär-Diagnose	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Diagnosesicherheit Sekundär-Diagnose	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung
OPS (AOP)	OPS-Schlüssel
Lokalisation (OPS AOP)	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Quartalsdiagnosen (Primärkode)	ICD-Schlüssel
Lokalisation Quartalsdiagnosen	Schlüssel 16 §301-Vereinbarung
Diagnosesicherheit Quartalsdiagnosen	Schlüssel 17 §301-Vereinbarung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Literatur

Chaberny, IF; Ruseva, E; Sohr, D; Buchholz, S; Ganser, A; Mattner, F; et al. (2009). Surveillance with successful reduction of central line-associated bloodstream infections among neutropenic patients with hematologic or oncologic malignancies. Annals of Hematology 88(9): 907-912.

Combes, A; Luyt, CE; Trouillet, JL; Nieszkowska, A; Chastre, J (2009). Gender impact on the outcomes of critically ill patients with nosocomial infections. Critical Care Medicine 37(9): 2506-2511.

Do, AN; Ray, BJ; Banerjee, SN; Illian, AF; Barnett, BJ; Pham, MH; et al. (1999). Bloodstream infection associated with needleless device use and the importance of infection-control practices in the home health care setting. Journal of Infectious Diseases 179(2): 442-448.

Fischer, L; Knebel, P; Schröder, S; Bruckner, T; Diener, M; Hennes, R; et al. (2008). Reasons for Explantation of Totally Implantable Access Ports: A Multivariate Analysis of 385 Consecutive Patients. Annals of Surgical Oncology 15(4): 1124-1129.

GKV/KBV (2015). Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). Mit Wirkung zum 1.7.2009, zuletzt geändert am 17.12.2014, in Kraft getreten am 01.01.2015. Berlin: GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), Kassenärztliche Bundesvereinigung.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

L'Hériteau, F; Olivier, M; Maugat, S; Joly, C; Merrer, J; Thaler, F; et al. (2007). Impact of a five-year surveillance of central venous catheter infections in the REACAT intensive care unit network in France. Journal of Hospital Infection 66(2): 123-129.

Lee, GJ; Hong, SH; Roh, SY; Park, SR; Lee, MA; Chun, HG; et al. (2014). A case-control study to identify risk factors for totally implantable central venous port-related bloodstream infection. Cancer Res Treat 46(3): 250-60.

Okada, S; Shiraishi, A; Yamashiro, Y; Inoue, T; Tsuge, D; Aida, M; et al. (2015). A retrospective statistical analysis of the late complications associated with central venous port placements. Jpn J Radiol 33(1): 21-5.

Ozer, B; Akkurt, CO; Duran, N; Onlen, Y; Savas, L; Turhanoglu, S (2011). Evaluation of nosocomial infections and risk factors in critically ill patients. Medical Science Monitor 17(3): 18.

Penel, N; Neu, JC; Clisant, S; Hoppe, H; Devos, P; Yazdanpanah, Y (2007). Risk factors for early catheter-related infections in cancer patients. Cancer 110(7): 1586-1592.

Reunes, S; Rombaut, V; Vogelaers, D; Brusselaers, N; Lizy, C; Cankurtaran, M; et al. (2011). Risk factors and mortality for nosocomial bloodstream infections in elderly patients. European Journal of Internal Medicine 22(5): e39-e44.

Shim, J; Seo, TS; Song, MG; Cha, IH; Kim, JS; Choi, CW; et al. (2014). Incidence and Risk Factors of Infectious Complications Related to Implantable Venous-Access Ports. Korean Journal of Radiology 15(4): 494-500.

Srinivasan, A; Wise, M; Bel, M; Cardo, D; Edwards, J; Fridkin, S; et al. (2011). Vital signs: Central line-associated blood stream infections – United States, 2001, 2008, and 2009. MMWR. Recommendations and Reports 60(8): 243-248.

Teichgräber, UK; Pfitzmann, R; Hofmann, HA (2011). Portsysteme als integraler Bestandteil von Chemotherapien. Dtsch Arztebl Int 108(9): 147-53; quiz 154.

Walser, EM (2011). Venous Access Ports: Indications, Implantation Technique, Follow-Up, and Complications. Cardiovascular and Interventional Radiology: 1-14.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage fachgebietsübergreifend gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Fachgebietsübergreifende Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage fachgebietsübergreifend gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Das Risiko einer ZVK-assoziierten Sepsis kann durch die entsprechende Anwendung von Hygienemaßnahmen vermindert werden. Die CDC-Leitlinien und KRINKO-Empfehlungen zur Prävention von Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen empfehlen die Anwendung maximaler Barrieremaßnahmen bei der Anlage eines ZVK. Randomisiert kontrollierte Studien von Raad et al. (1994) sowie eine Kohortenstudie von Pronovost et al. (2006) wiesen übereinstimmend nach, dass die Anwendung von Maßnahmenbündeln (Händedesinfektion, Mund-Nasenschutz, sterile Handschuhe, steriles Abdecktuch etc.) zu einer Reduktion der ZVK-assoziierten Infektionen führen kann. Diese Reduktion konnte jedoch auf keine Einzelmaßnahme, sondern immer nur auf die Anwendung von Maßnahmenbündeln zurückgeführt werden (Wheeler et al. 2011; Galpern et al. 2008; Raad et al. 1994). Eine Studie zur Anwendung evidenzbasierter Hygienemaßnahmen auf am KISS teilnehmenden deutschen Intensivstationen ergab, dass schriftlich fixierte Qualitätsstandards zur Anlage eines ZVK nur in 84 % der befragten Einrichtungen vorliegen (Vonberg et al. 2005).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	▪ Central Line Insertion Bundle Compliance (CPSI 2009) ▪ Central Line Insertion Practices (CLIP) Adherence (CDC 2011)
Anmerkungen	Die Indikatorvarianten erheben, ob Maßnahmenbündel zur Hygiene in jedem einzelnen Fall eingehalten wurden, wohingegen dieser Indikator einmal jährlich erhebt, ob eine Arbeitsanweisung mit entsprechenden Inhalten vorliegt. Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien (mindestens) folgende Hygienemaßnahmen umfassen: ▪ hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit

	▪ Anwendung folgender weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasenschutz - großes steriles Abdecktuch Entsprechende Hygienepläne gelten NICHT als Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den Bereichen, in denen ZVK gelegt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Eine aseptische Technik bei der Anlage von zentralen Venenkathetern und anderen vergleichbaren zentralen intravasalen Kathetern wird empfohlen.“ **A** (AWMF 2010) „Anlegen von Mund-Nasen-Schutz, Haube, sterilem Kittel und sterilen Handschuhen durch die handelnde Person.“ **A-I** (KRINKO 2002) „Strenge Asepsis (Mundschutz, Haube, steriler Kittel, sterile Handschuhe) muss bei der Einlage eines ZVK eingehalten werden.“ **B** (Die Leitlinie gibt einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007) „Prepare clean skin with a >0.5% chlorhexidine preparation with alcohol before central venous catheter and peripheral arterial catheter insertion and during dressing changes. If there is a contraindication to chlorhexidine, tincture of iodine, an iodophor, or 70% alcohol can be used as alternatives. “ **A-I** (O'Grady et al. 2011) „Verwendung alkoholischer Chlorhexidin-Lösung, alkoholischer PVP-Jodlösungen oder 70%er Propanolol-Lösung zur Desinfektion der Katheter-Einstichstelle.“ **A-I** (DGHO 2010) „Desinfektion der Einstichstelle mit Hautdesinfektionsmittel unter Beachtung der Einwirkzeit.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Antiseptics should be allowed to dry according to the manufacturer’s recommendation prior to placing the catheter.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) „Abdeckung mit großem sterilen Tuch.“ **IA** (KRINKO 2002) „Use maximal sterile barrier precautions, including the use of a cap, mask, sterile gown, sterile gloves, and a sterile full body drape, for the insertion of CVCs, PICCs, or guidewire exchange.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) „Bei Insertion in einem Eingriffsraum und radiologischen Interventionsraum sind folgende Mindestanforderungen einzuhalten: Hygienische Händedesinfektion, sterile Handschuhe, Mund-Nasenschutz, Kopfhaube, steriler Kittel, steriles Abdecktuch.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002)

	„Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B** (Die Leitlinie gibt einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007).
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es erfolgte eine Spezifizierung der Inhalte der Arbeitsanweisung auf: „Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum“. ▪ Die Empfehlung zur Hautdesinfektion mit Chlorhexidin bzw. Octenidin und Alkohol wurde gestrichen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Festlegung von Bereichen, in denen eine Arbeitsanweisung vorliegen sollte ▪ Der Zähler wird um den Zusatz „[...] für alle Mitarbeiter zugänglichen Arbeitsanweisung [...]“ sowie einer Definition von Bereichen ergänzt. ▪ Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. ▪ Anpassung an Indikator Nr. 7: Spezifizierung, dass es sich um ein großes steriles Abdecktuch handeln sollte Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die fachgebietsübergreifende Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Die Vorgabe, dass die Arbeitsanweisung in bestimmten Räumen vorliegen muss, wird dahingehend präzisiert, dass eine entsprechende Arbeitsanweisung in allen Bereichen, in denen ZVKs gelegt werden, vorliegen muss. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für diesen Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
	Feld	**Beschreibung**
	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasen-Schutz - großes steriles Abdecktuch zur Insertion eines ZVK (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 =ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

AWMF (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

CDC (2011). Patient Safety Component. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network. http://www.cdc.gov/nhsn/psc.html (Zugriff am 23.10.2012).

CPSI (2009). How-to Guide: Prevent Central Line Infections Central Line Associated - Blood Stream Infections (CLA-BSI). Edmonton (Canada): Canadian Patient Safety Institute. Safer Healthcare Now! Campaign.

DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Galpern, D; Guerrero, A; Tu, A; Fahoum, B; Wise, L (2008). Effectiveness of a central line bundle campaign on line-associated infections in the intensive care unit. Surgery 144(4): 492-495.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Pronovost, P; Needham, D; Berenholtz, S; Sinopoli, D; Chu, H; Cosgrove, S; et al. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N.Engl.J.Med. 355(26): 2725-2732.

Raad, II; Hohn, DC; Gilbreath, BJ; Suleiman, N; Hill, LA; Bruso, PA; et al. (1994). Prevention of Central Venous Catheter-Related Infections by Using Maximal Sterile Barrier Precautions During Insertion. Infection Control and Hospital Epidemiology 15(4.1): 231-238.

Vonberg, RP; Groneberg, K; Geffers, C; Ruden, H; Gastmeier, P (2005). Hygienemaßnahmen auf Intensivstationen: Ergebnisse des nationalen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Anaesthesist 54(10): 975-982.

Wheeler, DS; Giaccone, MJ; Hutchinson, N; Haygood, M; Bondurant, P; Demmel, K; et al. (2011). A Hospital-wide Quality-Improvement Collaborative to Reduce Catheter-Associated Bloodstream Infections. Pediatrics 128(4): e995-e1007.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel fachgebietsübergreifend gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Fachgebietsübergreifende Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel fachgebietsübergreifend gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert, durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Studien haben gezeigt, dass adäquate Hygienemaßnahmen bei der Pflege eines ZVK zu einer Verringerung der ZVK-assoziierten Sepsis führen. Die richtige Handhygiene kann durch die Verwendung eines alkoholbasierten Produkts erreicht werden. Sterile Handschuhe müssen für die Platzierung und Pflege von zentralen Kathetern zwingend verwendet werden, wenn eine No-Touch-Technik nicht möglich ist (O'Grady et al. 2011 [LL]; Coopersmith et al. 2002). Der Indikator bezieht sich auf Leitlinienempfehlungen der deutschen Sepsisgesellschaft, der KRINKO und CDC, welche ein aseptisches Vorgehen während des Verbandwechsels bei Patienten mit ZVK empfehlen.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien (mindestens) folgende Hygienemaßnahmen umfassen: ▪ hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den medizinischen Bereichen, in

	denen Patienten mit ZVK bzw. Portkatheter versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Ggf. Insertionsstelle mit steriler 0,9% NaCl-Lösung und sterilem Tupfer reinigen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Perform hand hygiene procedures, either by washing hands with conventional soap and water or with alcohol-based hand rubs (ABHR). Hand hygiene should be performed before and after palpating catheter insertion sites as well as before and after inserting, replacing, accessing, repairing, or dressing an intravascular catheter. Palpation of the insertion site should not be performed after the application of antiseptic, unless aseptic technique is maintained.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B** (Die Leitlinie gibt hierfür einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007).
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Die Beschreibung sowie das Qualitätsziel des Indikators wurden dahingehend spezifiziert, dass Arbeitsanweisungen zum ZVK-Verbandwechsel in allen medizinischen Bereichen einer Einrichtung vorliegen sollen. ▪ Ergänzung des Zählers durch „[...] für alle Mitarbeiter zugänglichen Arbeitsanweisung [...]“ sowie Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. ▪ Definition der medizinischen Bereiche einer stationären Einrichtung. 2.Panel (vor Ort): ▪ Erweiterung des Zählers um ambulante Einrichtungen, in denen ebenfalls eine Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel für alle Mitarbeiter vorliegen und zugänglich sein soll. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Die in den Anmerkungen formulierte Definition für „Medizinische Bereiche“ wurde im gesamten Indikatordatenblatt übernommen.

	Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die fachgebietsübergreifende Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthalten. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtungen“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

	Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
	Feld	**Beschreibung**
STATIONÄR	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

Coopersmith, CM; Rebmann, TL; Zack, JE; Ward, MR; Corcoran, RM; Schallom, ME; et al. (2002). Effect of an education program on decreasing catheter-related bloodstream infections in the surgical intensive care unit. Critical Care Medicine 30(1): 59-64.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung fachgebietsübergreifend gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Fachgebietsübergreifende Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung fachgebietsübergreifend gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Aseptische Bedingungen bei Portpunktion und Konnektierung des Infusionssystems sind zwingend notwendig, um das Infektionsrisiko zu minimieren (Teichgräber et al. 2011; Jauch et al. 2007 [LL]). Eine prospektive Analyse (Schwarz et al. 1997 [KS]) zeigte, dass die Verbindungsstelle zwischen Katheter und Portkammer besonders anfällig für Materialbeschädigungen ist. Die aseptische und fixierte Konnektierung des Infusionssystems ist daher von Bedeutung (Walser 2011).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien (mindestens) folgende (Hygiene-)Maßnahmen umfassen: ▪ hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung.

	Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit Portkatheter versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Vor der Entfernung eines evtl. vorhandenen Verbandes ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Punktionsstelle ist großflächig, unter Beachtung der vorgeschriebenen Einwirkzeit des Desinfektionsmittels, zu desinfizieren.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Für die Punktion, für die eine Palpation und Fixierung der Portkammer zwischen den palpierenden Fingern erfolgt, müssen sterile Handschuhe angezogen werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Es dürfen nur geeignete Spezialkanülen verwendet werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B (Die Leitlinie gibt hierfür einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an)** (Jauch et al. 2007).
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Zähler wurde durch den Zusatz „[…] für alle Mitarbeiter zugänglichen Arbeitsanweisung […]“ ergänzt. ▪ Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Der Indikator wurde an die anderen Indikatoren angepasst und deshalb dahingehend konkretisiert, dass entsprechende Arbeitsanweisungen in allen medizinischen Bereichen (d.h. Bereiche, in denen Patienten mit Port versorgt werden) einer Einrichtung vorliegen sollen. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die fachgebietsübergreifende Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll.

	▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthalten. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

Schwarz, RE; Groeger, JS; Coit, DG (1997). Subcutaneously Implanted Central Venous Access Devices in Cancer Patients. A Prospective Analysis. Cancer 79(8): 1635–1640.

Teichgräber, UK; Pfitzmann, R; Hofmann, HA (2011). Portsysteme als integraler Bestandteil von Chemotherapien. Dtsch Arztebl Int 108(9): 147-153; quiz 154.

Walser, EM (2011). Venous Access Ports: Indications, Implantation Technique, Follow-Up, and Complications. Cardiovascular and Interventional Radiology: 1-14.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen fachgebietsübergreifend gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Fachgebietsübergreifende Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen fachgebietsübergreifend gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Aseptische Bedingungen bei einer Infusionstherapie sind zwingend notwendig, um mikrobielle Kontaminationen an dem Infusionssystem oder durch Infusionslösungen zu vermeiden (Schenck et al. 2012; Jauch et al. 2007 [LL]). Die KRINKO-Empfehlung „Anforderung an die Hygiene bei Punktion und Injektion“ führt Studien auf, die nachweisen, dass Mängel der Hygiene (Nichtbeachtung der Grundregeln der Asepsis) mit Infektionen (z.B. durch bakterielle Erreger) korrelieren (KRINKO 2011 [LL]).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien Angaben zu (mindestens) folgenden (Hygiene-)Maßnahmen beinhalten: ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mit-

	arbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK bzw. Portkatheter versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet. Der Indikator richtet sich nicht an Apotheken, die bei der Arzneimittelherstellung der Apothekenbetriebsordnung unterliegen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Vor dem Beginn des Herrichtens von Medikamenten und Materialien für Punktionen oder Injektionen ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **A-I** (KRINKO 2011) „Wenn die Vorbereitung des Zubehörs auf einer Arbeitsfläche erfolgt, muss diese vorher wischdesinfiziert […] werden.“ **II** (KRINKO 2011) „Die Zubereitung von Medikamenten zur Injektion soll unmittelbar vor der geplanten Applikation erfolgen.“ **II** (KRINKO 2011) „Das Gummiseptum von Injektions- und Infusionsflaschen ist vor dem Einführen einer Kanüle mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel zu desinfizieren. Eine Ausnahme stellen Gummisepten dar, bei denen der Hersteller die Sterilität der Abdeckung garantiert.“ **IV** (KRINKO 2011) „Eindosisbehälter sollten bevorzugt vor Mehrdosisbehältern verwendet werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mittels einer Einmalkanüle entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze und Kanüle zu verwenden. Einmalkanülen dürfen nicht im Mehrdosenbehältnis verbleiben.“ **II** (KRINKO 2011) „Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mithilfe einer Mehrfachentnahmekanüle (Spike) entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze zu verwenden.“ **II** (KRINKO 2011) „Alternativ können Mehrfachentnahmekanülen mit Luftfilter und Kontaminationsschutzhülle verwendet werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Auf angebrochene Mehrdosenbehältnissen sind das Anbruchdatum und die Verwendungsdauer zu vermerken.“ **IV** (KRINKO 2011) „Das Personal ist regelmäßig in den hygienischen Arbeitstechniken zu schulen (Die Unterweisungen sind zu dokumentieren). Der Erfolg der Schulung sollte durch Beobachtung und Bewertung der Abläufe vor Ort, z.B. durch das Hygienefachpersonal überprüft werden.“ **II** (KRINKO 2011) „Keine Wiederbefüllung von Perfusorspritzen“ **B-I** (KRINKO 2011) „Reine Lipidlösungen sollen innerhalb von 12 h infundiert werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „TPN-Lösungen sollen innerhalb von 24 h infundiert werden“. **B-I** (KRINKO 2002) „Bei Mischinfusionen, die in der Apotheke unter Laminar-Airflow-Bedingungen (Reinräume der Klasse A) hergestellt werden, müssen die Angaben des Apothekers bzgl. Lagerungsdauer und -temperatur berücksichtigt werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Zubereitung der Mischungen ohne Zeitdruck unter Berücksichtigung der Angaben des Arzneimittelherstellers ausschließlich durch geschultes Personal, das speziell in der Herstellung

	von Mischinfusionen und den dabei zu beachtenden Hygienemaßnahmen (z.B. Hände-, Flächendesinfektion, aseptisches Arbeiten) geschult wurde (Beleg durch namentliche und zeitliche Dokumentation der Unterweisung).“ (KRINKO 2002) „Zubereitung der Mischinfusionen in einem für das Anrichten von Medikamenten vorgesehenen reinen Raum. Die Raumtemperaturen sollen 25°C nicht überschreiten.“ (KRINKO 2002) „Zubereitung der Mischinfusionen auf einer hierfür vorgesehenen übersichtlichen und angemessen großen, freien Arbeitsfläche, die vor Beginn der Zubereitung mit einem auf Wirksamkeit geprüften Flächendesinfektionsmittel (Mittel aus der Desinfektionsmittelliste der DGHM) desinfizierend gereinigt wird.“ (KRINKO 2002) „Die Applikation der Infusion am Patienten erfolgt ohne Zwischenlagerung an anderer Stelle. Die Entlüftung und luftblasenfreie Befüllung des Infusionsschlauches einschließlich Tropfkammer mit dem Infusat geschieht erst unmittelbar vor der Applikation der Infusion.“ (KRINKO 2002)
Änderungsprotokoll	2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator wurde auf der Grundlage von Anregungen aus dem Panel entwickelt und im zweiten Paneltreffen diskutiert. ▪ Ergänzung der Mindestinhalte der Arbeitsanweisung um den Aspekt „keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung). ▪ Ergänzung des Datenfeldes um den Ausnahmefall, dass die verwendeten Mischinfusionen ausschließlich von Apotheken hergestellt werden. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalten werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Die in den Anmerkungen formulierte Definition für „Medizinische Bereiche“ wurde im gesamten Indikatordatenblatt übernommen. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die fachgebietsübergreifende Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen enthalten. ▪ Im Indikator wird auf den spezifischen Bezug zu den KRINKO-Empfehlungen verzichtet. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für diesen Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4

Feld	Beschreibung
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja; 2 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung

Feld	Beschreibung
	ENTFÄLLT

Literatur

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

KRINKO (2011). Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54(9/10): 1135–1144.

Schenck, M; Michels-Oswald, W; Tschirdewahn, S; Rübben, H; vom Dorp, F; Rose, A; et al. (2012). Wie sollen Urologen venöse subkutane Portsysteme implantieren? Erfahrungen an einem Zentrum bei 347 Patienten. Urologe. Ausgabe A 51(2): 226-237.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Gültigkeit einer internen Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion gültig sein. Die interne Leitlinie soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Während bei ZVK-assoziierter Sepsis durch einen konventionellen ZVK dieser in der Regel sofort entfernt werden sollte, kann im Falle von Infektionen bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem ZVK unter bestimmten Bedingungen von diesem Vorgehen abgewichen werden. Begründet wird dies unter anderem damit, dass die Entfernung des Katheters insbesondere bei Patienten ohne alternativen Gefäßzugang problematisch sein kann (Mermel et al. 2009 [LL]; Vescia et al. 2008 [SR]; Jauch et al. 2007 [LL]; Bouza et al. 2002). Bei Patienten mit Tunnelinfektion oder Infekt des Portsystems sowie bei Patienten mit deutlichen klinischen Anzeichen (z.B. hämodynamische Instabilität, septische Thrombosen, Endokarditis, persistierendes Fieber nach Beginn der Antibiotikatherapie) ist der Katheter sofort zu explantieren. Bei milderem Verlauf einer Sepsis und je nach Art des identifizierten Erregers kann der ZVK zunächst belassen werden; es sollten jedoch eine systemische Antibiotikatherapie sowie eine antibiotische Lock-Behandlung eingeleitet werden und der Patient sollte engmaschig beobachtet werden. Schlägt die Therapie nicht an, ist der Katheter zu entfernen. Das Vorgehen bei einem Verdacht auf eine Infektion bzw. bei einer diagnostizierten Infektion ist beispielsweise in der Leitlinie der DGEM (Jauch et al. 2007) sowie in den IDSA-Leitlinien (Mermel et al. 2009) differenziert beschrieben. Eine interne Leitlinie auf Grundlage aktuell gültiger Leitlinienempfehlungen erleichtert den Einrichtungen, standardisierte und evidenzbasierte Entscheidungen zeitnah im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port bzw. teilimplantiertem/getunnelten ZVK treffen zu können.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die interne Leitlinie gemäß aktuell gültiger Leitlinien (mindestens) folgende Inhalte umfassen: ▪ klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll

	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie Die interne Leitlinie gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in den medizinischen Bereichen, in denen Patienten mit ZVK bzw. Portkatheter versorgt werden, in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung, in der Anlagen von ZVK (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVK (Port eingeschlossen) versorgt werden, erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Bei ausgeprägten lokalen Infektzeichen der Insertionsstelle und klinischem Verdacht auf katheterinduzierte Blutstrominfektion ist die ZVK-Neuanlage sofort vorzunehmen.“ **A** (Die Leitlinie gibt einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007)„The CVC and arterial catheter, if present, should be removed and cultured if the patient has unexplained sepsis or erythema overlying the catheter insertion site or purulence at the catheter insertion site.” **B-II** (Mermel et al. 2009) „Long-term catheters should be removed from patients with CRBSI associated with any of the following conditions: severe sepsis; suppurative thrombophlebitis; endocarditis; bloodstream infection that continues despite 172 h of antimicrobial therapy to which the infecting microbes are susceptible; or infections due to S. aureus, P. aeruginosa, fungi, or mycobacteria” **A-II** (Mermel et al. 2009) „For patients with CRBSI for whom catheter salvage is attempted, additional blood cultures should be obtained, and the catheter should be removed if blood culture results (e.g., 2 sets of blood cultures obtained on a given day; 1 set of blood cultures is acceptable for neonates) remain positive when blood samples are obtained 72 h after the initiation of appropriate Therapy” **B-II** (Mermel et al. 2009) „For long-term and short-term CRBSI due to less virulent microbes that are difficult to eradicate (e.g., Bacillus species, Micrococcus species, or Propionibacteria), catheters should generally be removed after blood culture contamination is ruled out on the basis of multiple positive culture results, with at least 1 blood culture sample drawn from a peripheral vein” **B-III** (Mermel et al. 2009) „In uncomplicated CRBSI involving long-term catheters due to pathogens other than S. aureus, P. aeruginosa, Bacillus species, Micrococcus species, Propionibacteria, fungi, or mycobacteria, because of the limited access sites in many patients who require long-term intravascular access for survival (e.g., patients undergoing hemodialysis or with short-gut syndrome), treatment should be attempted without catheter removal, with use of both systemic and antimicrobial lock therapy.” **B-II** (Mermel et al. 2009) „If a catheterized patient has a single positive blood culture that grows coagulase-negative Staphylococcus species, then additional cultures of blood samples obtained through the suspected catheter and from a peripheral vein should be performed before the initiation of antimicrobial therapy and/or catheter removal to be certain that the patient has true bloodstream infection and that the catheter is the likely source” **A-II** (Mermel et al. 2009)

„Patients with tunnel infection or port abscess require removal of the catheter, incision and drainage if indicated, and 7–10 days of antibiotic therapy in the absence of concomitant bacteremia or candidemia." **A-II** (Mermel et al. 2009)

„Uncomplicated exit site infections (i.e., those without systemic signs of infection, positive blood culture results, or purulence) should be managed with topical antimicrobial agents on the basis of the exit site culture results (e.g., mupirocin ointment for S. aureus infection and ketoconazole or lotrimin ointment for Candida infection" **B-III** (Mermel et al. 2009)

„If an uncomplicated exit site infection fails to resolve with topical therapy or if it is accompanied by purulent drainage, then systemic antibiotics should be administered on the basis of the antimicrobial susceptibility of the causative pathogen; the catheter should be removed if treatment with systemic antibiotics fails." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„If other vascular sites are unavailable and/or the patient is at increased risk for bleeding diathesis in the setting of CRBSI not complicated by an exit site or tunnel infection, then exchange the infected catheter over a guidewire" **B-III** „In such situations, an antimicrobial-impregnated catheter with an anti-infective intraluminal surface should be considered for catheter exchange" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Antibiotic lock is indicated for patients with CRBSI involving long-term catheters with no signs of exit site or tunnel infection for whom catheter salvage is the goal." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„For CRBSI, antibiotic lock should not be used alone; instead, it should be used in conjunction with systemic antimicrobial therapy, with both regimens administered for 7–14 days." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Dwell times for antibiotic lock solutions should generally not exceed 48 h before reinstallation of lock solution; preferably, reinstallation should take place every 24 h for ambulatory patients with femoral catheters" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„For S. aureus CRBSI involving long-term catheters, the catheters should be removed unless there are major contraindications (e.g., there is no alternative venous access, the patient has significant bleeding diathesis, or quality of life issues take priority over the need for reinsertion of a new catheter at another site)" **A-II** (Mermel et al. 2009)

„In the rare circumstance that the catheter is retained for a patient with S. aureus CRBSI involving a long-term catheter, the patient should receive systemic and antibiotic lock therapy for 4 weeks" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Do not remove CVCs or PICCs on the basis of fever alone. Use clinical judgment regarding the appropriateness of removing the catheter if infection is evidenced elsewhere or if a non-infectious cause of fever is suspected." **II** (O'Grady et al. 2011)

„Primäre ZVK Entfernung bei

- ZVK-Infektion durch Staphylococcus aureus" **A-II**
- „ZVK-Infektion durch Candida spp." **B-II**
- „Tunnel- oder Tascheninfektion" **B-III**
- „Komplizierte ZVK-Infektion (z.B. septische Streuung oder schwere umgebende Weichteilinfektion)" **B-II** (DGHO 2010)

„Versuch der Beibehaltung des ZVK vertretbar bei klinisch stabilen Patienten mit ZVK Infektion durch

- Koagulase-negative Staphylokokken
- Coynebacterium jeikeium
- Acinetobacter baumannii
- Stenotrophomonas maltophilia
- Pseudomonas aeruginosa
- Bacillus spp." **B-III** (DGHO 2010)

Änderungsprotokoll	2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator ist in der zweiten Panelsitzung durch das Panel vorgeschlagen worden mit dem Titel „Vorhandensein einer Arbeitsanweisung zum Umgang bei infizierten Ports oder teilimplantierten ZVKs“. Im Anschluss an die Sitzung ist der Indikator durch das AQUA-Institut aufgearbeitet worden, d.h. alle Felder des Indikatordatenblattes sind gefüllt worden. Der Titel des Indikators wurde umformuliert. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Der Indikator wurde an die anderen Indikatoren angepasst und deshalb dahingehend konkretisiert, dass entsprechende Arbeitsanweisungen in allen medizinischen Bereichen einer Einrichtung (d.h. Bereiche, in denen Patienten mit ZVKs versorgt werden) vorliegen sollen. Machbarkeitsprüfung ▪ Mit dem Indikator wird nicht mehr das Vorliegen einer Arbeitsanweisung, sondern die Gültigkeit einer internen Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr erfasst. Die Formulierung der Inhalte der internen Leitlinie wird entsprechend angepasst. ▪ Es wird präzisiert, dass die interne Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die interne Leitlinie autorisiert sein soll. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert?	
▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll	0 = nein; 1 = ja
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll	0 = nein; 1 = ja
▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann	0 = nein; 1 = ja
▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie (Einrichtungsbefragung)	0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Bouza, E; Burillo, A; Munoz, P (2002). Catheter-related infections: diagnosis and intravascular treatment. Clinical Microbiology and Infection 8(5): 265-274.

DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

Mermel, LA; Allon, M; Bouza, E; Craven, DE; Flynn, P; O'Grady, NP; et al. (2009). Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 49(1): 1-45.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Vescia, S; Baumgartner, AK; Jacobs, VR; Kiechle-Bahat, M; Rody, A; Loibl, S; et al. (2008). Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. Annals of Oncology 19(1): 9-15.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 49_A	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie fachgebietsübergreifend gültig war, die ▪ an die einrichtungsbezogene Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage angepasst ist, ▪ im Erfassungsjahr unter Berücksichtigung der gültigen wissenschaftlichen Leitlinien und der aktuellen Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung, Hygienekommission oder Arzneimittelkommission autorisiert wurde, ▪ für alle ärztlichen Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Fachgebietsübergreifende Gültigkeit einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, die ▪ an die einrichtungsbezogene Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage angepasst ist, ▪ im Erfassungsjahr unter Berücksichtigung der gültigen wissenschaftlichen Leitlinien und der aktuellen Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung, Hygienekommission oder Arzneimittelkommission autorisiert wurde, ▪ für alle ärztlichen Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie fachgebietsübergreifend gültig sein. Die interne Leitlinie soll an die einrichtungsbezogene Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage angepasst sein, im Erfassungsjahr unter Berücksichtigung der gültigen wissenschaftlichen Leitlinien und der aktuellen Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage aktualisiert und durch die Geschäftsführung, Hygienekommission oder Arzneimittelkommission autorisiert sein sowie für alle ärztlichen Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Bei Vorliegen einer Infektion ist eine adäquate initiale Antibiotikatherapie erforderlich, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Eine Multicenter-Studie mit Daten von insgesamt 108 Krankenhäusern aus Europa, Kanada und den USA hat den Einfluss der (Un-)Angemessenheit in Bezug auf Art und Zeitpunkt des verabreichten Antibiotikums bei Patienten mit schwerer Sepsis oder frühem septischem Schock untersucht. Das Ergebnis war eine deutlich erhöhte Sterblichkeit bei inadäquater Antibiotikatherapie (39 % Sterblichkeitsrate im Vergleich zu 24 % bei Patienten mit angemessener Antibiotikatherapie) (Harbarth et al. 2003 [KS]). Um ein adäquates Antibiotikum verabreichen zu können, muss das lokale Erregerspektrum berücksichtigt werden, da erhebliche Unterschiede in der epidemiologischen Relevanz von Erregern und Resistenzen in der Region, in der einzelnen Einrichtung und auf den jeweiligen Stationen vorliegen können (AWMF 2010 [LL]). Allgemeine Leitlinien sollten folglich regelmäßig an die aktuelle lokale Resistenzentwicklung angepasst werden, um eine möglichst hohe Wirksamkeit des verabreichten Antibiotikums zu erzielen (Dellit et al. 2007 [NR]). Auch im Hinblick auf die Umsetzung eines heterogenen Antibiotikaeinsatzes (Antibiotika-Diversität) in einer Einrichtung zur Minimierung des Selektionsdrucks von Erregern (Bodmann et al. 2010 [NR]) sind lokal angepasste Standards eine unterstützende Maßnahme. Laut Infektionsschutzgesetz (§23 Abs. 4) sind sowohl Krankenhäuser als auch Einrichtungen des ambulanten Operierens grundsätzlich dazu verpflichtet, das Auftreten der vom Robert Koch Institut (RKI) festgelegten (multi-)resistenten Erreger zu dokumentieren sowie erforder-

	liche Präventionsmaßnahmen abzuleiten, dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. „Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach §4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden." Es ist zu empfehlen, dass diese erforderlichen Anpassungen in Form von hausinternen Standards bzw. Leitlinien schriftlich fixiert werden. Zusätzlich besteht nach Landeskrankenhausgesetzen die Vorgabe, dass einrichtungsinterne Arzneimittelkommissionen Listen mit den zu verwendenden Arzneimitteln und somit auch Antibiotika erstellen. Daher sind die Kommissionen in eine Entwicklung und Aktualisierung von Standards zur Antibiotika-Initialtherapie einzubeziehen.
Originalformulierung	ATB3b: Protocole sur l'antibiothérapie de première intention (Item/Indikator des Index ICATB) (DGOS 2010: Annexe 3)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Die interne Leitlinie gilt als für alle ärztlichen Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn sie in allen medizinischen Bereichen in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVK (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen" ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Informationspflicht der Mitarbeiter nach §23 Abs. 4 IfSG und Pflicht zur Erstellung von Arzneimittellisten durch die Arzneimittelkommissionen nach den Landeskrankenhausgesetzen. „Guidelines and clinical pathways: Multidisciplinary development of evidence-based practice guidelines incorporating local microbiology and resistance patterns can improve antimicrobial utilization." **A-I** (Dellit et al. 2007) „Es wird empfohlen, eine antimikrobielle Therapie nach Abnahme von Blutkulturen (siehe Kapitel Diagnose der Infektion), jedoch frühest möglich (innerhalb einer Stunde) nach Diagnosestellung der Sepsis zu verabreichen. Kommentar: Eine frühzeitige intravenös verabreichte kalkulierte, am individuellen Risikoprofil des Patienten und am ITS-spezifischen mikrobiologischen Resistenzmuster ausgerichtete antimikrobielle Therapie reduziert die Letalität bei Patienten mit gramnegativer und grampositiver Bakteriämie, Fungämie und Sepsis […]" **B-Ic** (AWMF 2010) „Formulary restriction and preauthorization requirements can lead to immediate and significant reductions in antimicrobial use and cost (A-II) and may be beneficial as part of a multifaceted response to a nosocomial outbreak of infection." **B-II** (Dellit et al. 2007) „Es wird empfohlen, ein Pseudomonas-wirksames Antibiotikum anzuwenden (Ureidopenicilline (Piperacillin) oder Dritt- bzw. Viertgenerations-Cephalosporine [Ceftazidime oder Cefepime] oder Carbapeneme (Imipenem oder Meropenem) unter Berücksichtigung lokaler Resistenzmuster einzusetzen." **E-V** (AWMF 2010)

Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator wurde von ursprünglich „hausinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie“ in „Einrichtungsinterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie“ umbenannt. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Zähler wird durch den Zusatz „[…]für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglichen einrichtungsinternen Standard […]“ ergänzt. ▪ Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. ▪ Der Indikator wird dahingegen geändert, dass ausschließlich stationäre Einrichtungen einbezogen sind. 2. Panel (vor Ort): ▪ Veränderung des Zählers sowie des Qualitätsziels dahingehend, dass der einrichtungsinterne Standard zur Antibiotika-Initialtherapie an die aktuelle hauseigene (statt ursprünglich lokale) Resistenzlage angepasst werden muss. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator soll sich auf eine interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie und nicht mehr auf einen internen Standard beziehen. ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die fachgebietsübergreifende Gültigkeit der internen Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die interne Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die interne Leitlinie autorisiert sein soll. ▪ Die Kriterien hinsichtlich der Zugänglichkeit der internen Leitlinie werden präzisiert und nur noch auf ärztliche Mitarbeiter und medizinische Bereiche bezogen. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

	Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
	Feld	**Beschreibung**
STATIONÄR	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
	Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

AWMF (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Bodmann, KF; Grabein, B; Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (2010). Empfehlungen zur kalkulierten parenteralen Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen. Chemother J 19(6): 179-255.

Dellit, TH; Owens, RC; McGowan, JE, Jr.; Gerding, DN; Weinstein, RA; Burke, JP; et al. (2007). Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. Clinical Infectious Diseases 44(2): 159-177.

DGOS (2010). Résultats nationaux 2010. Tableau de bord des infections nosocomiales. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction Generale de l'offre de soins.

Harbarth, S; Garbino, J; Pugin, J; Romand, J; Lew, D; Pittet, D (2003). Inappropriate initial antimicrobial therapy and its effect on survival in a clinical trial of immunomodulating therapy for severe sepsis. American Journal of Medicine 115(7): 529-535.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele Mitarbeiter einer stationären Einrichtung aus den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben.
Zähler	Mitarbeiter einer stationären Einrichtung aus den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Es sollen alle Mitarbeiter aus den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie einmal im Jahr an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und Port teilnehmen.
Begründung	Um Infektionen und Komplikationen zu vermeiden, sind aktuelle und evidenzbasierte Kenntnisse über Übertragungswege und Präventionsstrategien besonders relevant (Schulz-Stübner 2011; Rupp et al. 2004). Eine Reihe von Studien konnten nachweisen, dass die Schulung von Mitarbeitern und das Umsetzen von Präventionsstrategien zu signifikanten Reduktionen von Infektionsraten und Komplikationen führte (Barsuk et al. 2009 [KS]; Zingg et al. 2009 [KS]; Ramritu et al. 2008 [MA]; Sherertz et al. 2000).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Die Angabe der Personalstruktur nimmt auf Pflichtdaten des §21-Datensatzes beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bzw. der gesetzlichen Statistikdaten Bezug, die auch im gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht veröffentlicht werden müssen. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port muss folgende Inhalte umfassen: ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden und können in einer übergeordneten Fortbildung integriert sein. Der Bereich „Intensivmedizin“ bezieht sich auf Intensivstationen aller Fachbereiche. Als Intermediate Care werden Aufwachbereiche, Stroke Unit, Coronary Care Unit etc. verstanden. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit

Stärke der Empfehlung	„Empfohlen werden regelmäßige Schulungen von Ärzten und Pflegekräften bezüglich Indikation, Anlage und Pflege zentralvenöser Katheter.“ **A-I** (KRINKO 2002) „Educate healthcare personnel regarding the indications for intravascular catheter use, proper procedures for the insertion and maintenance of intravascular catheters, and appropriate infection control measures to prevent intravascular catheter-related infections “. **A-I** (O'Grady et al. 2011) „Schulungsprogramm für Pflegekräfte und Ärzte.“ **A-II** (DGHO 2011) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B** (Jauch et al. 2007) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002)
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Der Zähler des Indikators wird dahingegen spezifiziert, dass ein Schulungskonzept für „[...] die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter in einer Einrichtung [...] vorliegen soll. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Definition der Mindestkriterien für ein Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port. 2.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens eines Schulungskonzeptes sowie dessen Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen an das Schulungskonzept separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Es wurde präzisiert, welche Berufsgruppen der in den letzten 12 Monaten neu eingestellten Mitarbeiter eingeschlossen sind. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird stark modifiziert. Es wird nicht mehr nach einem Schulungskonzept gefragt, sondern nach der Teilnahmerate an entsprechenden Veranstaltungen. Dabei wird weiterhin gefordert, dass alle Mitarbeiter jährlich an Schulungsmaßnahmen teilnehmen und dies auch zu dokumentieren ist. Auch die Mindestinhalte der Schulungen sind im Indikator und im Ausfüllhinweis definiert. Teilnehmer an den Schulungen sollen Mitarbeiter aus den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie sein. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert. Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4		
Feld	**Beschreibung**	
Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung in den Bereichen Intensivmedizin, Intermediate Care, Anästhesie, Innere Medizin und Pädiatrie, die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und Port teilgenommen haben? (Einrichtungsbefragung)		
Daten wurden nicht erhoben	ja/leer	
	Anteil	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ % _ _ _ % _ _ _ %	☐

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Barsuk, JH; Cohen, ER; Feinglass, J; McGaghie, WC; Wayne, DB (2009). Use of Simulation-Based Education to Reduce Catheter-Related Bloodstream Infections. Archives of Internal Medicine 169(15): 1420-1423.

DGHO (2011). Zentrale Venenkatheter. Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Ramritu, P; Halton, K; Cook, D; Whitby, M; Graves, N (2008). Catheter-related bloodstream infections in intensive care units: a systematic review with meta-analysis. J.Adv.Nurs. 62(1): 3-21.

Rupp, ME; Craig, R (2004). Prevention of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infections. Infect Med 21(3): 123-127.

Schulz-Stübner, S (2011). Prävention katheterassoziierter Septikämien – Was sagt die neue CDC-Guideline? Krh-Hyg up2date 6(4): 273-282.

Sherertz, RJ; Ely, EW; Westbrook, DM; Gledhill, KS; Streed, SA; Kiger, B; et al. (2000). Education of Physicians-in-Training Can Decrease the Risk for Vascular Catheter Infection. Annals of Internal Medicine 132(8): 641-648.

Zingg, W; Imhof, A; Maggiorini, M; Stocker, R; Keller, E; Ruef, C (2009). Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter-related bloodstream infections. Critical Care Medicine 37(7): 2167-2173.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen
	Indikator zum Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele Mitarbeiter einer stationären Einrichtung an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilgenommen haben.
Zähler	Mitarbeiter einer stationären Einrichtung, die an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilgenommen haben.
Nenner	Mitarbeiter
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Es sollen alle Mitarbeiter einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilnehmen.
Begründung	Laut Infektionsschutzgesetz (§23 Abs. 4) sind sowohl Krankenhäuser als auch Einrichtungen des ambulanten Operierens grundsätzlich dazu verpflichtet, notwendige Maßnahmen zur Prävention, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen sowie von resistenten Erregern zu regeln. Zur Umsetzung dieser Regelungen sollten u.a. folgende Maßnahmen von den Einrichtungen initiiert werden: ▪ Sicherstellung der „erforderliche[n] Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention […] ▪ Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.“ (RKI 2011) Darüber hinaus ist die Pflicht einer Einrichtung, die Fortbildung der Mitarbeiter sicherzustellen in Landeshygieneverordnungen festgelegt. Exemplarisch ist die Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter nach §3 Abs. 2 Nr. 11 und §8 Abs. 3 der Krankenhaushygieneverordnung (KHHygieneVO) Baden-Württembergs eine obligatorische Aufgabe des Hygienefachpersonals der Krankenhäuser des Landes. Über die Krankenhäuser hinaus geht die *Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen* (HygMedVO) Nordrhein-Westfalens, die in §7 auch Einrichtungen für ambulantes Operieren, bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken zusätzlich zur regelmäßigen Information aller Mitarbeiter eine Dokumentation der Schulungen und Fortbildungen vorschreibt: „Die Leitung der Einrichtung informiert das in der Einrichtung tätige Personal bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal jährlich, über die in den Hygieneplänen nach §23 Absatz 5 und 8 Infektionsschutzgesetz festgelegten innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene und dokumentiert dies in geeigneter Weise.“ Auch das CDC empfiehlt in seiner Leitlinie, dass alle Mitarbeiter einer Einrichtung über Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern geschult und aufgeklärt werden sollte. Zudem wird die Empfehlung ausgesprochen, dass den Mitarbeitern in regelmäßigen Abständen neue Informationen mitgeteilt werden sollten (Siegel et al. 2007). Gerade im Hinblick auf die Händehygiene gibt es zahlreiche Leitlinienempfehlungen bzgl. einer Aufklärung und Information der Mitarbeiter. Da Hygienemaßnahmen im Allgemeinen und die (hygienische) Händedesinfektion im Speziellen wichtige Maßnahmen zur Infektionsprävention und Vermeidung einer Weiterverbreitung von Krankheitserregern darstellen (Eckmanns et al. 2001), wird gerade in diesem Bereich ein Fokus auf die Aufklärung und Schulung des Personals gelegt. So ist durch Studien gezeigt worden, dass durch eine verbesserte Compliance bezüglich der Händehygiene die Rate von nosokomialen Infektionen signifikant gesenkt werden kann (Kramer et al. 2012 [KS]; Pittet et al. 2000). Allgemein ist festzuhalten, dass ein guter Kenntnisstand und ein Bewusstsein über einen Problembereich die Basis für Präventions- und Kontrollstrategien und entsprechende Handlungsansätze bilden (Mielke 2010 [NR]). Eine regelmäßige Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter kann zusätzlich möglichen Behandlungsfehlern entgegenwirken, denn eine Informationsvermittlung über zwei oder mehr Wege sowie (geplante) Redundanzen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass der Rezipient Inhalte korrekt aufnimmt und verinnerlicht (Williams et al. 2007).

	Zusätzlich werden das Behandlungsergebnis und ein Auftreten von Fehlern auch durch die Kommunikationsqualität beeinflusst (Vincent et al. 2004 [NR]; Helmreich 2000). Gründe für ein Kommunikationsversagen sind häufig, dass ▪ die Kommunikation oder Information zu spät erfolgt, um effektiv zu sein, ▪ Inhalte nicht vollständig und angemessen sind, ▪ Schlüsselpersonen nicht involviert sind und ▪ kontrovers diskutierte Themen ungelöst bleiben, bis eine Notfallsituation eintritt (Healey et al. 2006; Lingard et al. 2004). All diesen Faktoren, die auch auf Problematiken der Hygiene und Infektionsprävention übertragen werden können, kann durch eine regelmäßige Schulung und Information entgegengewirkt werden.
Originalformulierung	Training for staff in infection control and prevention (GRIS 2007)
Indikatorvarianten	Does continuing professional education in HCAI prevention and control (including hand hygiene) and antibiotic stewardship exist for all relevant healthcare workers in your hospital? (IPSE 2008)
Anmerkungen	Die Angabe der Personalstruktur nimmt auf Pflichtdaten des §21-Datensatzes beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bzw. der gesetzlichen Statistikdaten Bezug, die auch im gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht veröffentlicht werden müssen. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Informationsveranstaltung/das E-Learning-Programm zur Hygiene und Infektionsprävention muss folgende Inhalte umfassen: für alle Berufsgruppen: ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern berufsgruppenbezogen: ▪ Flächendesinfektion ▪ Aufbereitung von Sterilgut Die Teilnahme an E-Learning-Programmen zur Übermittlung der aufgeführten Inhalte wird entsprechend der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung als zulässig gewertet. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVKs (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVKs (Port eingeschlossen) versorgt werden. Der Indikator wird als Teil des Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	Informationspflicht der Mitarbeiter nach §23 Abs. 4 IfSG und nach Hygieneverordnungen der Länder „Provide job- or task-specific education and training on preventing transmission of infectious agents associated with healthcare during orientation to the healthcare facility; update information periodically during ongoing education programs. Target all healthcare personnel for education and training, including but not limited to medical, nursing, clinical technicians, laboratory staff; property service (housekeeping), laundry, maintenance and dietary workers; students, contract staff and volunteers. Document competency initially and repeatedly, as appropriate, for the specific staff positions. Develop a system to ensure that healthcare personnel employed by outside agencies meet these education and training requirements through programs offered by the agencies or by participation in the healthcare facility's program designed for full-time personnel.“ **B-I** (Siegel et al. 2007) „Ensure HCWs have dedicated time for infection control training, including sessions on hand hygiene.“ **II** (Pittet et al. 2009) „As part of an overall program to improve handhygiene practices of HCWs, educate personnel regarding the types of patient-care activities that can result in hand contamination and the advantages and disadvantages of various methods.“ **II** (Boyce et al. 2002 [LL])

Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Der Zähler des Indikators wurde dahingehend geändert, dass der Indikator sich auf alle Mitarbeiter einer Einrichtung bezieht und keine Umrechnung auf Vollkräfte vorgenommen wird. ▪ Das Qualitätsziel wurde entsprechend angepasst. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Machbarkeitsprüfung ▪ Die Teilnahme an E-Learning-Programmen wird entsprechend der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung gewertet. ▪ Das Qualitätsziel wird dahingehend umformuliert, dass *alle* Mitarbeiter einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilnehmen sollen. ▪ Im Indikator werden die Inhalte der Informationsveranstaltungen explizit aufgeführt. ▪ Die Teilnahmerate der Mitarbeiter der Verwaltung wird nicht mehr erfasst. ▪ Für die unterschiedlichen ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen werden die Teilnahmeraten jeweils zusammengefasst aufgeführt. ▪ Die Berufsgruppe „Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes“ wird neu aufgenommen. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene Index 01 „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ definiert.
Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4		
Feld	**Beschreibung**	
Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr xxxx mindestens an einer Informationsveranstaltung/ an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? (Einrichtungsbefragung)		
Daten wurden nicht erhoben	ja/leer	
	Anteil	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte	_ _ _ %	
▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen	_ _ _ %	
▪ Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes	_ _ _ %	☐
▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	☐
▪ Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung	_ _ _ %	
▪ Reinigungskräfte	_ _ _ %	
▪ Mitarbeiter der Küche	_ _ _ %	☐
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	**Beschreibung**	
	ENTFÄLLT	

Literatur

Boyce, JM; Pittet, D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR. Recommendations and Reports 51(RR-16): 1-45.

Eckmanns, T; Rath, A; Bräuer, H; Daschner, F; Rüden, H; Gastmeier, P (2001). Compliance der Händedesinfektion auf Intensivstationen. Dtsch Med Wschr 126(25/26): 745-749.

GRIS (2007). TOCSIN Project: Organisation chart for monitoring and follow-up of nosocomial infections. Montréal: Interdisciplinary Health Research Group (GRIS). Department of health administration. University of Montréal.

Healey, AN; Undre, S; Vincent, CA (2006). Defining the technical skills of teamwork in surgery. Qual.Saf Health Care 15(4): 231-4.

Helmreich, RL (2000). On error management: lessons from aviation. BMJ (Clinical Research Ed.) 320(7237): 781-5.

IPSE (2008). Improving Patient Safety in Europe: The IPSE Consensus on Standards and Indicators. 18th version.

Kramer, AA; Higgins, TL; Zimmerman, JE (2012). Intensive care unit readmissions in U.S. hospitals: Patient characteristics, risk factors, and outcomes. Critical Care Medicine 40(1): 3-10.

Lingard, L; Espin, S; Whyte, S; Regehr, G; Baker, GR; Reznick, R; Bohnen, J; Orser, B; Doran, D; Grober, E (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual.Saf Health Care 13(5): 330-4.

Mielke, M (2010). Prevention and control of nosocomial infections and resistance to antibiotics in Europe – Primum non-nocere: Elements of successful prevention and control of healthcare-associated infections. International Journal of Medical Microbiology 300(6): 346-350.

Pittet, D; Allegranzi, B; Boyce, J (2009). The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. Infection Control and Hospital Epidemiology 30(7): 611-22.

Pittet, D; Hugonnet, S; Harbarth, S; Mourouga, P; Sauvan, V; Touveneau, S; Perneger, TV; Infection Control Programme (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 356(9238): 1307-12.

RKI (2011). Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankenhaushygiene im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Robert Koch-Institut.

Siegel, JD; Rhinehart, E; Jackson, M; Chiarello, L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Vincent, C; Moorthy, K; Sarker, SK; Chang, A; Darzi, AW (2004). Systems Approaches to Surgical Quality and Safety: From Concept to Measurement. Annals of Surgery 239(4): 475-82.

Williams, RG; Silverman, R; Schwind, C; Fortune, JB; Sutyak, J; Horvath, KD; Van Eaton, EG; Azzie, G; Potts, JR, 3rd; Boehler, M; Dunnington, GL (2007). Surgeon Information Transfer and Communication: Factors Affecting Quality and Efficiency of Inpatient Care. Annals of Surgery 245(2): 159-69.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
Beschreibung	Mit dem Indikator wird nach dem Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel auf den Intensivstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, gefragt.
Zähler	Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Litern auf Intensivstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden
Nenner	Patiententage (in 1000) auf Intensivstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden.
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln auf den Intensivstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll angemessen hoch sein.
Begründung	Die Mehrzahl der Erreger, die eine nosokomiale Infektion verursachen, wird über die Hände übertragen. Aufgrund dessen ist die hygienische Händedesinfektion des Pflegepersonals und der Ärzteschaft die primäre Maßnahme zur Verminderung des Risikos einer Keimübertragung. Durch die hygienische Händedesinfektion werden die Krankheitserreger auf den Händen reduziert, die Infektionskette somit unterbrochen und eine Weiterverbreitung der Keime verhindert (WHO 2009b [LL]; AWMF 2008 [LL]). In einer Vielzahl von Studien konnte ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einer verbesserten Händehygiene und der Reduktion von Infektionen und Übertragungsrate zwischen Patienten belegt werden (WHO 2009a [LL]). Zudem gibt die Studie von Aldeyab et al. (2008) einen Anhaltspunkt für die Korrelation zwischen dem Händedesinfektionsmittelverbrauch und der Verringerung der MRSA- Inzidenz. Aldeyab et al. (2008) konnten eine statistisch signifikante Korrelation der Großbestellung von alkoholischem Händedesinfektionsmittel mit der Reduktion der MRSA-Inzidenz zeigen (Aldeyab et al. 2008). Auch Kaier et al. (2009) und Mahamat et al. (2007) konnten in ihren Studien eine Korrelation des Händedesinfektionsmittelverbrauchs und der Reduktion der MRSA-Inzidenzrate nachweisen (Kaier et al. 2009; Mahamat et al. 2007) Laut Empfehlungen der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sowie des amerikanischen Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) wird die Händedesinfektion nachdrücklich empfohlen. Hier wird die routinemäßige (in allen klinischen Situationen) durchgeführte Desinfektion der Hände mit alkoholischer Handlotion empfohlen (WHO 2009a [LL]; Boyce et al. 2002 [LL]). Bei sichtbarer Verschmutzung/Kontamination der Hände (Blut, Körperflüssigkeiten) wird die Reinigung der Hände mit (antimikrobieller) Seife und Wasser empfohlen (WHO 2009a [LL]; Boyce et al. 2002 [LL]). Ebenfalls empfiehlt die S2-Leitlinie des Arbeitskreises „Krankenhaus- &Praxishygiene“ der AWMF zur Händedesinfektion und Händehygiene, dass bei jeder potenziellen oder bemerkten Kontamination der Hände eine hygienische Händedesinfektion mit alkoholbasierten Präparaten durchzuführen ist (AWMF 2008 [LL]). Die Händedesinfektion sollte zudem mit einer ausreichenden Menge (durchschnittlich 3 ml Desinfektionsmittel pro Händedesinfektion) und über eine ausreichende Einwirkzeit (hygienische Händedesinfektion 30–60 Sekunden) durchgeführt werden (NRZ 2010; Scheithauer et al. 2010; Rotter 2004). Grundsätzlich ist eine hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder potenziell infektionsgefährdenden Tätigkeit durchzuführen (AWMF 2008 [LL]): ▪ vor jeder Patientenversorgung ▪ nach jeder Patientenversorgung ▪ vor aseptischen Tätigkeiten ▪ vor Betreten von Risikobereichen ▪ nach Kontamination Hinsichtlich der Händehygiene im Rahmen der Insertion und Pflege eines (teilimplantierten) ZVK sowie eines Ports empfehlen nationale und internationale Leitlinien die hygienische Händedesinfektion: ▪ vor dem Anlegen der bei der ZVK-Insertion erforderlichen Schutzkleidung ▪ vor und nach der Durchführung eines Verbandwechsels, zur Sicherstellung der aseptischen Rahmenbedingungen

	▪ vor Manipulationen am ZVK-System (Konnektierung/Diskonnektierung) ▪ vor und nach der Palpation der Einstichstelle (DGHO 2011 [LL]; O'Grady et al. 2011 [LL]; Schulz-Stübner 2011; KRINKO 2002 [LL])
Originalformulierung	Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Patiententag in bettenführenden Bereichen im Krankenhaus (Original: Bettenführende Bereiche (HAND-KISS_S): HDM-Verbrauch pro Patiententag) (NRZ 2010)
Indikatorvarianten	▪ Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Behandlungsfall in Funktionsbereichen im Krankenhaus (Original: Funktionsbereiche im Krankenhaus (HAND-KISS_F): HDM-Verbrauch pro Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Einsatz/Behandlungsfall im ambulanten Bereich (Original: Ambulanter Bereich (HAND-KISS_A): HDM-Verbrauch pro Einsatz/Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Volume of Alcohol Based Hand Rub Used for the Area being Monitored (CPSI 2010) ▪ Number of antiseptic dispensers used (GRIS 2007) ▪ ICSHA2 – le nouvel indicateur de consommation des produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (DGOS 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Patiententag in bettenführenden Bereichen im Krankenhaus (Original: Bettenführende Bereiche (HAND-KISS_S): Anzahl durchgeführter HD pro Patiententag) (NRZ 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Behandlungsfall in Funktionsbereichen im Krankenhaus (Original: Funktionsbereiche im Krankenhaus (HAND-KISS_F): Anzahl durchgeführter HD pro Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Einsatz / Behandlungsfall im ambulanten Bereich (Original: Ambulanter Bereich (HAND-KISS_A): Anzahl durchgeführter HD pro Einsatz /ambulanten Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ What is the average amount of hand alcohol consumption in your hospital? (IPSE 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVK (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVK (Port eingeschlossen) versorgt werden. Für den Indikator werden Knochenmarktransplantationsstationen als Intensivstationen gewertet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen zählen als Allgemeinstationen. Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station wird die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel gewertet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„If hands are not visibly soiled, use an alcohol-based hand rub for routinely decontaminating hands […].“ **A-I** (Boyce et al. 2002) „Use an alcohol-based handrub as the preferred means for routine hand antisepsis […], if hands are not visibly soiled. “**A-I** (WHO 2009a) „When hands are visibly dirty or contaminated with proteinaceous material or are visibly soiled with blood or other body fluids, wash hands with either a non-antimicrobial soap and water or an antimicrobial soap and water. “**A-I** (Boyce et al. 2002) „Wash hands with soap and water when visibly dirty or visibly soiled with blood or other body fluids […].“**B-I** (WHO 2009a) „Vor dem Anlegen der Schutzkleidung hygienische Händedesinfektion.“ **A-I** (KRINKO 2002) „Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel.“ **B-I** (KRINKO 2002) Port: „Vor der Entfernung eines evtl. vorhandenen Verbandes ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Perform hand hygiene procedures, either by washing hands with conventional soap and water or with alcohol-based hand rubs (ABHR). Hand hygiene should be performed before and after palpating catheter insertion sites as well as before and after inserting, replacing, accessing, repairing, or dressing an intravascular catheter. Palpation of the insertion site should

	not be performed after the application of antiseptic, unless aseptic technique is maintained.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) Die aufgeführte AWMF-Leitlinie enthält keine Angaben zur Stärke der Empfehlung.
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Abschlussbericht ▪ Der Begriff „Intensivstation“ wurde präzisiert als „Station mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit“. ▪ Machbarkeitsprüfung ▪ Die Definition der „Intensivstation“ wurde nochmals überarbeitet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen werden demnach als Allgemeinstationen gewertet. Damit wird der Begriff „Station mit intensivmedizinischer Überwachungsmöglichkeit“ wieder ersetzt durch den Begriff „Intensivstation“. Knochenmarktransplantationsstationen zählen als Intensivstationen. ▪ Es wurde präzisiert, dass die während eines Jahres auf die entsprechenden Stationen gelieferten Mengen an Händedesinfektionsmittel als Surrogat für die Verbrauchsmenge auf diesen Stationen gewertet wird.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe.

Auffälligkeit: Es liegen Referenzdaten des KISS vor. Mit den ersten Datenerhebungen ist zu prüfen, inwieweit diese auf den vorliegenden Indikator übertragbar sind.

Risikoadjustierung: Ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor? ▪ Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ▪ Bezogen auf alle Intensivstationen: ▪ Bezogen auf alle Allgemeinstationen: (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage
Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses? (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _Liter

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
ENTFÄLLT	

Literatur

Aldeyab, MA; Monnet, DL; Lopez-Lozano, JM; Hughes, CM; Scott, MG; Kearney, MP; et al. (2008). Modelling the impact of antibiotic use and infection control practices on the incidence of hospital-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus: a time-series analysis. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 62(3): 593-600.

AWMF (2008). Händedesinfektion und Händehygiene. Düsseldorf: Arbeitskreis Krankenhaus- & Praxishygiene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Boyce, JM; Pittet, D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR. Recommendations and Reports 51(RR-16): 1-45.

CPSI (2010). A New Approach to Controlling Superbugs. Edmonton (Canada): Canadian Patient Safety Institute. Safer Healthcare Now! Campaign.

DGHO (2011). Zentrale Venenkatheter. Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

DGOS (2010). Résultats nationaux 2010. Tableau de bord des infections nosocomiales. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction Generale de l'offre de soins.

GRIS (2007). TOCSIN Project: Organisation chart for monitoring and follow-up of nosocomial infections. Montréal: Interdisciplinary Health Research Group (GRIS). Department of health administration. University of Montréal.

IPSE (2008). Improving Patient Safety in Europe: The IPSE Consensus on Standards and Indicators. 18th version.

Kaier, K; Frank, U; Hagist, C; Conrad, A; Meyer, E (2009). The impact of antimicrobial drug consumption and alcohol-based hand rub use on the emergence and spread of extended-spectrum beta-lactamase-producing strains: a time-series analysis. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 63(3): 609-614.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

Mahamat, A; MacKenzie, FM; Brooker, K; Monnet, DL; Daures, JP; Gould, IM (2007). Impact of infection control interventions and antibiotic use on hospital MRSA: a multivariate interrupted time-series analysis. International Journal of Antimicrobial Agents 30(2): 169-176.

NRZ (2010). Protokoll: Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im Krankenhaus und ambulanten Einrichtungen, HAND-KISS_S, HAND-KISS_F, HAND-KISS_A. Berlin: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Rotter, ML (2004). European norms in hand hygiene. Journal of Hospital Infection 56(Suppl 2): S6-S9.

Scheithauer, S; Oberröhrmann, A; Haefner, H; Kopp, R; Schürholz, T; Schwanz, T; et al. (2010). Compliance with hand hygiene in patients with meticillin-resistant Staphylococcus aureus and extended-spectrum beta-lactamase-producing enterobacteria. Journal of Hospital Infection 76(4): 320-323.

Schulz-Stübner, S (2011). Prävention katheterassoziierter Septikämien – Was sagt die neue CDC-Guideline? Krh-Hyg up2date 6(4): 273-282.

WHO (2009a). First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. Genf: World Health Organization.

WHO (2009b). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Genf: World Health Organization.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen
Beschreibung	Mit dem Indikator wird nach dem Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel auf den Allgemeinstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, gefragt.
Zähler	Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Litern auf Allgemeinstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden.
Nenner	Patiententage (in 1000) auf Allgemeinstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden.
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln auf den Intensivstationen in stationären Einrichtungen, in denen Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, soll angemessen hoch sein.
Begründung	Die Mehrzahl der Erreger, die eine nosokomiale Infektion verursachen, wird über die Hände übertragen. Aufgrund dessen ist die hygienische Händedesinfektion des Pflegepersonals und der Ärzteschaft die primäre Maßnahme zur Verminderung des Risikos einer Keimübertragung. Durch die hygienische Händedesinfektion werden die Krankheitserreger auf den Händen reduziert, die Infektionskette somit unterbrochen und eine Weiterverbreitung der Keime verhindert (WHO 2009b [LL]; AWMF 2008 [LL]). In einer Vielzahl von Studien konnte ein zeitlicher Zusammenhang zwischen einer verbesserten Händehygiene und der Reduktion von Infektionen und Übertragungsraten zwischen Patienten belegt werden (WHO 2009a [LL]). Zudem gibt die Studie von Aldeyab et al. (2008) einen Anhalt für die Korrelation zwischen dem Händedesinfektionsmittelverbrauch und der Verringerung der MRSA-Inzidenz. Aldeyab et al. (2008) konnten eine statistisch signifikante Korrelation der Großbestellung von alkoholischem Händedesinfektionsmittel mit der Reduktion der MRSA-Inzidenz zeigen. AuchKaier et al. (2009) und Mahamat et al. (2007) konnten in ihren Studien eine Korrelation des Händedesinfektionsmittelverbrauchs und der Reduktion der MRSA-Inzidenzrate nachweisen. Laut Empfehlungen des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sowie des amerikanischen Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) wird die Händedesinfektion nachdrücklich empfohlen. Hier wird die routinemäßige (in allen klinischen Situationen) durchgeführte Desinfektion der Hände mit alkoholischer Handlotion empfohlen (WHO 2009a [LL]; Boyce et al. 2002 [LL]). Bei sichtbarer Verschmutzung/Kontamination der Hände (Blut, Körperflüssigkeiten) wird die Reinigung der Hände mit (antimikrobieller) Seife und Wasser empfohlen (WHO 2009a [LL]; Boyce et al. 2002 [LL]). Ebenfalls empfiehlt die S2-Leitlinie des Arbeitskreises „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der AWMF zur Händedesinfektion und Händehygiene, dass bei jeder potenziellen oder bemerkten Kontamination der Hände eine hygienische Händedesinfektion mit alkoholbasierten Präparaten durchzuführen ist (AWMF 2008 [LL]). Die Händedesinfektion sollte zudem mit einer ausreichenden Menge (durchschnittlich 3 ml Desinfektionsmittel pro Händedesinfektion) und über eine ausreichende Einwirkzeit (hygienische Händedesinfektion 30–60 Sekunden) durchgeführt werden (NRZ 2010; Scheithauer et al. 2010; Rotter 2004). Grundsätzlich ist eine hygienische Händedesinfektion vor und nach jeder potenziell infektionsgefährdenden Tätigkeit durchzuführen (AWMF 2008 [LL]): ▪ vor jeder Patientenversorgung ▪ nach jeder Patientenversorgung ▪ vor aseptischen Tätigkeiten ▪ vor Betreten von Risikobereichen ▪ nach Kontamination Hinsichtlich der Händehygiene im Rahmen der Insertion und Pflege eines (teilimplantierten) ZVK sowie eines Ports empfehlen nationale und internationale Leitlinien die hygienische Händedesinfektion: ▪ vor dem Anlegen der bei der ZVK-Insertion erforderlichen Schutzkleidung ▪ vor und nach der Durchführung eines Verbandwechsels, zur Sicherstellung der aseptischen Rahmenbedingungen ▪ vor Manipulationen am ZVK-System (Konnektierung/Diskonnektierung) ▪ vor und nach der Palpation der Einstichstelle (DGHO 2011 [LL]; O'Grady et al. 2011 [LL]; Schulz-Stübner 2011; KRINKO 2002 [LL]).

Originalformulierung	Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Patiententag in bettenführenden Bereichen im Krankenhaus (Original: Bettenführende Bereiche (HAND-KISS_S): HDM-Verbrauch pro Patiententag) (NRZ 2010) Der Originalindikator wurde an die spezifischen Bedingungen des QS-Verfahrens vom AQUA-Institut angepasst.
Indikatorvarianten	▪ Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Behandlungsfall in Funktionsbereichen im Krankenhaus (Original: Funktionsbereiche im Krankenhaus (HAND-KISS_F): HDM-Verbrauch pro Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Verbrauch von Händedesinfektionsmittel pro Einsatz / Behandlungsfall im ambulanten Bereich (Original: Ambulanter Bereich (HAND-KISS_A): HDM-Verbrauch pro Einsatz/Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Volume of Alcohol Based Hand Rub Used for the Area being Monitored (CPSI 2010) ▪ Number of antiseptic dispensers used (GRIS 2007) ▪ ICSHA2 – le nouvel indicateur de consommation des produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (DGOS 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Patiententag in bettenführenden Bereichen im Krankenhaus (Original: Bettenführende Bereiche (HAND-KISS_S): Anzahl durchgeführter HD pro Patiententag) (NRZ 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Behandlungsfall in Funktionsbereichen im Krankenhaus (Original: Funktionsbereiche im Krankenhaus (HAND-KISS_F): Anzahl durchgeführter HD pro Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Einsatz / Behandlungsfall im ambulanten Bereich (Original: Ambulanter Bereich (HAND-KISS_A): Anzahl durchgeführter HD pro Einsatz /ambulanten Behandlungsfall) (NRZ 2010) ▪ What is the average amount of hand alcohol consumption in your hospital? (IPSE 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung erhoben, in der Anlagen von ZVK (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVK (Port eingeschlossen) versorgt werden. Für den Indikator werden Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen als Allgemeinstationen gewertet. Knochenmarktransplantationsstationen zählen als Intensivstationen. Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station wird die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel gewertet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„If hands are not visibly soiled, use an alcohol-based hand rub for routinely decontaminating hands […].“ **A-I** (Boyce et al. 2002) „Use an alcohol-based handrub as the preferred means for routine hand antisepsis […], if hands are not visibly soiled.“ **A-I** (WHO 2009a) „When hands are visibly dirty or contaminated with proteinaceous material or are visibly soiled with blood or other body fluids, wash hands with either a non-antimicrobial soap and water or an antimicrobial soap and water.“ **A-I** (Boyce et al. 2002) „Wash hands with soap and water when visibly dirty or visibly soiled with blood or other body fluids […].“ **B-I** (WHO 2009a) „Vor dem Anlegen der Schutzkleidung hygienische Händedesinfektion.“ **A-I** (KRINKO 2002) „Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel.“ **B-I** (KRINKO 2002) Port: „Vor der Entfernung eines evtl. vorhandenen Verbandes ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Perform hand hygiene procedures, either by washing hands with conventional soap and water or with alcohol-based hand rubs (ABHR). Hand hygiene should be performed before and after palpating catheter insertion sites as well as before and after inserting, replacing, accessing, repairing, or dressing an intravascular catheter. Palpation of the insertion site should not be performed after the application of antiseptic, unless aseptic technique is maintained.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) Die aufgeführte AWMF-Leitlinie enthält keine Angaben zur Stärke der Empfehlung.

Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Definition der Allgemeinstation als „Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Abschlussbericht ▪ Der Begriff „Allgemeinstation“ wurde im gesamten Indikator präzisiert als „Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“. ▪ Machbarkeitsprüfung ▪ Die Definition der „Allgemeinstation“ wurde nochmals überarbeitet. Aufwachstationen und Intermediate Care Stationen werden demnach als Allgemeinstationen gewertet. Damit wird der Begriff „Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit“ wieder ersetzt durch den Begriff „Allgemeinstation“. Knochenmarktransplantationsstationen zählen als Intensivstationen. ▪ Es wurde präzisiert, dass die während eines Jahres auf die entsprechenden Stationen gelieferten Mengen an Händedesinfektionsmittel als Surrogat für die Verbrauchsmenge auf diesen Stationen gewertet wird.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe

Auffälligkeit: Es liegen Referenzdaten des KISS vor. Mit den ersten Datenerhebungen ist zu prüfen, inwieweit diese auf den vorliegenden Indikator übertragbar sind.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR	**Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4**	
	Feld	**Beschreibung**
	Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor? ▪ Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ▪ Bezogen auf alle Intensivstationen: ▪ Bezogen auf alle Allgemeinstationen: (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage
	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Allgemeinstationen Ihres gesamten Krankenhauses? (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _Liter
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

Aldeyab, MA; Monnet, DL; Lopez-Lozano, JM; Hughes, CM; Scott, MG; Kearney, MP; et al. (2008). Modelling the impact of antibiotic use and infection control practices on the incidence of hospital-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus: a time-series analysis. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 62(3): 593-600.

AWMF (2008). Händedesinfektion und Händehygiene. Düsseldorf: Arbeitskreis Krankenhaus- & Praxishygiene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Boyce, JM; Pittet, D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR. Recommendations and Reports 51(RR-16): 1-45.

CPSI (2010). A New Approach to Controlling Superbugs. Edmonton (Canada): Canadian Patient Safety Institute. Safer Healthcare Now! Campaign.

DGHO (2011). Zentrale Venenkatheter. Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

DGOS (2010). Résultats nationaux 2010. Tableau de bord des infections nosocomiales. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Direction Generale de l'offre de soins.

GRIS (2007). TOCSIN Project: Organisation chart for monitoring and follow-up of nosocomial infections. Montréal: Interdisciplinary Health Research Group (GRIS). Department of health administration. University of Montréal.

IPSE (2008). Improving Patient Safety in Europe: The IPSE Consensus on Standards and Indicators. 18th version.

Kaier, K; Frank, U; Hagist, C; Conrad, A; Meyer, E (2009). The impact of antimicrobial drug consumption and alcohol-based hand rub use on the emergence and spread of extended-spectrum beta-lactamase-producing strains: a time-series analysis. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 63(3): 609-614.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

Mahamat, A; MacKenzie, FM; Brooker, K; Monnet, DL; Daures, JP; Gould, IM (2007). Impact of infection control interventions and antibiotic use on hospital MRSA: a multivariate interrupted time-series analysis. International Journal of Antimicrobial Agents 30(2): 169-176.

NRZ (2010). Protokoll: Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im Krankenhaus und ambulanten Einrichtungen, HAND-KISS_S, HAND-KISS_F, HAND-KISS_A. Berlin: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Rotter, ML (2004). European norms in hand hygiene. Journal of Hospital Infection 56(Suppl 2): S6-S9.

Scheithauer, S; Oberröhrmann, A; Haefner, H; Kopp, R; Schürholz, T; Schwanz, T; et al. (2010). Compliance with hand hygiene in patients with meticillin-resistant Staphylococcus aureus and extended-spectrum beta-lactamase-producing enterobacteria. Journal of Hospital Infection 76(4): 320-323.

Schulz-Stübner, S (2011). Prävention katheterassoziierter Septikämien – Was sagt die neue CDC-Guideline? Krh-Hyg up2date 6(4): 273-282.

WHO (2009a). First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. Genf: World Health Organization.

WHO (2009b). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Genf: World Health Organization.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Blutkultursets für die Blutkulturdiagnostik in einer stationären Einrichtung, in der Patienten mit zentralen Venenkathetern (ZVK einschließlich Port) versorgt werden, mikrobiologisch analysiert wurden. Die Anzahl der Blutkultursets wird auf 1000 Tage aller Patienten in einer Einrichtung bezogen.
Zähler	Blutkultursets, die mikrobiologisch analysiert wurden.
Nenner	1000 Patiententage
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Die Blutkulturdiagnostik zur Untersuchung auf ZVK-assoziierte Sepsis soll angemessen häufig erfolgen.
Begründung	Für die wirksame Behandlung einer Sepsis ist die mikrobiologische Diagnostik (Keimnachweis, Identifikation des Keims, Antibiogramm) von Bedeutung. Auf deutschen (am ITS-KISS teilnehmenden) Intensivstationen werden deutlich weniger Blutkulturen entnommen als im europäischen Vergleich (Hansen et al. 2009). Wird die Zahl der Blutkulturabnahmen bei allen stationären Patienten betrachtet, so liegt Deutschland im europäischen Vergleich im unteren Viertel (ECDC 2010). Daraus wird geschlossen, dass die mikrobiologische Diagnostik nicht immer leitliniengerecht erfolgt. Studien haben gezeigt, dass die Häufigkeit der durchgeführten Blutkulturdiagnostik je Einrichtung variiert (Gastmeier et al. 2011; Niedner 2010; Ross 2003). Die Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik steht nachgewiesenermaßen im Zusammenhang mit entsprechenden gemessenen Sepsisraten in Einrichtungen. Die über eine Surveillance ermittelten Sepsisraten können bei einer geringeren Rate an Blutkulturdiagnostik falsch niedrig sein. Umgekehrt kann die häufigere Blutkulturdiagnostik zu höheren ermittelten Sepsisraten führen. Empirische Belege für diesen Sachverhalt liefert eine Studie zur Untersuchung des Zusammenhangs der Frequenz von Blutkulturen auf die Sepsisraten durch Gastmeier et al. (2011). Der Indikator soll gemeinsam mit dem Indikator „Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis und ZVK“ (ID 47a) für die Adjustierung der im vorliegenden QS-Verfahren ermittelten Sepsisraten herangezogen werden.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Der Begriff „Blutkulturset“ bezieht sich auf ein Set aus einer aeroben und einer anaeroben Blutkultur. Es sollen auch Blutkultursets, die in Fremdlaboren analysiert wurden, einbezogen werden. Der Indikator wird in jeder stationären Einrichtung, in der Anlagen von ZVK (Portimplantationen eingeschlossen) durchgeführt werden bzw. Patienten mit ZVK (Port eingeschlossen) versorgt werden erhoben. **Risikoadjustierung** Das AQUA-Institut und das Expertenpanel empfehlen, die folgenden Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empirisch zu prüfen: ▪ Durchschnittlicher PCCL (Patient Clinical Complexity Level)-Wert aller GKV-Patienten ▪ Durchschnittliches Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung	Entfällt

Änderungsprotokoll	1. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator wurde vom Panel als Variante zum Indikator 47a vorgeschlagen. Der Indikator bezieht sich im Gegensatz zum Indikator 47a nicht spezifisch auf Patienten mit ZVK. Der Zähler und der Nenner sowie der Begründungstext wurden entsprechend angepasst. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Eingrenzung des Indikators auf die Blutkulturdiagnostik in stationären Einrichtungen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Machbarkeitsprüfung: ▪ Der Indikator wurde dahingehend präzisiert, dass die Anzahl mikrobiologisch analysierter Blutkultursets erfasst wird und auch Blutkultursets aus Fremdlaboren einbezogen werden. ▪ Für die Variablen zur Risikoadjustierung (PCCL-Wert und Relativgewicht) wurde definiert, dass diese sich nur auf die GKV-Patienten beziehen.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: keine Angabe.

Auffälligkeit: Referenzbereich ≥ x % (5. Perzentil). Kein fixer Referenzbereich festgelegt.

Risikoadjustierung: Ist für diesen Indikator vorgesehen. Es wird empfohlen, folgende Variablen hinsichtlich ihrer Eignung für eine Risikoadjustierung empirisch zu prüfen:

- Durchschnittlicher PCCL (Patient Clinical Complexity Level)-Wert aller GKV-Patienten
- Durchschnittliches Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

STATIONÄR

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor? ▪ Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: ▪ Bezogen auf alle Intensivstationen: ▪ Bezogen auf alle Allgemeinstationen: (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage _ _ _ _ _ _ Patiententage
Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden? (Einrichtungsbefragung)	_ _ _ _ __ _Blutkultursets
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? (Einrichtungsbefragung)	_ , _ _ _

	Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? (Einrichtungsbefragung)	_ _ , _ _ _

Literatur

ECDC (2010). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Gastmeier, P; Schwab, F; Behnke, M; Geffers, C (2011). Wenige Blutkulturproben – wenige Infektionen? Anaesthesist 60(10): 902-907.

Hansen, S; Schwab, F; Behnke, M; Carsauw, H; Heczko, P; Klavs, I; et al. (2009). National influences on catheter-associated bloodstream infection rates: practices among national surveillance networks participating in the European HELICS project. Journal of Hospital Infection 71(1): 66-73.

Niedner, MF (2010). The harder you look, the more you find: Catheter-associated bloodstream infection surveillance variability. American Journal of Infection Control 38(8): 585-595.

Ross, VM (2003). Uncertainty about the Clinical Detection of Sepsis. J Infus Nurs 26(1): 23-28.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum aseptischen ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Studien haben gezeigt, dass adäquate Hygienemaßnahmen bei der Pflege eines ZVK zu einer Verringerung der ZVK-assoziierten Sepsis führen. Die richtige Handhygiene kann durch die Verwendung eines alkoholbasierten Produkts erreicht werden. Sterile Handschuhe müssen für die Platzierung und Pflege von zentralen Kathetern zwingend verwendet werden, wenn eine No-Touch-Technik nicht möglich ist (O'Grady et al. 2011 [LL]; Coopersmith et al. 2002). Der Indikator bezieht sich auf Leitlinienempfehlungen der deutschen Sepsisgesellschaft, der KRINKO und CDC, welche ein aseptisches Vorgehen während des Verbandwechsels bei Patienten mit ZVK empfehlen.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien (mindestens) folgende Hygienemaßnahmen umfassen: ▪ hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde.

	Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich gültig ist. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Praxen, Ambulanzen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Ggf. Insertionsstelle mit steriler 0,9% NaCl-Lösung und sterilem Tupfer reinigen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Perform hand hygiene procedures, either by washing hands with conventional soap and water or with alcohol-based hand rubs (ABHR). Hand hygiene should be performed before and after palpating catheter insertion sites as well as before and after inserting, replacing, accessing, repairing, or dressing an intravascular catheter. Palpation of the insertion site should not be performed after the application of antiseptic, unless aseptic technique is maintained.“ **B-I** (O'Grady et al. 2011) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B** (Die Leitlinie gibt hierfür einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007).
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Die Beschreibung sowie das Qualitätsziel des Indikators wurden dahingehend spezifiziert, dass Arbeitsanweisungen zum ZVK-Verbandwechsel in allen medizinischen Bereichen einer Einrichtung vorliegen sollen. ▪ Ergänzung des Zählers durch „[...] für alle Mitarbeiter zugänglichen Arbeitsanweisung [...]“ sowie Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. ▪ Definition der medizinischen Bereiche einer stationären Einrichtung. 2.Panel (vor Ort): ▪ Erweiterung des Zählers um ambulante Einrichtungen, in denen ebenfalls eine Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel für alle Mitarbeiter vorliegen und zugänglich sein soll. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Die in den Anmerkungen formulierte Definition für „Medizinische Bereiche“ wurde im gesamten Indikatordatenblatt übernommen. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll.

	▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel enthalten. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

	Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
	Feld	**Beschreibung**
AMBULANT	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel ▪ Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik ▪ Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe ▪ Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandswechsel (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj

	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	**Beschreibung**
		ENTFÄLLT

Literatur

Coopersmith, CM; Rebmann, TL; Zack, JE; Ward, MR; Corcoran, RM; Schallom, ME; et al. (2002). Effect of an education program on decreasing catheter-related bloodstream infections in the surgical intensive care unit. Critical Care Medicine 30(1): 59-64.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Aseptische Bedingungen bei Portpunktion und Konnektierung des Infusionssystems sind zwingend notwendig, um das Infektionsrisiko zu minimieren (Teichgräber et al. 2011; Jauch et al. 2007 [LL]). Eine prospektive Analyse (Schwarz et al. 1997 [KS]) zeigte, dass die Verbindungsstelle zwischen Katheter und Portkammer besonders anfällig für Materialbeschädigungen ist. Die aseptische und fixierte Konnektierung des Infusionssystems ist daher von Bedeutung (Walser 2011).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien (mindestens) folgende (Hygiene-)Maßnahmen umfassen: ▪ hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

	Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich gültig ist. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Ambulanzen, Praxen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Vor der Entfernung eines evtl. vorhandenen Verbandes ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Punktionsstelle ist großflächig, unter Beachtung der vorgeschriebenen Einwirkzeit des Desinfektionsmittels, zu desinfizieren.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Für die Punktion, für die eine Palpation und Fixierung der Portkammer zwischen den palpierenden Fingern erfolgt, müssen sterile Handschuhe angezogen werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Es dürfen nur geeignete Spezialkanülen verwendet werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B (Die Leitlinie gibt hierfür einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an)** (Jauch et al. 2007).
Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Der Zähler wurde durch den Zusatz „[...] für alle Mitarbeiter zugänglichen Arbeitsanweisung [...]“ ergänzt. ▪ Operationalisierung der Zugänglichkeit des Dokuments. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung: ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Der Indikator wurde an die anderen Indikatoren angepasst und deshalb dahingehend konkretisiert, dass entsprechende Arbeitsanweisungen in allen medizinischen Bereichen (d.h. Bereiche, in denen Patienten mit Port versorgt werden) einer Einrichtung vorliegen sollen. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung enthalten.

- Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst.
- Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

AMBULANT

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen ▪ Fixierung der Kanüle ▪ Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems ▪ Verwendung von Spezialkanülen (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

Schwarz, RE; Groeger, JS; Coit, DG (1997). Subcutaneously Implanted Central Venous Access Devices in Cancer Patients. A Prospective Analysis. Cancer 79(8): 1635–1640.

Teichgräber, UK; Pfitzmann, R; Hofmann, HA (2011). Portsysteme als integraler Bestandteil von Chemotherapien. Dtsch Arztebl Int 108(9): 147-153; quiz 154.

Walser, EM (2011). Venous Access Ports: Indications, Implantation Technique, Follow-Up, and Complications. Cardiovascular and Interventional Radiology: 1-14.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ Praxis/MVZ) im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Gültigkeit einer Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen gültig sein. Die Arbeitsanweisung soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Aseptische Bedingungen bei einer Infusionstherapie sind zwingend notwendig, um mikrobielle Kontaminationen an dem Infusionssystem oder durch Infusionslösungen zu vermeiden (Schenck et al. 2012; Jauch et al. 2007 [LL]). Die KRINKO-Empfehlung „Anforderung an die Hygiene bei Punktion und Injektion“ führt Studien auf, die nachweisen, dass Mängel der Hygiene (Nichtbeachtung der Grundregeln der Asepsis) mit Infektionen (z.B. durch bakterielle Erreger) korrelieren (KRINKO 2011 [LL]).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die Arbeitsanweisung gemäß aktuell gültigen Leitlinien Angaben zu (mindestens) folgenden (Hygiene-)Maßnahmen beinhalten: ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) Entsprechende Hygienepläne gelten als Arbeitsanweisung. Wenn eine übergeordnete Arbeitsanweisung vorliegt, die explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen enthält, zählt dies als entsprechende Arbeitsanweisung. Eine Arbeitsanweisung gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papier-

	form vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die Arbeitsanweisung gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der Arbeitsanweisung besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Es kann sich auch um eine Arbeitsanweisung handeln, die sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich gültig ist. Der Ärztliche Direktor oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierende anerkannt. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Ambulanzen, Praxen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet. Der Indikator richtet sich nicht an Apotheken, die bei der Arzneimittelherstellung der Apothekenbetriebsordnung unterliegen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Vor dem Beginn des Herrichtens von Medikamenten und Materialien für Punktionen oder Injektionen ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.“ **A-I** (KRINKO 2011) „Wenn die Vorbereitung des Zubehörs auf einer Arbeitsfläche erfolgt, muss diese vorher wischdesinfiziert […] werden.“ **II** (KRINKO 2011) „Die Zubereitung von Medikamenten zur Injektion soll unmittelbar vor der geplanten Applikation erfolgen.“ **II** (KRINKO 2011) „Das Gummiseptum von Injektions- und Infusionsflaschen ist vor dem Einführen einer Kanüle mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel zu desinfizieren. Eine Ausnahme stellen Gummisepten dar, bei denen der Hersteller die Sterilität der Abdeckung garantiert.“ **IV** (KRINKO 2011) „Eindosisbehälter sollten bevorzugt vor Mehrdosisbehältern verwendet werden.“ B-I (KRINKO 2002) „Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mittels einer Einmalkanüle entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze und Kanüle zu verwenden. Einmalkanülen dürfen nicht im Mehrdosenbehältnis verbleiben.“ **II** (KRINKO 2011) „Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mithilfe einer Mehrfachentnahmekanüle (Spike) entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze zu verwenden.“ **II** (KRINKO 2011) „Alternativ können Mehrfachentnahmekanülen mit Luftfilter und Kontaminationsschutzhülle verwendet werden.“ B-I (KRINKO 2002) „Auf angebrochene Mehrdosenbehältnissen sind das Anbruchdatum und die Verwendungsdauer zu vermerken.“ **IV** (KRINKO 2011) „Das Personal ist regelmäßig in den hygienischen Arbeitstechniken zu schulen (Die Unterweisungen sind zu dokumentieren). Der Erfolg der Schulung sollte durch Beobachtung und Bewertung der Abläufe vor Ort, z.B. durch das Hygienefachpersonal überprüft werden.“ **II** (KRINKO 2011) „Keine Wiederbefüllung von Perfusorspritzen“ **B-I** (KRINKO 2011) „Reine Lipidlösungen sollen innerhalb von 12 h infundiert werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „TPN-Lösungen sollen innerhalb von 24 h infundiert werden“. **B-I** (KRINKO 2002) „Bei Mischinfusionen, die in der Apotheke unter Laminar-Airflow-Bedingungen (Reinräume der Klasse A) hergestellt werden, müssen die Angaben des Apothekers bzgl. Lagerungsdauer und -temperatur berücksichtigt werden.“ **B-I** (KRINKO 2002) „Zubereitung der Mischungen ohne Zeitdruck unter Berücksichtigung der Angaben des Arzneimittelherstellers ausschließlich durch geschultes Personal, das speziell in der Herstellung von Mischinfusionen und den dabei zu beachtenden Hygienemaßnahmen (z.B. Hände-, Flächendesinfektion, aseptisches Arbeiten) geschult wurde (Beleg durch namentliche und zeitliche Dokumentation der Unterweisung).“ (KRINKO 2002)

	„Zubereitung der Mischinfusionen in einem für das Anrichten von Medikamenten vorgesehenen reinen Raum. Die Raumtemperaturen sollen 25°C nicht überschreiten.“ (KRINKO 2002) „Zubereitung der Mischinfusionen auf einer hierfür vorgesehenen übersichtlichen und angemessen großen, freien Arbeitsfläche, die vor Beginn der Zubereitung mit einem auf Wirksamkeit geprüften Flächendesinfektionsmittel (Mittel aus der Desinfektionsmittelliste der DGHM) desinfizierend gereinigt wird.“ (KRINKO 2002) „Die Applikation der Infusion am Patienten erfolgt ohne Zwischenlagerung an anderer Stelle. Die Entlüftung und luftblasenfreie Befüllung des Infusionsschlauches einschließlich Tropfkammer mit dem Infusat geschieht erst unmittelbar vor der Applikation der Infusion.“ (KRINKO 2002)
Änderungsprotokoll	2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator wurde auf der Grundlage von Anregungen aus dem Panel entwickelt und im zweiten Paneltreffen diskutiert. ▪ Ergänzung der Mindestinhalte der Arbeitsanweisung um den Aspekt „keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung). ▪ Ergänzung des Datenfeldes um den Ausnahmefall, dass die verwendeten Mischinfusionen ausschließlich von Apotheken hergestellt werden. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalten werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Die in den Anmerkungen formulierte Definition für „Medizinische Bereiche“ wurde im gesamten Indikatordatenblatt übernommen. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird dahingehend präzisiert, dass die Gültigkeit der Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr erfasst wird. ▪ Es wird präzisiert, dass die Arbeitsanweisung im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die Arbeitsanweisung autorisiert sein soll. ▪ Es wird präzisiert, dass entsprechende Hygienepläne als Arbeitsanweisung gelten. ▪ Es wird präzisiert, dass auch übergeordnete Arbeitsanweisungen zählen, sofern sie explizit ein Unterkapitel zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen enthalten. ▪ Im Indikator wird auf den spezifischen Bezug zu den KRINKO-Empfehlungen verzichtet. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen“.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein.

Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für diesen Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

AMBULANT

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Infusionslösungen sowie zu den hygienischen Anforderungen im Hinblick auf die Vorbereitung, das Herrichten und die Applikation von Infusionslösungen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja; 2 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die Arbeitsanweisung zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

KRINKO (2011). Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54(9/10): 1135–1144.

Schenck, M; Michels-Oswald, W; Tschirdewahn, S; Rübben, H; vom Dorp, F; Rose, A; et al. (2012). Wie sollen Urologen venöse subkutane Portsysteme implantieren? Erfahrungen an einem Zentrum bei 347 Patienten. Urologe. Ausgabe A 51(2): 226-237.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, ob in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ Praxis/MVZ) im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion gültig war, die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Zähler	Gültigkeit einer internen Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion im gesamten betreffenden Erfassungsjahr in einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die ▪ definierte Mindestinhalte enthält, ▪ im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert wurde, ▪ durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert wurde, ▪ für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich ist.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	In einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) soll im gesamten betreffenden Erfassungsjahr eine interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion gültig sein. Die interne Leitlinie soll definierte Mindestinhalte enthalten, im Erfassungsjahr gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen aktualisiert und durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert werden und für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich sein.
Begründung	Während bei ZVK-assoziierter Sepsis durch einen konventionellen ZVK dieser in der Regel sofort entfernt werden sollte, kann im Falle von Infektionen bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem ZVK unter bestimmten Bedingungen von diesem Vorgehen abgewichen werden. Begründet wird dies unter anderem damit, dass die Entfernung des Katheters insbesondere bei Patienten ohne alternativen Gefäßzugang problematisch sein kann (Mermel et al. 2009 [LL]; Vescia et al. 2008 [SR]; Jauch et al. 2007 [LL]; Bouza et al. 2002). Bei Patienten mit Tunnelinfektion oder Infekt des Portsystems sowie bei Patienten mit deutlichen klinischen Anzeichen (z.B. hämodynamische Instabilität, septische Thrombosen, Endokarditis, persistierendes Fieber nach Beginn der Antibiotikatherapie) ist der Katheter sofort zu explantieren. Bei milderem Verlauf einer Sepsis und je nach Art des identifizierten Erregers kann der ZVK zunächst belassen werden; es sollten jedoch eine systemische Antibiotikatherapie sowie eine antibiotische Lock-Behandlung eingeleitet werden und der Patient sollte engmaschig beobachtet werden. Schlägt die Therapie nicht an, ist der Katheter zu entfernen. Das Vorgehen bei einem Verdacht auf eine Infektion bzw. bei einer diagnostizierten Infektion ist beispielsweise in der Leitlinie der DGEM (Jauch et al. 2007) sowie in den IDSA-Leitlinien (Mermel et al. 2009) differenziert beschrieben. Eine interne Leitlinie auf Grundlage aktuell gültiger Leitlinienempfehlungen erleichtert den Einrichtungen, standardisierte und evidenzbasierte Entscheidungen zeitnah im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port bzw. teilimplantiertem/getunnelten ZVK treffen zu können.
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Im Einzelnen muss die interne Leitlinie gemäß aktuell gültiger Leitlinien (mindestens) folgende Inhalte umfassen: ▪ klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll

© 2015 AQUA-Institut GmbH

	▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie Die interne Leitlinie gilt als für alle an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligten Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann. Die interne Leitlinie gilt auch dann als aktualisiert, wenn sie auf Aktualität überprüft wurde, kein Änderungsbedarf der internen Leitlinie besteht und dieser Umstand durch die Unterschrift des Autorisierenden bestätigt wurde. Für hämato-onkologische Ambulanzen/MVZ gilt: Es kann sich auch um eine interne Leitlinie handeln, die sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich gültig ist. Der Ärztliche Direktor wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als Autorisierender anerkannt. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Ambulanzen, Praxen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Bei ausgeprägten lokalen Infektzeichen der Insertionsstelle und klinischem Verdacht auf katheterinduzierte Blutstrominfektion ist die ZVK–Neuanlage sofort vorzunehmen.“ **A** (Die Leitlinie gibt einen Empfehlungsgrad, aber keine Evidenzstufe an) (Jauch et al. 2007)„The CVC and arterial catheter, if present, should be removed and cultured if the patient has unexplained sepsis or erythema overlying the catheter insertion site or purulence at the catheter insertion site.” **B-II** (Mermel et al. 2009) „Long-term catheters should be removed from patients with CRBSI associated with any of the following conditions: severe sepsis; suppurative thrombophlebitis; endocarditis; bloodstream infection that continues despite 172 h of antimicrobial therapy to which the infecting microbes are susceptible; or infections due to S. aureus, P. aeruginosa, fungi, or mycobacteria” **A-II** (Mermel et al. 2009) „For patients with CRBSI for whom catheter salvage is attempted, additional blood cultures should be obtained, and the catheter should be removed if blood culture results (e.g., 2 sets of blood cultures obtained on a given day; 1 set of blood cultures is acceptable for neonates) remain positive when blood samples are obtained 72 h after the initiation of appropriate Therapy” **B-II** (Mermel et al. 2009) „For long-term and short-term CRBSI due to less virulent microbes that are difficult to eradicate (e.g., Bacillus species, Micrococcus species, or Propionibacteria), catheters should generally be removed after blood culture contamination is ruled out on the basis of multiple positive culture results, with at least 1 blood culture sample drawn from a peripheral vein” **B-III** (Mermel et al. 2009) „In uncomplicated CRBSI involving long-term catheters due to pathogens other than S. aureus, P. aeruginosa, Bacillus species, Micrococcus species, Propionibacteria, fungi, or mycobacteria, because of the limited access sites in many patients who require long-term intravascular access for survival (e.g., patients undergoing hemodialysis or with short-gut syndrome), treatment should be attempted without catheter removal, with use of both systemic and antimicrobial lock therapy.” **B-II** (Mermel et al. 2009) „If a catheterized patient has a single positive blood culture that grows coagulase-negative Staphylococcus species, then additional cultures of blood samples obtained through the suspected catheter and from a peripheral vein should be performed before the initiation of antimicrobial therapy and/or catheter removal to be certain that the patient has true bloodstream infection and that the catheter is the likely source” **A-II** (Mermel et al. 2009) „Patients with tunnel infection or port abscess require removal of the catheter, incision and drainage if indicated, and 7–10 days of antibiotic therapy in the absence of concomitant bacteremia or candidemia.” **A-II** (Mermel et al. 2009)

„Uncomplicated exit site infections (i.e., those without systemic signs of infection, positive blood culture results, or purulence) should be managed with topical antimicrobial agents on the basis of the exit site culture results (e.g., mupirocin ointment for S. aureus infection and ketoconazole or lotrimin ointment for Candida infection" **B-III** (Mermel et al. 2009)

„If an uncomplicated exit site infection fails to resolve with topical therapy or if it is accompanied by purulent drainage, then systemic antibiotics should be administered on the basis of the antimicrobial susceptibility of the causative pathogen; the catheter should be removed if treatment with systemic antibiotics fails." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„If other vascular sites are unavailable and/or the patient is at increased risk for bleeding diathesis in the setting of CRBSI not complicated by an exit site or tunnel infection, then exchange the infected catheter over a guidewire" **B-III** „In such situations, an antimicrobial-impregnated catheter with an anti-infective intraluminal surface should be considered for catheter exchange" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Antibiotic lock is indicated for patients with CRBSI involving long-term catheters with no signs of exit site or tunnel infection for whom catheter salvage is the goal." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„For CRBSI, antibiotic lock should not be used alone; instead, it should be used in conjunction with systemic antimicrobial therapy, with both regimens administered for 7–14 days." **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Dwell times for antibiotic lock solutions should generally not exceed 48 h before reinstallation of lock solution; preferably, reinstallation should take place every 24 h for ambulatory patients with femoral catheters" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„For S. aureus CRBSI involving long-term catheters, the catheters should be removed unless there are major contraindications (e.g., there is no alternative venous access, the patient has significant bleeding diathesis, or quality of life issues take priority over the need for reinsertion of a new catheter at another site)" **A-II** (Mermel et al. 2009)

„In the rare circumstance that the catheter is retained for a patient with S. aureus CRBSI involving a long-term catheter, the patient should receive systemic and antibiotic lock therapy for 4 weeks" **B-II** (Mermel et al. 2009)

„Do not remove CVCs or PICCs on the basis of fever alone. Use clinical judgment regarding the appropriateness of removing the catheter if infection is evidenced elsewhere or if a non-infectious cause of fever is suspected." **II** (O'Grady et al. 2011)

„Primäre ZVK Entfernung bei

- ZVK-Infektion durch Staphylococcus aureus" **A-II**
- „ZVK-Infektion durch Candida spp." **B-II**
- „Tunnel- oder Tascheninfektion" **B-III**
- „Komplizierte ZVK-Infektion (z.B. septische Streuung oder schwere umgebende Weichteilinfektion)" **B-II** (DGHO 2010)

„Versuch der Beibehaltung des ZVK vertretbar bei klinisch stabilen Patienten mit ZVK Infektion durch

- Koagulase-negative Staphylokokken
- Coynebacterium jeikeium
- Acinetobacter baumannii
- Stenotrophomonas maltophilia
- Pseudomonas aeruginosa
- Bacillus spp." **B-III** (DGHO 2010)

Änderungsprotokoll	2. Panel (vor Ort): ▪ Der Indikator ist in der zweiten Panelsitzung durch das Panel vorgeschlagen worden mit dem Titel „Vorhandensein einer Arbeitsanweisung zum Umgang bei infizierten Ports oder teilimplantierten ZVKs“. Im Anschluss an die Sitzung ist der Indikator durch das AQUA-Institut aufgearbeitet worden, d.h. alle Felder des Indikatordatenblattes sind gefüllt worden. Der Titel des Indikators wurde umformuliert. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens einer Arbeitsanweisung sowie deren Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen der Arbeitsanweisung separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Der Indikator wurde an die anderen Indikatoren angepasst und deshalb dahingehend konkretisiert, dass entsprechende Arbeitsanweisungen in allen medizinischen Bereichen einer Einrichtung (d.h. Bereiche, in denen Patienten mit ZVKs versorgt werden) vorliegen sollen. Machbarkeitsprüfung ▪ Mit dem Indikator wird nicht mehr das Vorliegen einer Arbeitsanweisung, sondern die Gültigkeit einer internen Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr erfasst. Die Formulierung der Inhalte der internen Leitlinie wird entsprechend angepasst. ▪ Es wird präzisiert, dass die interne Leitlinie im betreffenden Erfassungsjahr aktualisiert bzw. auf Aktualität überprüft sein soll. ▪ In den Indikator wird als neuer Aspekt aufgenommen, dass die interne Leitlinie autorisiert sein soll. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert.

Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

AMBULANT

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4	
Feld	**Beschreibung**
Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine interne Leitlinie zum Vorgehen im Falle einer Infektion bzw. des Verdachts auf eine Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1 = ja
Welche Aspekte werden in der internen Leitlinie thematisiert? ▪ Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll ▪ Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann ▪ Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie (Einrichtungsbefragung)	 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja 0 = nein; 1 = ja
Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte etc.) jederzeit und aufwandsarm auf die interne Leitlinie zugreifen? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja
Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): (Einrichtungsbefragung)	mm.jjjj
Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/ Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? (Einrichtungsbefragung)	0 = nein 1= ja

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Bouza, E; Burillo, A; Munoz, P (2002). Catheter-related infections: diagnosis and intravascular treatment. Clinical Microbiology and Infection 8(5): 265-274.

DGHO (2010). ZVK Infektionen: Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

Mermel, LA; Allon, M; Bouza, E; Craven, DE; Flynn, P; O'Grady, NP; et al. (2009). Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 49(1): 1-45.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Vescia, S; Baumgartner, AK; Jacobs, VR; Kiechle-Bahat, M; Rody, A; Loibl, S; et al. (2008). Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. Annals of Oncology 19(1): 9-15.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben.
Zähler	Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) die an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben.
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Es sollen alle Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/ Praxis/MVZ) einmal im Jahr an Schulungsveranstaltungen zum Thema ZVK und/oder Port teilnehmen.
Begründung	Um Infektionen und Komplikationen zu vermeiden, sind aktuelle und evidenzbasierte Kenntnisse über Übertragungswege und Präventionsstrategien besonders relevant (Schulz-Stübner 2011; Rupp et al. 2004). Eine Reihe von Studien konnten nachweisen, dass die Schulung von Mitarbeitern und das Umsetzen von Präventionsstrategien zu signifikanten Reduktionen von Infektionsraten und Komplikationen führte (Barsuk et al. 2009 [KS]; Zingg et al. 2009 [KS]; Ramritu et al. 2008 [MA]; Sherertz et al. 2000).
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port muss folgende Inhalte umfassen: ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports Umfang und Tiefe der Inhalte der aufgeführten Teilaspekte sollen berufsgruppenspezifisch gestaltet werden und können in einer übergeordneten Fortbildung integriert sein. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Ambulanzen, Praxen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	„Empfohlen werden regelmäßige Schulungen von Ärzten und Pflegekräften bezüglich Indikation, Anlage und Pflege zentralvenöser Katheter.“ **A-I** (KRINKO 2002) „Educate healthcare personnel regarding the indications for intravascular catheter use, proper procedures for the insertion and maintenance of intravascular catheters, and appropriate infection control measures to prevent intravascular catheter-related infections“. **A-I** (O'Grady et al. 2011) „Schulungsprogramm für Pflegekräfte und Ärzte.“ **A-II** (DGHO 2011) „Die Katheterpflege bei Patienten mit PE sollte speziell geschultes Fachpersonal nach definierten Pflegestandards übernehmen.“ **B** (Jauch et al. 2007) „Die Insertion und der Umgang mit partiell implantierten Kathetern erfordert hierin erfahrenes bzw. speziell geschultes Personal. Die Schulungen sollten auf der Basis einer schriftlichen Pflegeanleitung erfolgen.“ **B-I** (KRINKO 2002)

Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Der Zähler des Indikators wird dahingegen spezifiziert, dass ein Schulungskonzept für „[...] die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter in einer Einrichtung [...] vorliegen soll. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Definition der Mindestkriterien für ein Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port. 2.Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Anstelle einer aggregierten Abfrage des Vorliegens eines Schulungskonzeptes sowie dessen Inhalte werden die inhaltlichen Anforderungen an das Schulungskonzept separat abgefragt. ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Abschlussbericht ▪ Es wurde präzisiert, welche Berufsgruppen der in den letzten 12 Monaten neu eingestellten Mitarbeiter eingeschlossen sind. Machbarkeitsprüfung ▪ Der Indikator wird stark modifiziert. Es wird nicht mehr nach einem Schulungskonzept gefragt, sondern nach der Teilnahmerate an entsprechenden Veranstaltungen. Dabei wird weiterhin gefordert, dass alle Mitarbeiter jährlich an Schulungsmaßnahmen teilnehmen und dies auch zu dokumentieren ist. Auch die Mindestinhalte der Schulungen sind ebenfalls weiterhin im Indikator definiert. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen“. ▪ Der Indikator wurde dahingehend modifiziert, dass die Schulungsveranstaltung nicht zwingend sowohl das Thema Port als auch das Thema ZVK behandeln soll. Die Formulierung „ZVK und Port“ wurde geändert in „ZVK und/oder Port“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert. Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

AMBULANT

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4		
Feld	**Beschreibung**	
Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen Ihrer Einrichtung (hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/ MVZ), die im Erfassungsjahr xxxx an einer Schulungsveranstaltung zum Thema ZVK und/oder Port teilgenommen haben? (Einrichtungsbefragung)		
Daten wurden nicht erhoben	ja/leer	
	Anteil	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ % _ _ _ % _ _ _ %	☐

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	**Beschreibung**
	ENTFÄLLT

Literatur

Barsuk, JH; Cohen, ER; Feinglass, J; McGaghie, WC; Wayne, DB (2009). Use of Simulation-Based Education to Reduce Catheter-Related Bloodstream Infections. Archives of Internal Medicine 169(15): 1420-1423.

DGHO (2011). Zentrale Venenkatheter. Leitlinie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.

Jauch, KW; Schregel, W; Stanga, Z; Bischoff, SC; Braß, P; Hartl, S; et al. (2007). Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 32(Supplement 1): 41-53.

KRINKO (2002). Prävention Gefäßkatheterassoziierter Infektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45(11): 907-924.

O'Grady, NP; Alexander, M; Burns, LA; Dellinger, EP; Garland, J; Heard, SO; et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Ramritu, P; Halton, K; Cook, D; Whitby, M; Graves, N (2008). Catheter-related bloodstream infections in intensive care units: a systematic review with meta-analysis. J.Adv.Nurs. 62(1): 3-21.

Rupp, ME; Craig, R (2004). Prevention of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infections. Infect Med 21(3): 123-127.

Schulz-Stübner, S (2011). Prävention katheterassoziierter Septikämien – Was sagt die neue CDC-Guideline? Krh-Hyg up2date 6(4): 273-282.

Sherertz, RJ; Ely, EW; Westbrook, DM; Gledhill, KS; Streed, SA; Kiger, B; et al. (2000). Education of Physicians-in-Training Can Decrease the Risk for Vascular Catheter Infection. Annals of Internal Medicine 132(8): 641-648.

Zingg, W; Imhof, A; Maggiorini, M; Stocker, R; Keller, E; Ruef, C (2009). Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter-related bloodstream infections. Critical Care Medicine 37(7): 2167-2173.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ID 72_A_b	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen
	Indikator zum Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“
Beschreibung	Der Indikator erhebt, wie viele Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilgenommen haben.
Zähler	Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ), die an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilgenommen haben.
Nenner	Mitarbeiter
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Es sollen alle Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/Praxis/MVZ) einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilnehmen.
Begründung	Laut Infektionsschutzgesetz (§23 Abs. 4) sind sowohl Krankenhäuser als auch Einrichtungen des ambulanten Operierens grundsätzlich dazu verpflichtet, notwendige Maßnahmen zur Prävention, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen sowie von resistenten Erregern zu regeln. Zur Umsetzung dieser Regelungen sollten u.a. folgende Maßnahmen von den Einrichtungen initiiert werden: ▪ Sicherstellung der „erforderliche[n] Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention […] ▪ Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.“ (RKI 2011) Darüber hinaus ist die Pflicht einer Einrichtung, die Fortbildung der Mitarbeiter sicherzustellen in Landeshygieneverordnungen festgelegt. Exemplarisch ist die Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter nach §3 Abs. 2 Nr. 11 und §8 Abs. 3 der Krankenhaushygieneverordnung (KHHygieneVO) Baden-Württembergs eine obligatorische Aufgabe des Hygienefachpersonals der Krankenhäuser des Landes. Über die Krankenhäuser hinaus geht die *Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen* (HygMedVO) Nordrhein-Westfalens, die in §7 auch Einrichtungen für ambulantes Operieren, bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken zusätzlich zur regelmäßigen Information aller Mitarbeiter eine Dokumentation der Schulungen und Fortbildungen vorschreibt: „Die Leitung der Einrichtung informiert das in der Einrichtung tätige Personal bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal jährlich, über die in den Hygieneplänen nach §23 Absatz 5 und 8 Infektionsschutzgesetz festgelegten innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene und dokumentiert dies in geeigneter Weise.“ Auch das CDC empfiehlt in seiner Leitlinie, dass alle Mitarbeiter einer Einrichtung über Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern geschult und aufgeklärt werden sollte. Zudem wird die Empfehlung ausgesprochen, dass den Mitarbeitern in regelmäßigen Abständen neue Informationen mitgeteilt werden sollten (Siegel et al. 2007). Gerade im Hinblick auf die Händehygiene gibt es zahlreiche Leitlinienempfehlungen bzgl. einer Aufklärung und Information der Mitarbeiter. Da Hygienemaßnahmen im Allgemeinen und die (hygienische) Händedesinfektion im Speziellen wichtige Maßnahmen zur Infektionsprävention und Vermeidung einer Weiterverbreitung von Krankheitserregern darstellen (Eckmanns et al. 2001), wird gerade in diesem Bereich ein Fokus auf die Aufklärung und Schulung des Personals gelegt. So ist durch Studien gezeigt worden, dass durch eine verbesserte Compliance bezüglich der Händehygiene die Rate von nosokomialen Infektionen signifikant gesenkt werden kann (Kramer et al. 2012 [KS]; Pittet et al. 2000). Allgemein ist festzuhalten, dass ein guter Kenntnisstand und ein Bewusstsein über einen Problembereich die Basis für Präventions- und Kontrollstrategien und entsprechende Handlungsansätze bilden (Mielke 2010 [NR]). Eine regelmäßige Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter kann zusätzlich möglichen Behandlungsfehlern entgegenwirken, denn eine Informationsvermittlung über zwei oder mehr Wege sowie (geplante) Redundanzen erhöhen die Wahr-

	scheinlichkeit, dass der Rezipient Inhalte korrekt aufnimmt und verinnerlicht (Williams et al. 2007). Zusätzlich werden das Behandlungsergebnis und ein Auftreten von Fehlern auch durch die Kommunikationsqualität beeinflusst (Vincent et al. 2004 [NR]; Helmreich 2000). Gründe für ein Kommunikationsversagen sind häufig, dass ▪ die Kommunikation oder Information zu spät erfolgt, um effektiv zu sein, ▪ Inhalte nicht vollständig und angemessen sind, ▪ Schlüsselpersonen nicht involviert sind und ▪ kontrovers diskutierte Themen ungelöst bleiben, bis eine Notfallsituation eintritt (Healey et al. 2006; Lingard et al. 2004). All diesen Faktoren, die auch auf Problematiken der Hygiene und Infektionsprävention übertragen werden können, kann durch eine regelmäßige Schulung und Information entgegengewirkt werden.
Originalformulierung	Training for staff in infection control and prevention (GRIS 2007)
Indikatorvarianten	Does continuing professional education in HCAI prevention and control (including hand hygiene) and antibiotic stewardship exist for all relevant healthcare workers in your hospital? (IPSE 2008)
Anmerkungen	Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. Die Informationsveranstaltung/das E-Learning-Programm zur Hygiene und Infektionsprävention muss folgende Inhalte umfassen: für alle Berufsgruppen: ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern berufsgruppenbezogen: ▪ Flächendesinfektion Die Teilnahme an E-Learning-Programmen zur Übermittlung der aufgeführten Inhalte wird entsprechend der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung als zulässig gewertet. Der Indikator wird in hämato-onkologischen Ambulanzen, Praxen und MVZ erhoben. Der Indikator wird als Teil des Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ausgewertet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung	Informationspflicht der Mitarbeiter nach §23 Abs. 4 IfSG und nach Hygieneverordnungen der Länder „Provide job- or task-specific education and training on preventing transmission of infectious agents associated with healthcare during orientation to the healthcare facility; update information periodically during ongoing education programs. Target all healthcare personnel for education and training, including but not limited to medical, nursing, clinical technicians, laboratory staff; property service (housekeeping), laundry, maintenance and dietary workers; students, contract staff and volunteers. Document competency initially and repeatedly, as appropriate, for the specific staff positions. Develop a system to ensure that healthcare personnel employed by outside agencies meet these education and training requirements through programs offered by the agencies or by participation in the healthcare facility's program designed for full-time personnel.“ **B-I** (Siegel et al. 2007) „Ensure HCWs have dedicated time for infection control training, including sessions on hand hygiene.“ **II** (Pittet et al. 2009) „As part of an overall program to improve handhygiene practices of HCWs, educate personnel regarding the types of patient-care activities that can result in hand contamination and the advantages and disadvantages of various methods.“ **II** (Boyce et al. 2002 [LL])

Änderungsprotokoll	1.Panel (vor Ort): ▪ Der Zähler des Indikators wurde dahingehend geändert, dass der Indikator sich auf alle Mitarbeiter einer Einrichtung bezieht und keine Umrechnung auf Vollkräfte vorgenommen wird. ▪ Das Qualitätsziel wurde entsprechend angepasst. Aufbereitung für 2. Panel (schriftlich): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. 2. Panel (vor Ort): ▪ Es wurden keine Änderungen vorgenommen. Änderungen nach der 2. Panelsitzung : ▪ Es wurde definiert, dass der Indikator als Teil des Index zum Hygiene- und Infektionsmanagement ausgewertet wird. Machbarkeitsprüfung ▪ Die Teilnahme an E-Learning-Programmen wird entsprechend der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung gewertet. ▪ Das Qualitätsziel wird dahingehend umformuliert, dass *alle* Mitarbeiter einmal im Jahr an Informationsveranstaltungen/E-Learning-Programmen zu Themen der Hygiene und der Infektionsprävention teilnehmen sollen. ▪ Im Indikator werden die Inhalte der Informationsveranstaltungen explizit aufgeführt. ▪ Die Teilnahmerate der Mitarbeiter der Verwaltung wird nicht mehr erfasst. ▪ Der Indikator wird aufgeteilt in einen Indikator für den stationären Bereich (Suffix a) und einen Indikator für den ambulanten Bereich (Suffix b). Die Indikatoren werden inhaltlich entsprechend angepasst. ▪ Der Indikator wird umbenannt in „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in ambulanten Einrichtungen“.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Das Ergebnis des Indikators fließt in die Berechnung Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein. Auffälligkeit: Der Indikator hat keinen eigenen Referenzbereich. Ein Referenzwert ist auf der Ebene Index 02 „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ definiert.
Risikoadjustierung: ist für den Indikator nicht vorgesehen

Erforderliche Datenquellen:

4. einrichtungsbezogene Daten (jährliche Erhebung)

AMBULANT

Datenfelder für die Berechnung – Datenquelle 4		
Feld	**Beschreibung**	
Wie hoch ist der Anteil der Mitarbeiter der aufgeführten Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/ Praxis), die im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) mindestens an einer Informationsveranstaltung/an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben? (Einrichtungsbefragung)		
Daten wurden nicht erhoben	ja/leer	
	Anteil	Personal nicht vorhanden:
▪ Ärzte	_ _ _ %	
▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen	_ _ _ %	☐
▪ Medizinische Fachangestellte	_ _ _ %	
▪ Reinigungskräfte	_ _ _ %	☐
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	**Beschreibung**	
	ENTFÄLLT	

Literatur

Boyce, JM; Pittet, D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR. Recommendations and Reports 51(RR-16): 1-45.

Eckmanns, T; Rath, A; Bräuer, H; Daschner, F; Rüden, H; Gastmeier, P (2001). Compliance der Händedesinfektion auf Intensivstationen. Dtsch Med Wschr 126(25/26): 745-749.

GRIS (2007). TOCSIN Project: Organisation chart for monitoring and follow-up of nosocomial infections. Montréal: Interdisciplinary Health Research Group (GRIS). Department of health administration. University of Montréal.

Healey, AN; Undre, S; Vincent, CA (2006). Defining the technical skills of teamwork in surgery. Qual.Saf Health Care 15(4): 231-234.

Helmreich, RL (2000). On error management: lessons from aviation. BMJ (Clinical Research Ed.) 320(7237): 781-785.

IPSE (2008). Improving Patient Safety in Europe: The IPSE Consensus on Standards and Indicators. 18th version.

Kramer, AA; Higgins, TL; Zimmerman, JE (2012). Intensive care unit readmissions in U.S. hospitals: Patient characteristics, risk factors, and outcomes. Critical Care Medicine 40(1): 3-10.

Lingard, L; Espin, S; Whyte, S; Regehr, G; Baker, GR; Reznick, R; et al. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual.Saf Health Care 13(5): 330-334.

Mielke, M (2010). Prevention and control of nosocomial infections and resistance to antibiotics in Europe – Primum non-nocere: Elements of successful prevention and control of healthcare-associated infections. International Journal of Medical Microbiology 300(6): 346-350.

Pittet, D; Allegranzi, B; Boyce, J (2009). The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. Infection Control and Hospital Epidemiology 30(7): 611-622.

Pittet, D; Hugonnet, S; Harbarth, S; Mourouga, P; Sauvan, V; Touveneau, S; et al. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 356(9238): 1307-1312.

RKI (2011). Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankenhaushygiene im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Robert Koch-Institut.

Siegel, JD; Rhinehart, E; Jackson, M; Chiarello, L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Vincent, C; Moorthy, K; Sarker, SK; Chang, A; Darzi, AW (2004). Systems Approaches to Surgical Quality and Safety: From Concept to Measurement. Annals of Surgery 239(4): 475-482.

Williams, RG; Silverman, R; Schwind, C; Fortune, JB; Sutyak, J; Horvath, KD; et al. (2007). Surgeon Information Transfer and Communication: Factors Affecting Quality and Efficiency of Inpatient Care. Annals of Surgery 245(2): 159-169.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Empirische Prüfung

Stand: 30. April 2015

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Empirische Prüfung: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
20. März 2014

Datum der Abgabe:
30. Januar 2015
Redaktionelle Überarbeitung am 10. April 2015 und 30. April 2015

Signatur:
15-SQG-004

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 4
Abbildungsverzeichnis ... 5
Abkürzungsverzeichnis ... 6
1 Management Summary ... 7
2 Hintergrund ... 9
2.1 Allgemeines ... 9
2.2 Entwicklungsstand ... 9
2.3 Beauftragung ... 10
3 Methodik ... 11
3.1 Datenquellen ... 11
3.2 Datenanforderung ... 11
3.3 Datenaufbereitung ... 12
3.4 Alters- und Geschlechtsstandardisierung ... 13
3.5 Prüfung ... 13
4 Empirische Prüfung ... 14
4.1 Grundsätzliche Erwägungen nach Entwicklungsstand der Machbarkeitsprüfung ... 14
4.2 QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ ... 15
4.2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ ... 15
4.2.2 Analyse der Stichprobe für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ ... 16
Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ bezüglich der Leistungserbringer ... 17
Auswirkungen der Machbarkeitsprüfung auf den QS-Filter zur Indexleistung Prozess ... 18
4.3 QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ ... 18
4.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ ... 18
4.3.2 Analyse des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“ ... 19
Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ bezüglich der Leistungserbringer ... 19
Auswirkungen der Machbarkeitsprüfung auf den QS-Filter zur Indexleistung Prozess ... 20
Kennwerte des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“ unter Berücksichtigung der geänderten Auslösekriterien ... 21
4.3.3 Alters- und Geschlechtsverteilung empfohlener QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ ... 22
Fallzahlen für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ bezüglich der Leistungserbringer ... 23
4.4 Prüfung des Indikators ID 52_AA ... 23
Zählerermittlung ... 26
Ermittlung der Verantwortlichkeit ... 28
5 Fazit ... 34
Literaturverzeichnis ... 37

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der genutzten Datenbestände 11

Tabelle 2: Anzahl der Fälle zur Indexleistung „Prozess“ 16

Tabelle 3: Ausgelöste fallbezogene QS-Dokumentation zur Indexleistung „Prozess“ 17

Tabelle 4: Anzahl der Fälle zur Indexleistung „Infektion“[1] 19

Tabelle 5: Ausgelöste fallbezogene QS-Dokumentation zur Indexleistung „Infektion“ 20

Tabelle 6: Einschlussdiagnosen 21

Tabelle 7: Fallzahlen für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ 21

Tabelle 8: Fallzahlen pro Leistungserbringer für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektionen“ 23

Tabelle 9: Patienten, die in drei Erfassungsjahren einen Port, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK implantiert bekommen haben und eine onkologische Diagnose aufwiesen in Bezug auf den Abrechnungszusammenhang (Patientenfilter) 24

Tabelle 10: Liste der 10 am häufigsten auslösenden ICD-Kodes, die im Zusammenhang mit der Implantation eines Ports, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK kodiert werden..... 25

Tabelle 11: Explantationen/Revisionen im Erfassungsjahr aufgrund lokaler Infektion/Sepsis 28

Tabelle 12: Patienten, die in drei Erfassungsjahren einen Port, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK implantiert bekommen haben, eine onkologische Diagnose aufwiesen und nicht verstarben in Bezug auf den Abrechnungszusammenhang 28

Tabelle 13: Aufgreifkriterien für die Verantwortungszuschreibung 29

Tabelle 14: Patienten im Nenner nach Ausschluss mangels Verantwortungszuschreibung 30

Tabelle 15: Sekundärer Ausschluss von Patienten aus dem Zähler nach Ausschluss aus dem Nenner..... 30

Tabelle 16: Patienten im Zähler nach Anwendung 90-Tage-Grenze bei der Verantwortungszuschreibung 31

Tabelle 17: Raten der Zytostatika-assoziierten Port/ZVK-Infektion bei verschiedenen Leistungserbringergruppen 32

Tabelle 18: Fallzahlen im Nenner des Indikators für die verantwortlichen Leistungserbringergruppen..... 32

Tabelle 19: Fallzahlen im Zähler des Indikators für die verantwortlichen Leistungserbringergruppen..... 33

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Prozess“ 15

Abbildung 2: Verteilung der Anzahl der ausgelösten QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Prozess“ pro Leistungserbringer 17

Abbildung 3: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Infektion“ 18

Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der ausgelösten QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Infektion“ pro Leistungserbringer 20

Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Infektion“ (unter Berücksichtigung der geänderten Auslösekriterien) 22

Abbildung 6: Verteilung der Anzahl der ausgelösten Fälle QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Infektion“ pro Leistungserbringer unter Berücksichtigung der überarbeiteten Auslösekriterien 23

Abbildung 7: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten mit onkologischen Diagnosen und Implantation/Wechsel eines Port-/ZVK-Systems 25

Abbildung 8: Fallkonstellationen und deren Berücksichtigung für Zähler/Nenner 27

Abbildung 9: Kumulative Summe der Patienten im Zähler über den Abstand in Tagen zwischen Explantation/Revision und Nutzung des Port-/ZVK-Systems 31

Abbildung 10: Kumulative Summe der Zählerfälle über die identifizierten verantwortlichen Leistungserbringer 32

Abbildung 11: Zeitablauf Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen 36

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMG	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BSNR	Betriebsstättennummer
CSV	Comma-Seperated Values
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition im EBM
HIV	human immunodeficiency virus
IBM	International Business Machines Corporation
ICD	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IK	Institutskennzeichen
KIS	Krankenhausinformationssystem
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (§303 a–e SGB V)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ZVK	Zentraler Venenkatheter

© 2015 AQUA-Institut GmbH

1 Management Summary

Mit der vorliegenden empirischen Prüfung wurden anhand von anonymisierten Routinedaten eines großen Kassenverbandes Abschätzungen zur Anzahl der für die QS-Filter eingeschlossenen Einrichtungen und Fälle zur Indexleistung „Prozess“ und „Infektion“ berechnet. Weiterhin konnte die Auswertung und Verteilung der Fälle über die Sektoren (stationär, ambulant am Krankenhaus und ambulant in Praxis) für den Indikator ID 52_AA „Explantation oder Revision eines Katheterverweilsystems wegen Infektion“ berichtet werden. Darüber hinaus wurden die vorliegenden Daten auf Widersprüche oder Lücken in den relevanten Kodierungen überprüft.

Während der empirischen Prüfung stellte sich heraus, dass die Anzahl der Kodierungen für zentrale Gefäßkatheter (ZVKs) nicht verifizierbar ist. Bei der Überprüfung der Anzahl der Kodierungen konnte aufgezeigt werden, dass innerhalb eines Jahres nur in 35,1 % der Fälle mit intensivmedizinischen Komplexbehandlungen – bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie zu einem überwiegenden Teil einen ZVK benötigen – eine Anlage eines ZVK dokumentiert wurde. Während der zeitgleichen Auswertung zur Machbarkeitsprüfung wurde bestätigt, dass die stationären Einrichtungen die Kodes für ZVKs nicht in ausreichendem Maß und zum Teil überhaupt nicht kodieren, da diese nicht erlösrelevant sind. Valide OPS-Kodes zur Auslösung von Dokumentationen stehen damit nicht zur Verfügung. Damit entfällt der QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“, der entsprechende Auswirkungen auf den QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ hat. Diese Maßnahmen sind notwendig, da ein fairer Leistungserbringervergleich auf der Basis der ZVK-Kodes nicht gesichert erscheint.

Die empirische Prüfung des Indikators ID 52_AA (Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems wegen Infektion) konnte zeigen, dass es mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist, Port-/ZVK-System[1]-assoziierte lokale Infektionen/Sepsis bei chemotherapeutisch behandelten Patienten zu identifizieren und einem Leistungserbringer im Bereich Onkologie die Verantwortlichkeit zuzuordnen. Dazu sind weitere Diagnosen für die Definition der Patienten der Grundgesamtheit ergänzt worden, um auch Patienten einzuschließen, die unter die sogenannte Onkologie-Vereinbarung fallen.

Die Verantwortungszuschreibung wurde im Indikator konkreter gefasst. Die Verantwortungszuschreibung zum Operateur der Portimplantation wurde herausgenommen, da postoperativen Wundinfektionen Gegenstand eines anderen QS-Verfahrens sind. Stattdessen soll der Indikator jene Leistungserbringer berücksichtigen, die zuletzt das Port-/ZVK-System des Patienten für eine Anwendung einer zytostatischen Chemotherapie genutzt und dabei eine mögliche Infektion ausgelöst haben.

Insgesamt konnten für 154.326 Patienten je ein verantwortlicher onkologischer Leistungserbringer ermittelt und somit der Nenner des Indikators definiert werden. Aus der Empfehlung, den Zeitraum der Verantwortungszuschreibung aufgrund der letzten Nutzung des Port-/ZVK-Systems auf 90 Tage vor der Infektion zu begrenzen, ergibt sich eine Anzahl von 3.025 Patienten für den Zähler des Indikators. Dies entspricht einer Ereignisrate von 2,0 %. Die Ergebnisverantwortung verteilt sich auf 734 Krankenhäuser im Rahmen der stationären Versorgung, 83 Krankenhäuser, die sich im Rahmen der ambulanten Versorgung beteiligen sowie 1.295 Praxen/MVZ.

Eine Prüfung der Diskriminationsfähigkeit des Indikators analog zur Methode der „Schnellprüfung“ der Qualitätsindikatoren der esQS bescheinigt dem Indikator eine mäßige Diskriminationsfähigkeit. Aufgrund der vorhandenen Bodeneffekte sowie der erst im Regelbetrieb zu prüfenden Angemessenheit der Verantwortungszuschreibung, empfiehlt das AQUA-Institut den Indikator ID 52_AA im ersten – sanktionsfreien – Jahr des Regelbetriebs einer stichprobenhaften inhaltlichen Vor-Ort-Prüfung zu unterziehen. Voraussetzung für eine möglichst frühzeitige Auswertung des Indikators ist es, in den ersten beiden Regelbetriebsjahren auch die Sozialdaten aus den zwei Vorjahren zu erfassen, um den im Indikator definierten Betrachtungszeitraum von drei Jahren berücksichtigen zu können.

Nach den vorliegenden Ergebnissen der empirischen Prüfung und der erweiterten Machbarkeitsprüfung ergaben sich für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* er-

[1] Ein Port, bzw. teilimplantierter/getunnelter ZVK werden im Folgenden als Port-/ZVK-System bezeichnet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

hebliche Einschränkungen im Bereich der Sepsisindikatoren, die nur teilweise durch Modifikationen ausgeglichen werden können (siehe auch Ergebnisbericht der Machbarkeitsprüfung). Das AQUA-Institut empfiehlt daher die weitere Verfahrensumsetzung gegenüber dem QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* zu postponieren. Hiervon auszunehmen ist der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, der in das bestehende esQS-Verfahren *Neonatologie* integriert werden sollte. Alle anderen Aspekte des QS-Verfahrens werden nach ausführlichen Diskussionen bei Abschluss des Berichts nicht zur Umsetzung empfohlen.

Das AQUA-Institut hat in seinen Berichten versucht, die vielfältigen Umsetzungsprobleme für ein QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* differenziert darzustellen und mit seiner pragmatischen Empfehlung dennoch Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung in diesem klinisch relevanten Bereich aufzuzeigen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

2 Hintergrund

2.1 Allgemeines

Nosokomiale Infektionen werden im Infektionsschutzgesetz (IfSG) definiert als „Infektion[en] mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihren Toxinen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steh[en], soweit die Infektion[en] nicht bereits vorher bestand[en]“ (§2 Nr. 8 IfSG). Sie sind auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen ein relevantes Risiko für Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz.

Katheter-assoziierte Infektionen sind Infektionen, die durch eine Keiminvasion von außen entlang transkutaner Katheter direkt in die Blutbahn verursacht werden. In der Regel wird jeder stationär behandelte Patient im Laufe eines Krankenhausaufenthalts mindestens einmal mit einem Gefäßkatheter versorgt. Je nach Art und Schwere der Erkrankung kommen dabei periphere Verweilkanülen bis hin zu zentralvenösen Kathetern und Pulmonalarterienkathetern zum Einsatz. In gleichem Maß steigen der Grad der Invasivität (Eindringen in den Körper) von Mikroorganismen und die damit verbundenen Risiken für den Patienten. Auch im ambulanten Versorgungsbereich werden Gefäßkatheter angewendet, wenn auch nicht alle Arten und weniger häufig.

Gefäßkatheter-assoziierter Infektionen entstehen im Wesentlichen in folgenden Situationen:

- Bei Anlage des Katheters werden Hautkeime oder sonstige Erreger durch den Stichkanal in das Gewebe und in die Blutbahn verbracht.
- Erreger können über die Kathetereintrittsstelle entlang der Außenseite des Katheters ins Gewebe und Gefäßsystem wandern und die Katheteroberfläche besiedeln.
- Erreger können vom Katheteransatzstück aus die Katheterinnenfläche besiedeln.
- Ausgehend von einem entfernten Infektionsort können Erreger über die Blutbahn zum Katheter wandern und ihn besiedeln.

Anlage und Handhabung des Katheters sind deshalb unter streng aseptischen Bedingungen, nur von geschultem Personal durchzuführen.

Neben dem zweifelsfreien Nutzen eines Katheters birgt seine Anwendung aber auch Risiken, die im schlimmsten Fall lebensbedrohlich sein können. Zu den bedeutsamsten Risiken zählen lokale Infektionen und insbesondere die sogenannte Blutvergiftung (Sepsis). Die für das Verfahren relevanten Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen sind:

- Sepsis
- lokale Infektion der Kathetereintrittsstelle
- Tunnelinfektion bei teilimplantierten Zentralen Venenkathetern
- Tascheninfektion bei Ports

Wie häufig schwerwiegende Infektionen auftreten ist unterschiedlich und von der jeweiligen Versorgungssituation abhängig. Das Risiko schwerwiegender infektiöser Komplikationen kann jedoch durch den korrekten Umgang mit Gefäßkathetern deutlich reduziert werden.

2.2 Entwicklungsstand

Das AQUA-Institut wurde am 20. Oktober 2011 beauftragt zum Thema „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“ ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Optimierung der Prävention nosokomialer Infektionen und Reduktion von deren Komplikationen, inklusive Einrichtungs- und Leistungserbringervergleich sowie einer angemessenen Nachbeobachtungszeit zu entwickeln.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zu dieser Entwicklung liegt seit der Abnahme durch den G-BA am 17. Januar 2013 ein Abschlussbericht (AQUA 2012) vor, dessen Entwicklungsergebnisse im Folgenden kurz geschildert werden sollen, um die Grundlage für die Fragestellungen der vorliegenden empirischen Prüfung aufzuzeigen.

Das vom AQUA-Institut als zur Umsetzung empfohlene Indikatorenset enthält folgende 23 Indikatoren:

- 11 Indikatoren zur Indexleistung, zu erheben über eine QS-Dokumentation im Krankenhaus
- 1 Indikator zum Follow-up, zu erheben über Sozialdaten der Krankenkassen
- 11 Indikatoren zur jährlichen Erhebung über eine Einrichtungsbefragung

Die Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen, die keinen zusätzlichen Erhebungsaufwand für die Leistungserbringer mit sich bringen würde, konnte nur für einen Indikator empfohlen werden, weil die für die Struktur- und Prozessindikatoren notwendigen Informationen sich nicht, oder nicht ausreichend spezifisch über Routinedaten abbilden lassen.

2.3 Beauftragung

Für die Entwicklung des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* lagen ausschließlich Daten aus Sekundärquellen vor, weshalb vom AQUA-Institut empfohlen wurde, vor einem Regelbetrieb eine umfassende empirische Prüfung anhand von anonymisierten Routinedaten bei den Krankenkassen durchzuführen.

Das AQUA-Institut wurde am 20. März 2014 beauftragt, für die entwickelten Qualitätsindikatoren zu prüfen, ob eine Umsetzung auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist. Zudem sollen – abhängig von den Ergebnissen – bestehende Erhebungsinstrumente angepasst werden. Entsprechend der Beauftragung wurden Daten über einen Zeitraum von drei Jahren bei einem Krankenkassenverband angefordert.

Da die entwickelten Qualitätsindikatoren auf unterschiedlichen Datengrundlagen basieren (11 Indikatoren auf Basis der QS-Dokumentation im Krankenhaus und 1 Indikator zum Follow-up auf Basis von Sozialdaten der Krankenkassen) ergeben sich aus dem Auftrag für die empirische Prüfung zwei übergeordnete zu untersuchende Fragestellungen.

Die erste Fragestellung bezieht sich auf eine empirische Überprüfung der 11 Indikatoren, die im Falle eines Regelbetriebs anhand einer durch OPS-Kodes ausgelöste, fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus berechnet werden. Für dieses Instrument besteht die empirische Prüfung in der Abschätzung des Umfangs der zu dokumentierenden Fälle im Krankenhaus gemäß den unterschiedlichen QS-Filtern (AQUA 2012). Mithilfe der zweiten Fragestellung soll die Umsetzbarkeit und Plausibilität des Indikators ID 52_AA „Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems geprüft werden. Hierfür ist eine zweite Stichprobe erforderlich, die Daten aus einem Zeitraum von vier Jahren berücksichtigt. Für beide übergeordnete Fragestellungen sollen nach Möglichkeit die in der Beauftragung genannten Kriterien für die empirische Prüfung der Umsetzbarkeit der entwickelten Qualitätsindikatoren Berücksichtigung finden:

- Abschätzung zur Anzahl der eingeschlossenen Einrichtungen und Fälle
- Verteilung der Fälle über die Sektoren (stationär, ambulant in der Praxis und ambulant am Krankenhaus)
- Auswertungen zu den Indikatoren, die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden sollen
- Widersprüche oder Lücken in den relevanten Kodierungen

Auf Basis der Ergebnisse wird für beide Fragestellungen eine technische Spezifikation für die im Rahmen eines Regelbetriebs notwendige Datenerhebung entwickelt. Ein weiteres Ziel dieser empirischen Prüfung ist die Schaffung aller notwendigen sachlichen Grundlagen für die Vorbereitung der themenspezifischen Bestimmungen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

3 Methodik

Gegenwärtig unterscheidet sich die Rechtsgrundlage für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen während eines Regelbetriebs von der Rechtsgrundlage im Rahmen einer Neuentwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Während §299 SGB V die Routinedatennutzung im Rahmen eines Regelbetriebs zur gesetzlichen Qualitätssicherung definiert, sind für eine empirische Erarbeitung der fachlichen Grundlagen Forschungskooperationen mit Krankenkassen auf Grundlage von §75 SGB X notwendig, innerhalb derer nur anonymisierte Routinedaten verwendet werden können.

3.1 Datenquellen

Aus den verfügbaren Datenbeständen der Krankenkassen sind die in Tabelle 1 aufgeführten Datenbestände als notwendig erachtet worden (AQUA 2012) und dienen als Grundlage für die empirische Prüfung.

Tabelle 1: Beschreibung der genutzten Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung	Nutzbare Informationen zur empirischen Prüfung (Beispiele)
§§115b, 116b und 117 SGB V	Ambulante Behandlung/ Operation im Krankenhaus	Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation), Prozeduren (gem. Operations- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)
§284 SGB V (Stammdaten)	Versichertendaten nach §284	Patientenidentifizierende Daten, Versichertenzeiten, Geschlecht, Geburtsdatum (Alter), Sterbedatum
§295 SGB V (kollektiv)	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	Gebührenordnungspositionen (gem. EBM, inkl. Datum), Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Diagnosesicherheit, Lokalisation), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation)
§295a SGB V (selektiv)	Vertragsärzte mit selektivvertraglicher Abrechnung (gemäß §§73b, 73c und 140a SGB V)	Gebührenordnungspositionen (gem. EBM, inkl. Datum), Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Diagnosesicherheit, Lokalisation), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation)
§301 SGB V	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Diagnosen (gem. ICD-10-GM, inkl. Lokalisation), Prozeduren (gem. Operationen- und Prozedurenschlüssel, inkl. Lokalisation und Datum)

Zum Zwecke der Datenanforderung gemäß Tabelle 1, ist eine Spezifikation, in Anlehnung an die *Technischen Anlagen* des Datenaustauschverfahrens der Leistungserbringergruppen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen erstellt worden (GKV-SV 2012). Dazu sind die notwendigen Datenfelder identifiziert und in eine vereinfachte Spezifikation übernommen worden.

3.2 Datenanforderung

Nachdem eine grundsätzliche Bereitschaft zur Lieferung von Daten von dem für das Verfahren ausgewählten Krankenkassenverband vorlag, sind die für das Verfahren notwendigen Datenfelder im Sinne einer vereinfachten Spezifikation festgelegt worden. Für die Spezifikation wurden alle datenschutzrechtlichen Anforderungen berücksichtigt. Die Stichprobe wurde vom Krankenkassenverband auf 500.000 Versicherte beschränkt. Sowohl Patienten- als auch leistungserbringeridentifizierende Daten sind in diesen Daten in pseudonymisierter Form enthalten.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Um eine maximale Ausschöpfung der Stichprobe zu erhalten, wurden im Vorfeld des Datenaustausches absolute Fallzahlen der beiden angeforderten Stichproben ermittelt und dem AQUA-Institut mitgeteilt. Aus diesen Fallzahlen wurde, in Rücksprache mit dem medizinischen Beraterteam, als Kriterium für die Stichprobenbalance festgelegt, dass die Abrechnungsdaten aller Patienten aus der Stichprobe zur empirischen Prüfung des Indikators ID 52_AA, dessen Erhebung ausschließlich über die Sozialdaten erfolgt, geliefert werden sollten. Daraus resultierte die Anzahl der Patienten für die zweite Stichprobe, die die restliche Patientenanzahl umfassen sollte und die für die empirische Prüfung der QS-Filter zu den Erhebungsinstrumenten Index-Leistung „Prozess“ und Indexleistung „Infektion“ zur Verfügung stand. Die Stichproben wurden nach den Anteilen der 40 Alters- und Geschlechtsgruppen des Morbi-RSA (Bundesversicherungsamt 2008) gezogen.

Zusammenfassend sind die beiden Stichproben wie folgt definiert:

Stichprobe 1: Patienten mit implantiertem Katheterverweilsystemen
Für die Stichprobe zur empirischen Prüfung des Indikators ID 52_AA wurden die Daten aller Patienten angefordert, die in den Jahren 2012 und 2013 mindestens einmal den OPS-Kode 5-399.5. „Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)“ aufwiesen. Dabei wurden weder Ausschlusskriterien noch Zusatzbedingungen berücksichtigt.

- Es wurden von diesen Patienten alle Fälle (ambulant und stationär) der Jahre 2009 bis 2013 angefordert.

Stichprobe 2: Patienten mit zentralvenösem Gefäßkatheter
Die Stichprobe der QS-Filter zu den Index-Leistungen Prozess und Infektion enthielt eine Zufallsauswahl, die in den Jahren 2012 und 2013 mindestens einen OPS-Kode oder ein ICD-Kode aus der im Verfahren definierten Einschluss-Liste ((AQUA 2012), Anhang E.1.1).

- Es wurden von diesen Patienten alle stationären Fälle der Jahre 2013 und 2012 angefordert.

Da die Daten nach §295 SGB V zum Zeitpunkt der Datenanforderung noch nicht vollständig verfügbar waren, mussten diese Stichproben auf Daten bis einschließlich 2012 beschränkt werden, was einen mehrjährigen Vergleich der Daten nicht ermöglichte.

Zu den Patienten werden die Versichertenstammdaten (§284 SGB V) Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Überlebensstatus) sowie die stationären Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§301 SGB V) benötigt, wobei die Leistungserbringerkennzeichnung nur in anonymisierter Form vorliegen muss.

Um die Stichprobenziehung zu vereinfachen und um eine Verzerrung der Stichprobe zu vermeiden, ist darauf verzichtet worden, Patienten, die auch in der Stichprobe der empirischen Prüfung des Indikators ID 52_AA enthalten sind, in der Stichprobe für die empirische Überprüfung des QS-Filters zu den Indexleistungen „Prozess“ und „Infektion“, auszuschließen. Es sind also Daten von Patienten in beiden Stichproben enthalten, wodurch die maximal mögliche Anzahl von 500.000 Versicherten nicht vollständig ausgeschöpft wurde.

3.3 Datenaufbereitung

Die Datenaufbereitung erfolgte mithilfe der Analysesoftware SPSS® Statistics Version 22 von IBM. Wie bereits beschrieben, sind für die Analyse zwei unterschiedliche Stichproben definiert worden, die im weiteren Verlauf getrennt analysiert wurden. Zuerst wurden die als CSV-Dateien gelieferten Daten in SPSS-Datenformate umgewandelt. Es folgte ein Abgleich der gelieferten mit den eingelesenen Dateien bezüglich der Vollständigkeit. Im nächsten Schritt wurden notwendige Vereinheitlichungen von Feldbezeichnungen, die Bereinigung von Feldinhalten (z.B. Behandlung von Sonderzeichen, Groß- und Kleinschreibung, zusammengeführte Zeiträume) durchgeführt. Die daraus entstandenen Datensätze wurden anschließend durch geeignete Transformation zu Analysedatensätzen zusammengeführt.

Für die Prüfung sind dabei, entsprechend der Erfahrungen früherer Prüfungen von Routinedaten, im Bereich der nach §301 SGB V abgerechneten vollstationären Fälle nur Entlassungsdiagnosen sowie Fachabteilungsdiagnosen verwendet worden, da nur hier davon auszugehen ist, dass diese hinreichend spezifisch kodiert werden. Im

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Bereich der Abrechnung gemäß §295 SGB V sind nur gesicherte Diagnosen für die Berechnungen verwendet worden. Um den Datensatz zu bereinigen, wurden doppelte Kodierungen entfernt.

3.4 Alters- und Geschlechtsstandardisierung

Da es sich bei den für die empirische Prüfung vorliegenden Daten um eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland handelt, sind die ermittelten Fallzahlen auf die Grundgesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten hochzurechnen. Da sich die Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen unterscheidet, erfolgte für die Stichprobe eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung, um Verzerrungen zu vermeiden. Obwohl dies eine gängige Methodik darstellt, um von Subpopulationen auf die Gesamtpopulation zu schließen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die für die Berechnung genutzte Stichprobe eines Kassenverbandes, alters- und geschlechtsunabhängige Einflussfaktoren beinhaltet (z.B. sozioökonomische Faktoren, Erwerbstätigkeit, Komorbiditäten), die ein Auftreten bestimmter Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen beeinflusst und somit die Stichprobe nicht in allen Belangen repräsentativ für die Gesamtpopulation macht.

Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken (BMG 2012), die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entsprechend der von den gesetzlichen Krankenversicherungen gelieferten Information veröffentlich werden.

3.5 Prüfung

Die deskriptive Auswertung der Daten (z.B. Berechnung von Median, Mittelwert und/oder weiteren Kennwerten) erfolgte ebenfalls mit der genannten Analysesoftware. Es werden spezifische Fallzahlen in Tabellenform und/oder als grafische Darstellungen ausgegeben. Dabei sind die ein- und ausgeschlossenen Fälle der QS-Filter im Abrechungszusammenhang und des Indikators als Gesamtergebnis dargestellt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4 Empirische Prüfung

Laut Abschlussbericht vom 18. Juni 2013 war für das Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter – assoziierte Infektionen* vorgesehen, folgende drei unterschiedliche QS-Filter zu nutzen, über die jeweils die Dokumentationspflicht für einen Dokumentationsbogen ausgelöst werden soll. Diese sind:

- QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“
- QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“
- QS-Filter zur Indexleistung „Neonatologie“

Aufgabe der empirischen Prüfung ist es, die Beschaffenheit der QS-Filter zu prüfen, um die in der Verfahrensentwicklung getroffenen Annahmen zu verifizieren, und um Aussagen über die im Regelbetrieb zu erwartenden Fallzahlen und die Anzahl dokumentationspflichtiger Krankenhäuser zu treffen.

Das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter–assoziierte Infektionen* stellt im Vergleich zu anderen primär auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen basierenden Verfahren insofern eine Besonderheit dar, als dass es fachgebietsübergreifend entwickelt worden ist, um eine hinreichend große Zahl von Ereignissen berücksichtigen zu können.

Die Ergebnisse der empirischen Prüfung hinsichtlich der ersten Fragestellung werden in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 beschrieben. Die Ergebnisse zur zweiten Fragestellung, mit der die Umsetzbarkeit und Plausibilität des Indikators ID 52_AA geprüft wird, werden im Abschnitt 4.4 dargestellt.

Als Kriterien für die empirische Prüfung der Umsetzbarkeit der entwickelten Qualitätsindikatoren sind die Abschätzungen der Anzahl der eingeschlossenen Einrichtungen und Fälle sowie die Verteilung über die Sektoren (stationär, ambulant am Krankenhaus und ambulant im niedergelassenen Bereich) und die Auswertungen des Indikators, der über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden soll, festgelegt. Darüber hinaus sollen die Daten auf Widersprüche oder Lücken in den relevanten Kodierungen geprüft werden. Dabei stellt der Leistungsbereich *Neonatologie* eine Besonderheit dar, da hier die nosokomialen Infektionen direkt ermittelt werden. Patienten aus diesem Leistungsbereich müssen in den QS-Filtern Prozedur und Infektion daher herausgenommen werden, um eine doppelte Erfassung (und Dokumentation) auszuschließen. Jedoch standen zur Ermittlung der Fälle aus dem Leistungsbereich *Neonatologie* nicht alle erforderlichen Datenfelder zur Verfügung, sodass der Ausschluss approximativ erfolgte.

4.1 Grundsätzliche Erwägungen nach Entwicklungsstand der Machbarkeitsprüfung

Die besondere Herausforderung dieser empirischen Prüfung bestand darin, dass die empirischen Berechnungen die aus der parallel beauftragten Machbarkeitsprüfung resultierenden Veränderungen der QS-Filter der Erhebungsinstrumente der fallbezogenen QS-Dokumentationen soweit wie möglich berücksichtigen sollte.

Da die im QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ genutzten ICD-Kodes nicht spezifisch für eine Gefäßkatheter-assoziierte Infektion sind, und auch die Anlage eines ZVK in den Einrichtungen nicht regelhaft und/oder spezifisch genug kodiert wird, kann in dieser Datenanalyse nur von „potenziellen“ Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen ausgegangen werden.

Die mit der empirischen Überprüfung zeitgleiche Auswertung der Einrichtungsbefragung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zur *Vermeidung nosokomialer Infektion: Gefäßkatheter-assoziierter Infektion* ergab, dass eine Dokumentation aller Patienten mit einem ZVK in einer Einrichtung mit der Führung einer zusätzlichen Checkliste verbunden wäre, da eine prospektive Stichprobe nicht möglich ist. Eine solche Checkliste jedoch wäre mit erheblichem Aufwand verbunden und kann nicht empfohlen werden. Somit entfällt die Grundlage für die Berechnung der auszulösenden Fälle und Indikatoren.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Nachfolgend werden die Kennwerte der bisher gültigen Auslösebedingungen berichtet (AQUA 2012).
Die veränderten Auslösebedingungen werden auf der Basis der Stichprobe 2 ermittelt (siehe Abschnitt 4.4).

4.2 QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“

Für fünf Indikatoren (Indikator ID 01_AA, ID 04_AA, ID 13_A, ID 05_AA und ID 11_A) ist für die Indexleistung „Prozess“ eine manuelle Erfassung durch die Leistungserbringer vorgesehen. Dies sind vornehmlich Indikatoren zur Indikation sowie zur Anlage eines ZVK. Die Prozess- und Dokumentationsverantwortung obliegt den stationären Einrichtungen.

Als Auslösekriterien des QS-Filters zu den Indexleistungen „Prozess“ wurden die Anzahl der ausgelösten Fälle, die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Anzahl der Leistungserbringer ermittelt.

4.2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“

Abbildung 1 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprechend der Klassen der KM 6-Statistik[2] (BMG 2012). Der errechnete Median liegt bei 70 Jahren (Männer 68 Jahre; Frauen 72 Jahre). In der Verteilung befanden sich 53,6 % Männer und 46,4 % Frauen.

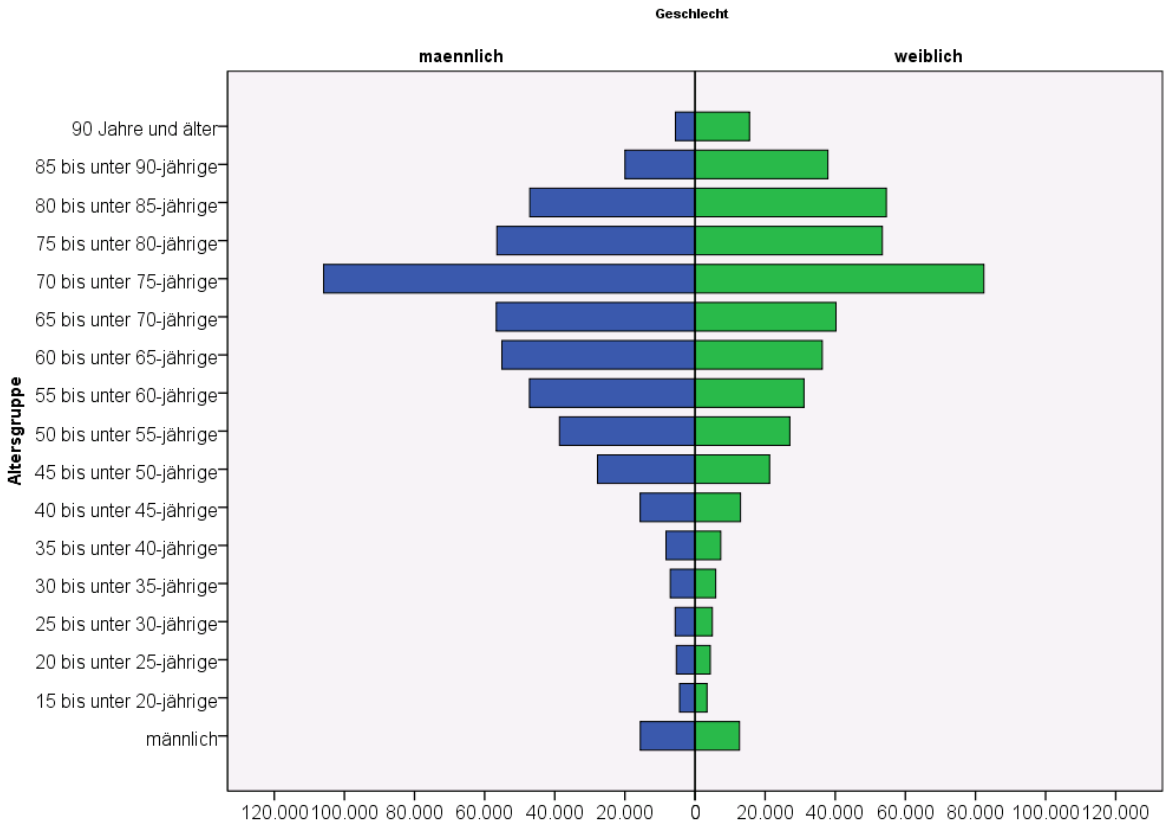


Abbildung 1: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Prozess“

[2] Anzahl aller gesetzlich krankenversicherten Personen, gegliedert nach Altersgruppe, Versichertenstatus, Wohnort und Kassenart. Die Statistik wird jährlich jeweils zum 1. Juli eines Jahres erstellt und vom BMG veröffentlicht.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.2.2 Analyse der Stichprobe für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“

Der Auslösemechanismus für die Indexleistung „Prozess“ erfolgt auf der Grundlage definierter, durch das Krankenhaus im Rahmen der Abrechnung erfasster OPS und ICD-Kodes (AQUA 2012) .Der Auslösealgorithmus für die Indexleistung „Prozess“ beinhaltet mindestens einen OPS-Kode aus der Tabelle Einschlussprozeduren oder mindestens einen ICD Kode aus der Tabelle Einschlussdiagnosen (AQUA 2012). Die erfassten OPS-Kodes sind zum einen spezifisch und beschreiben die Prozeduren zur Anlage und zum Wechsel eines ZVK und die Implantation und Wechsel eines venösen Katheterverweilsystems (Port oder teilimplanierter/getunnelter ZVK). Zum anderen werden unspezifische OPS-Kodes berücksichtigt, die eine intensivmedizinische Komplexbehandlung beschreiben. Es wird davon ausgegangen, dass diese Prozeduren mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Verwendung eines ZVK oder eines Ports stehen. Zur Auslösung des QS-Filters kommen aber auch die Fälle, für die ein ICD-Kode zum Vorhandensein oder zur Anpassung eines vaskulären Zugangs dokumentiert wurde. Ausgeschlossen wurden die Fälle, für eine Verbrennung oder Verätzung dokumentiert wurde.

Darüber hinaus werden im QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ explizit die Fälle ausgeschlossen, die den Auslösealgorithmus im QS-Verfahren *Neonatologie* erfüllen, um eine doppelte Erfassung zu verhindern. Diese konnten nur approximativ ermittelt werden. Die gelieferten Daten des Krankenkassenverbandes beinhalteten keine Angaben über Lebenstage oder Anzahl der Stunden, die außerhalb der Geburtshilfeabteilung verbracht wurden und keine Daten zum Aufnahme- bzw. Geburtsgewicht oder zur Beatmungszeit. Um dennoch die Neonatologie-Fälle aus der Fallzahl der Indexleistung „Prozess“ ausschließen zu können, wurde der Filter approximativ mit den Daten, die zur Verfügung standen ermittelt. Hierbei wurden die Fälle ausgeschlossen, die ≤ 4 Monate alt waren und bei denen außerhalb der Geburtshilfeabteilung ein entsprechender OPS- oder ICD-Kode dokumentiert wurde. Im Leistungsbereich *Neonatologie* werden diese Fälle über folgenden Auslöse-Algorithmus ermittelt:

Alle Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7* Tagen, die verstorben sind
oder
Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7 Tagen, die länger als 12 Stunden stationär behandelt werden
oder
im Alter von bis zu 4 Monaten zuverlegt werden und eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von unter 2000 g **oder**
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung (i.d.R. pädiatrische Fachabteilung) **oder**
- schwerwiegende Erkrankung mit einem Aufnahmegewicht ab 2000 g **oder**
- Beatmung länger als 1 Stunde.

** Geburtstag des Kindes = Lebenstag 1*

Tabelle 2: Anzahl der Fälle zur Indexleistung „Prozess“

	Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“	
Auslösekriterien[3]	**Fallzahl**	**Anteil**
Einschlussprozeduren (OPS)	1.049.238	79,6 %
Einschlussdiagnosen (ICD)	308.994	23,4 %
Ausschlussdiagnosen (ICD)	4.160	0,3 %
QS-Filter Neonatologie (Ausschluss)	21.574	1,6 %
Ausgelöste Fälle gesamt	1.318.153	100,0 %

[3] Fälle können sowohl mittels OPS als auch mittels ICD eingeschlossen/ausgeschlossen werden und mehrfach in den Zeilen der Tabelle enthalten sein.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die Auswertung der DRG-Statistik 2011 (aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten, einschließlich Sterbe- und Stundenfälle n = 17.708.910) ergab 949.131 Fälle als Anzahl aller ZVK-Patienten mit mindestens einem der auslösenden dokumentierten OPS-Kodes. Die Fallzahlermittlung der empirischen Überprüfung zur Indexleistung „Prozess“ ergab 1.318.153 Fälle.

Die ermittelte Fallzahl bildet den Nenner für den Prozessindikator ID 01_AA sowie die Indikatoren ID 11_A und ID 13_A. Weitere Prozessindikatoren sind die Indikatoren ID 04_AA und ID 11_A. Die Auswertungen der genannten Indikatoren können nur über eine manuelle Dokumentation erfolgen und nicht über die Sozialdaten abgebildet werden.

Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ bezüglich der Leistungserbringer

Nachfolgend sind die Abschätzungen zur Fallzahl der eingeschlossenen Einrichtungen abgebildet. In 1.313 Krankenhäusern wurden nach oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien 1.318.153 Fälle ermittelt. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Fälle in Bezug auf die einzelnen Einrichtungen.

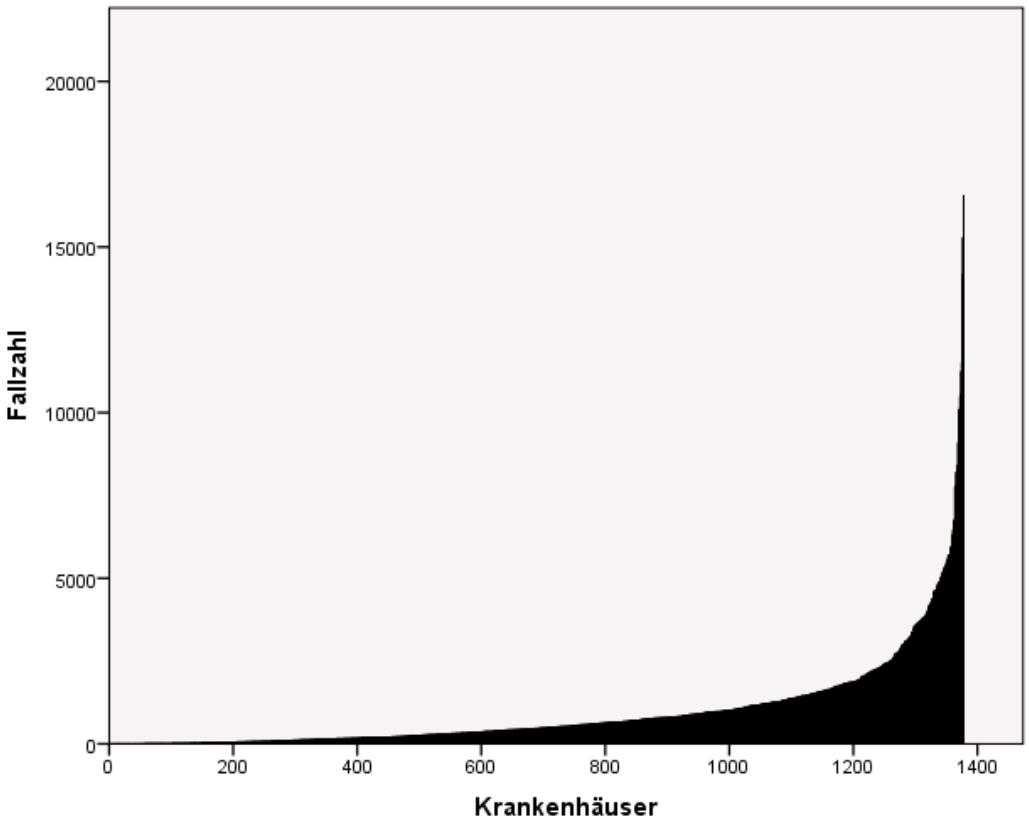


Abbildung 2: Verteilung der Anzahl der ausgelösten QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Prozess“ pro Leistungserbringer

Tabelle 3: Ausgelöste fallbezogene QS-Dokumentation zur Indexleistung „Prozess“

	25. Perzentil	Median	75.Perzentil	95.Perzentil	Maximum
Fallzahl	137	462	1.139	3.771	16.535

Der errechnete Median weißt 76 Fälle pro Einrichtung aus. Die maximale Fallzahl pro Krankenhaus beträgt 16.535 Fälle.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Auswirkungen der Machbarkeitsprüfung auf den QS-Filter zur Indexleistung Prozess

Hinsichtlich des QS-Filters zur Indexleistung „Prozess“ konnte gezeigt werden, dass die unspezifischen OPS-Kodes der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen nicht hinreichend spezifisch und darüber hinaus nicht regelhaft kodiert sind um das Anlegen eines ZVK zu verifizieren. Darüber hinaus ergab die Einrichtungsbefragung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung, dass die erforderlichen Daten nicht regelhaft im Krankenhausinformationssystem (KIS) vorliegen. Im Regelbetrieb könnte diese Information nur über eine Art elektronischen „ZVK-Laufzettel“ erhoben werden, der im KIS integriert ist. Der Mehraufwand durch eine solche Dokumentation wurde von den Einrichtungen als erheblich beurteilt. Daher wird für das QS-Verfahren *Nosokomiale Infektion: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* keine Auslösung der Dokumentation für den QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“ empfohlen.

4.3 QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“

Für zwei Indikatoren zur Gefäßkatheter-assoziierten Infektion (ID 62_A und ID 63_AB sowie zwei Indikatoren zur Blutkulturdiagnostik (ID 44_AA und ID 47a_A) ist bezüglich der Indexleistung „Infektion“ eine manuelle Erfassung durch die Leistungserbringer vorgesehen. Die Dokumentationsverantwortung liegt bei den stationären Einrichtungen.

Als Auslösekriterien des QS-Filters zu den Indexleistungen „Infektion“ wurden die Anzahl der ausgelösten Fälle, die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Anzahl der Leistungserbringer ermittelt.

4.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“

Abbildung 3 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprechend der Klassen der KM 6-Statistik. Der errechnete Median liegt bei 72 Jahren (Männer 70 Jahre; Frauen 74 Jahre). In der Verteilung befanden sich 60,0 % Männer und 40,0 % Frauen.

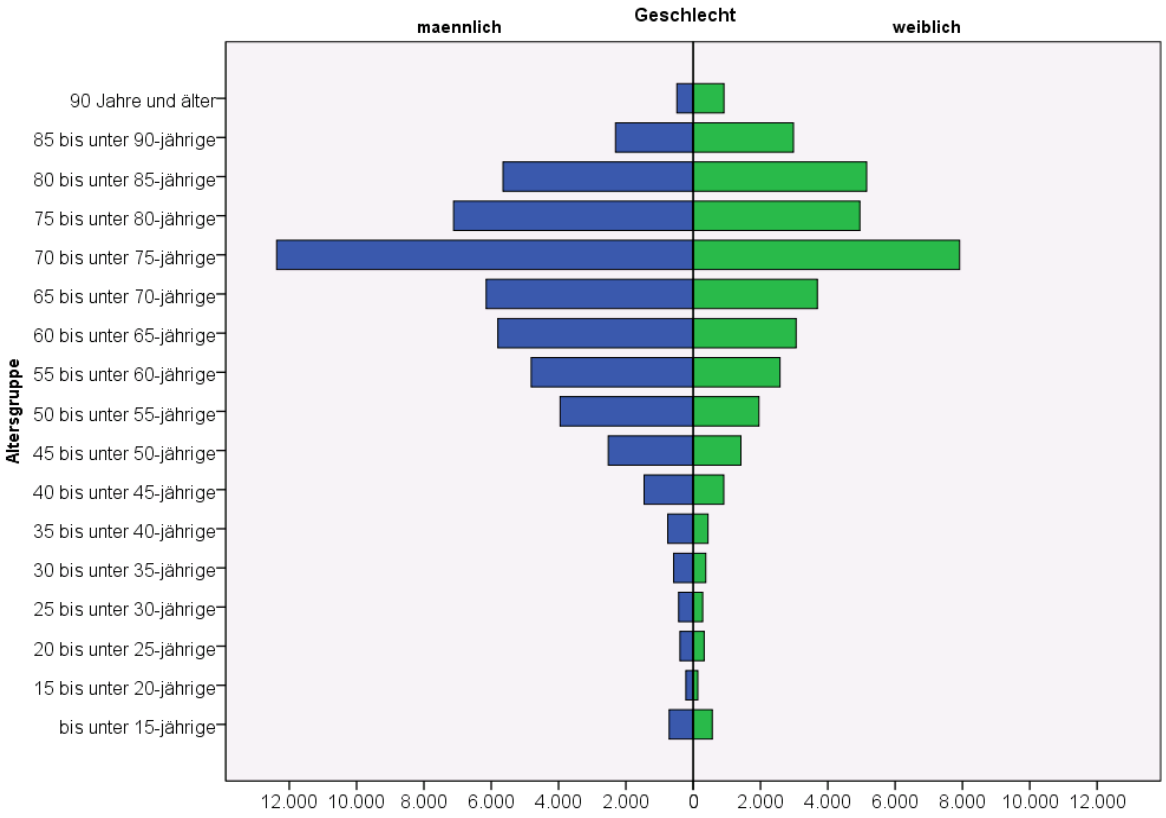


Abbildung 3: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Infektion“

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.3.2 Analyse des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“

Der Auslösealgorithmus für die Indexleistung „Infektion“ erfolgt in zwei Stufen. In der ersten Stufe gelten dieselben Auslösekriterien im QS-Filter zur Indexleistung „Prozess“, jedoch mit dem Ausschluss des OPS-Kodes 5-399.5 (Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie). Dieser OPS-Kode ist Bestandteil der Auswertung des Indikators ID 52_AA und bleibt in diesem Filter unberücksichtigt.

Für die Stufe 2 des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“ werden zur Ermittlung der Fälle, die Diagnosen die, die mindestens einen ICD-Kode T80.2 oder T82.7 als Nebendiagnose und mindestens ein ICD-Kode als Nebendiagnose zu septischem Schock (SIRS; R57.2, R65.0! oder R65.1!) oder mindestens einen ICD-Kode als Nebendiagnose die eine Sepsis (A40.-, A41.-, A42.7 und B37.7) abbilden eingeschlossen, aber keine Hauptdiagnose zur Infektion (A40.-, A41.-, A42.7, B37.7, R57.2, T80.2 und T82.7) aufweisen (AQUA 2012)[4].

Tabelle 4: Anzahl der Fälle zur Indexleistung „Infektion“[1]

	Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“	
Auslösekriterien[5]	**Fallzahl**	**Anteil**
Anzahl der Fälle 1. Stufe	1.261.060	
Ausschluss Hauptdiagnose und Einschluss T-Diagnose als Nebendiagnose und SIRS als Nebendiagnose	8.536	0,7 %
Ausschluss Hauptdiagnose und Einschluss Sepsis als Nebendiagnose	77.626	6,1 %
Anzahl der Fälle 2.Stufe = Grundgesamtheit	78.248	6,2 %

Wie in Abschnitt 4.2 erläutert, wurden entsprechend auch hier die Fälle aus dem Leistungsbereich der Neonatologie ausgeschlossen. Somit wurden 78.248 Fälle ermittelt, die für die Berechnung der Auffälligkeiten (Zähler) der Indexleistung „Infektion“ die Grundgesamtheit bilden.

Fallzahlen für den QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ bezüglich der Leistungserbringer

In 1.128 Einrichtungen (Krankenhäuser) wurden unter Berücksichtigung der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien 78.248 Fälle ermittelt. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Fälle in Bezug auf die einzelnen Einrichtungen.

[4] Vgl. dazu Anhang E.1.2 des Abschlussberichts *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen.*
[5] Die Fälle können mehrfach in den Zeilen der Tabelle berücksichtigt sein.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

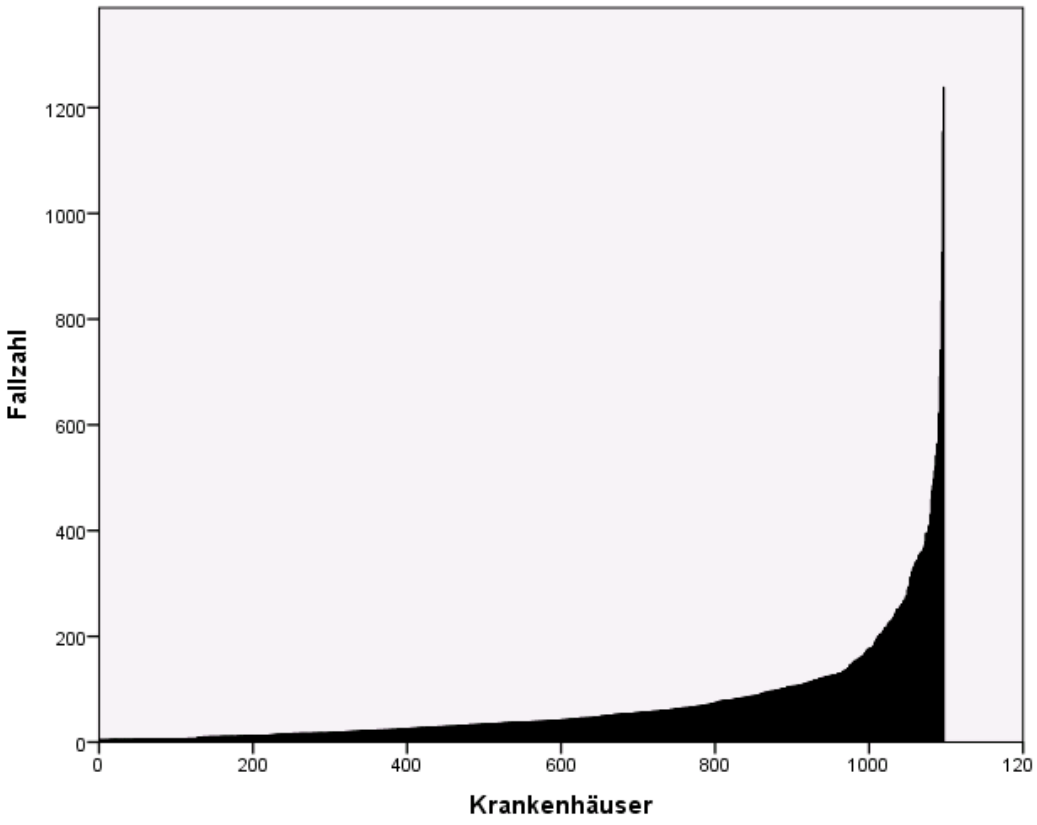


Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der ausgelösten QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Infektion“ pro Leistungserbringer

Tabelle 5: Ausgelöste fallbezogene QS-Dokumentation zur Indexleistung „Infektion“

	25. Perzentil	Median	75.Perzentil	95.Perzentil	Maximum
Fallzahl	17	38	80	261	1.238

Für die Indikatoren zur Indexleistung „Infektionen“ ist eine Vollerhebung vorgesehen, da der Schwerpunkt auf der Erfassung des Eintretens einer ZVK-assoziierten Sepsis liegt, die aufgrund der zu erwarteten geringen Inzidenzraten nicht mit ausreichender Sicherheit über ein Stichprobenverfahren erfasst werden kann. Das AQUA-Institut empfiehlt eine Auslösung des QS-Filters ausschließlich über die ICD-Kodes.

Auswirkungen der Machbarkeitsprüfung auf den QS-Filter zur Indexleistung Prozess

Wie in Abschnitt 4.2.2 beschrieben, soll für das *Verfahren nosokomiale Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* die Auslösung des QS-Filters zur Indexleistung „Prozess“ entfallen. Dies wirkt sich entsprechend auf die zukünftigen Auslösekriterien zur Indexleistung „Infektion“ aus.

Im Bericht zur erweiterten Machbarkeitsprüfung empfiehlt das AQUA-Institut für die fallbezogene Dokumentation der Indexleistung „Infektion“, die ICD-Kodes der Sepsis in Kombination mit den Zusatzkodes des infektionsbedingten SIRS als Auslösekriterium für den QS-Filter zu nutzen. Da die Abrechnung eines ICD-SIRS-Kodes strenger Kodierrichtlinien unterliegt, ist davon auszugehen, dass diese Daten regelhaft in der Patientenakte dokumentiert sind.

Das AQUA-Institut empfiehlt die fallbezogene Dokumentation für die Indexleistung „Infektion“ anhand der in Tabelle 6 dargestellten Einschlussdiagnosen auszulösen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 6: Einschlussdiagnosen

ICD	Titel	Kodierbar als
R57.2	Septischer Schock	Haupt- oder Nebendiagnose
R65.0!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] ohne Organkomplikationen	Nebendiagnose
R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] Infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Nebendiagnose

Kennwerte des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“ unter Berücksichtigung der geänderten Auslösekriterien

Die hier vorliegenden Daten zur empirischen Prüfung wurden genutzt um eine Abschätzung der Fallzahlen unter den geänderten Prämissen zu berechnen. Die Auslösekriterien unter den geänderten Bedingungen des QS-Filters zur Indexleistung „Infektion“ wurden wie folgt neu definiert:

Es muss entweder der ICD-Kode R57.2 als Haupt- oder Nebendiagnose, oder einer der ICD-Kodes R65.0! bzw. R65.1! als Nebendiagnose kodiert worden sein. Weiterhin dürfen keine ICD-Kodes zu Verbrennungen oder Verätzungen (T20.- bis T32.!) vorhanden sein. Da die Erhebung der ZVK-assoziierten Sepsis/Sepsis-MRE sich auf die ICD-10-Definition der Sepsis (DIMDI 2010) beziehen, soll auf die Frage nach der „Klinischen primären Sepsis gemäß CDC-Kriterien“ (RKI 2011) bei Patienten jünger als 1 Jahr verzichtet werden.

Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten nosokomialer Infektionen, respektive einer ZVK-assoziierten Sepsis ist im Bereich Neonatologie deutlich am größten. Daten aus der empirischen Prüfung zeigen, dass ca. ≥ 75 % der dokumentierten Sepsisfälle innerhalb der ersten 1–2 Monate auftreten. Im Sinne eines zumutbaren Dokumentationsaufwandes in der Perinatalmedizin/Pädiatrie erscheint es gerechtfertigt diese Einschränkung zu machen.“ Die Begründung zu den Auslösekriterien ist dem Bericht zur Machbarkeitsprüfung zu entnehmen.

Tabelle 7: Fallzahlen für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“

	Fallzahlen für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektionen“	
Auslösekriterien[6]	Fallzahl	Anteil
R57.2 (Haupt- und Nebendiagnosen)	30.731	22,5 %
R65.0! (Nebendiagnose)	53.463	39,1 %
R65.1! (Nebendiagnose)	81.991	60,0 %
Ausschluss T-Diagnosen und Fälle im Alter von unter 1 Jahr	36.209	26,5 %
Insgesamt ausgelöste Fälle	136.589	

Unter Berücksichtigung der neuen Auslösekriterien wurden die Anzahl der ausgelösten Fälle, die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Fallzahl pro Leistungserbringer ermittelt.

[6] Die Fälle können mehrfach in den Zeilen der Tabelle berücksichtigt sein.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

4.3.3 Alters- und Geschlechtsverteilung empfohlener QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“

Die Alters- und Geschlechtsverteilung wurde entsprechend der KM 6-Statistik angepasst und in Abbildung 5 dargestellt. Der errechnete Median liegt bei 72 Jahren (Männer 71 Jahre, Frauen 74 Jahre) In der Verteilung befinden sich 54 % Männer und 46 % Frauen.

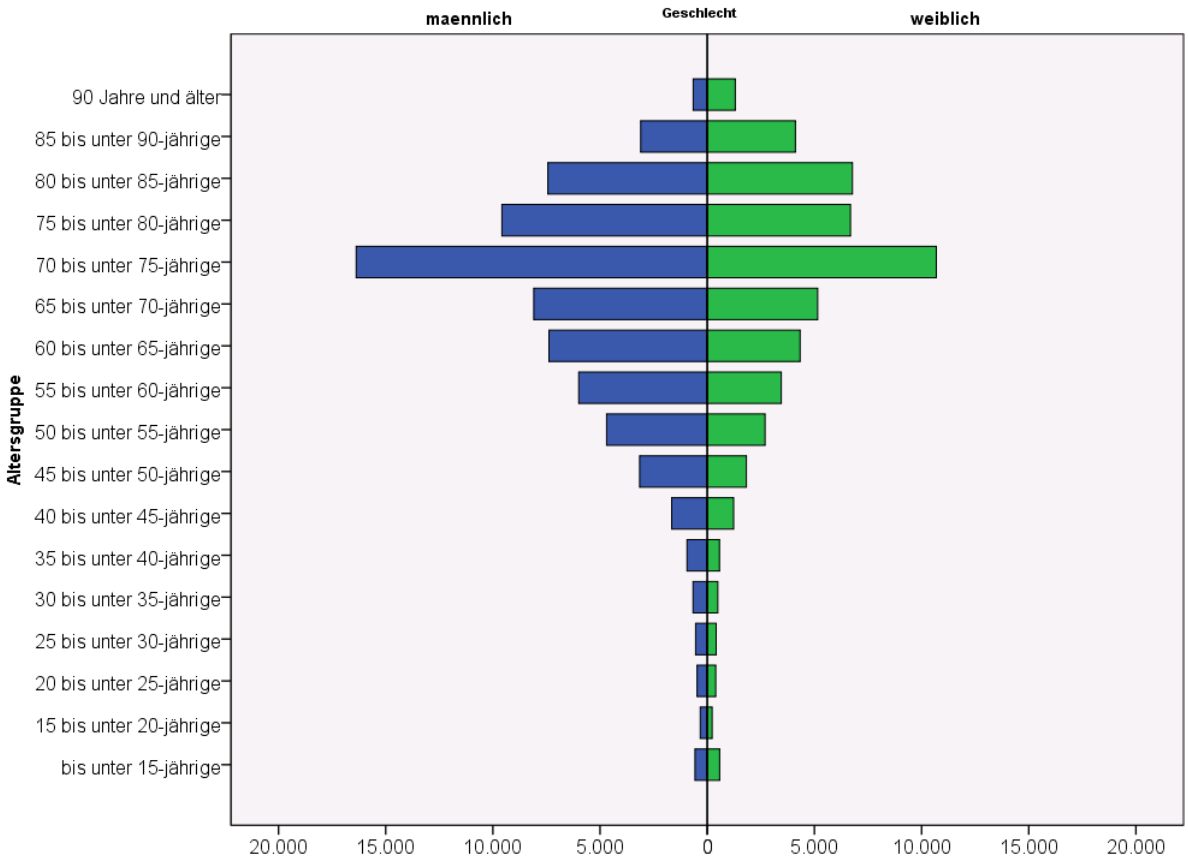


Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung von Patienten zur Indexleistung „Infektion“ (unter Berücksichtigung der geänderten Auslösekriterien)

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Fallzahlen für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektion“ bezüglich der Leistungserbringer

Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Fälle pro Leistungserbringer unter Berücksichtigung der geänderten Auslösekriterien.

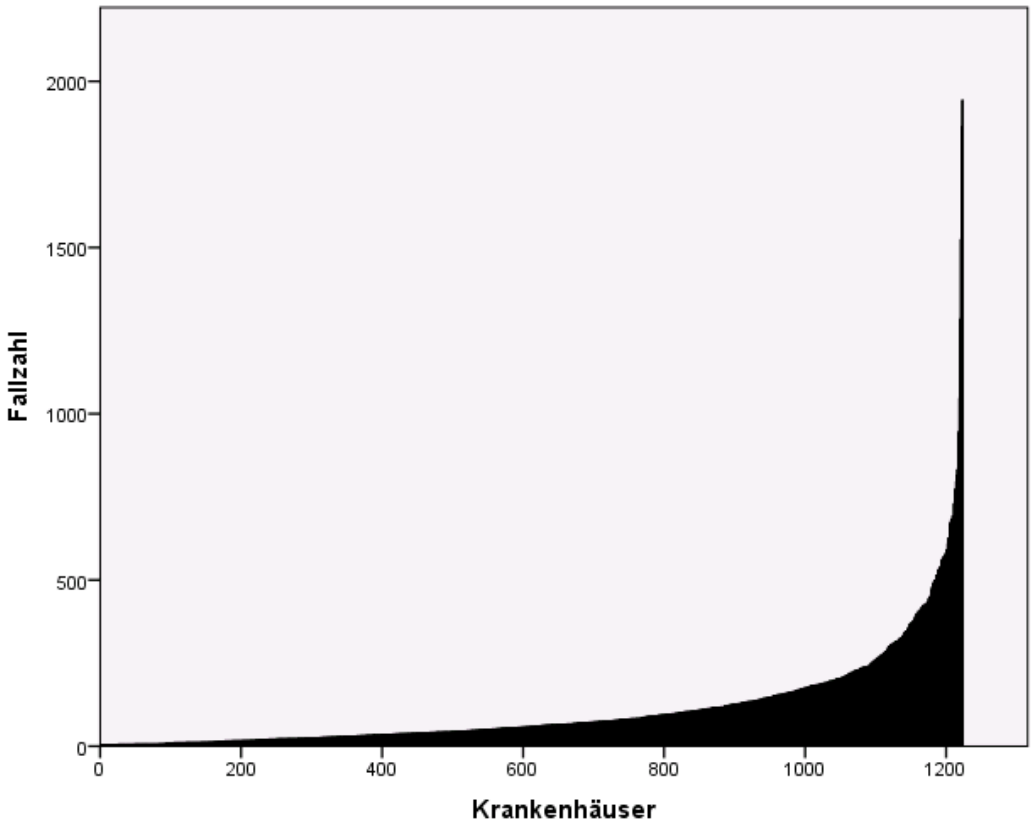


Abbildung 6: Verteilung der Anzahl der ausgelösten Fälle QS-Falldokumentationen zur Indexleistung „Infektion“ pro Leistungserbringer unter Berücksichtigung der überarbeiteten Auslösekriterien

Tabelle 8: Fallzahlen pro Leistungserbringer für den empfohlenen QS-Filter zur Indexleistung „Infektionen“

	25. Perzentil	Median	75.Perzentil	95.Perzentil	Maximum
Fallzahl	25	59	133	407	1.944

4.4 Prüfung des Indikators ID 52_AA

Der Indikator erfasst Fälle von lokalen Infektionen bzw. Sepsis, bei denen eine Entfernung oder eine erneute Implantation eines Ports oder des teilimplantierten/getunnelten ZVK vorgenommen werden musste. Dieser Indikator soll allein über das Erhebungsinstrument der Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelt werden und erfordert keine Dokumentation beim Leistungserbringer.

In diesem Indikator werden alle Patienten berücksichtigt, bei denen eine Port/teilimplantierter/getunnelter ZVK in den letzten drei Jahren (einschließlich des Erfassungsjahres) implantiert wurde, der mit dem OPS-Kode 5-399.5 „Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)“ kodiert wurde und bei denen zugleich eine „onkologische Diagnose“ vorlag. Während der Indikator ursprünglich nur bösartige Neubildungen (also ICD-Kodes C00.- bis C97.) beinhaltete, erschien es nach einer Überprüfung sinnvoll, das ursprüngliche Diagnosespektrum, für die Grundgesamtheit auf alle Einschlussdiagnosen der sogenannten Onkologie-Vereinbarung (GKV-SV 2015) auszudehnen. Diese Vereinbarung, die als Anlage 7 des Bundesmantelvertrages der Ärzte vorliegt, hat zum Ziel eine qualifizierte ambulante Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Als Tumorerkrankungen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

im Sinne dieser Vereinbarung gelten neben den erwähnten ICD-Kodes C00.- bis C97.- auch bestimmte intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen (ICD-Kodes: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-), bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-Kodes: D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48), weitere Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-Kodes D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7, D61.-, D69.3, D69.4, D70.-, D71, D72.-), sowie die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-Kode: D76.1).

Wie im Abschlussbericht dargestellt stellen onkologische Behandlungen die häufigste Indikation für die Implantation eines Ports oder eines getunnelten/teilimplantierten ZVK dar. Insgesamt erhielten im Verlauf von 3 Jahren 337.611 Patienten mit einer onkologischen Erkrankung einen Port, bzw. teilimplantierten/getunnelten ZVK ambulant oder stationär implantiert. Die Implantationen verteilten sich im Wesentlichen auf Krankenhäuser, die die Operation ambulant oder stationär erbrachten (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Patienten, die in drei Erfassungsjahren einen Port, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK implantiert bekommen haben und eine onkologische Diagnose aufwiesen in Bezug auf den Abrechnungszusammenhang (Patientenfilter)

voll-/teilstationäre Implantation im Krankenhaus		ambulante Implantation im Krankenhaus		Implantation beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
196.265	58,1 %	115.673	34,3 %	25.673	7,6 %	337.611

Um einen Überblick über die in das Verfahren eingeschlossenen Patienten zu bekommen, ist eine Alters- und Geschlechtsverteilung in Abbildung 7 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass für Patienten, die mehrfach einen Port/ZVK implantiert bekommen haben, das Alter des ersten Eingriffs in der Verteilung berücksichtigt wurde. Das mediane Alter der eingeschlossenen Patienten liegt bei 66 Jahren (Männer 67 Jahre; Frauen 65 Jahren). 55,2 % der Patienten sind Frauen, 44,8 % Männer.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

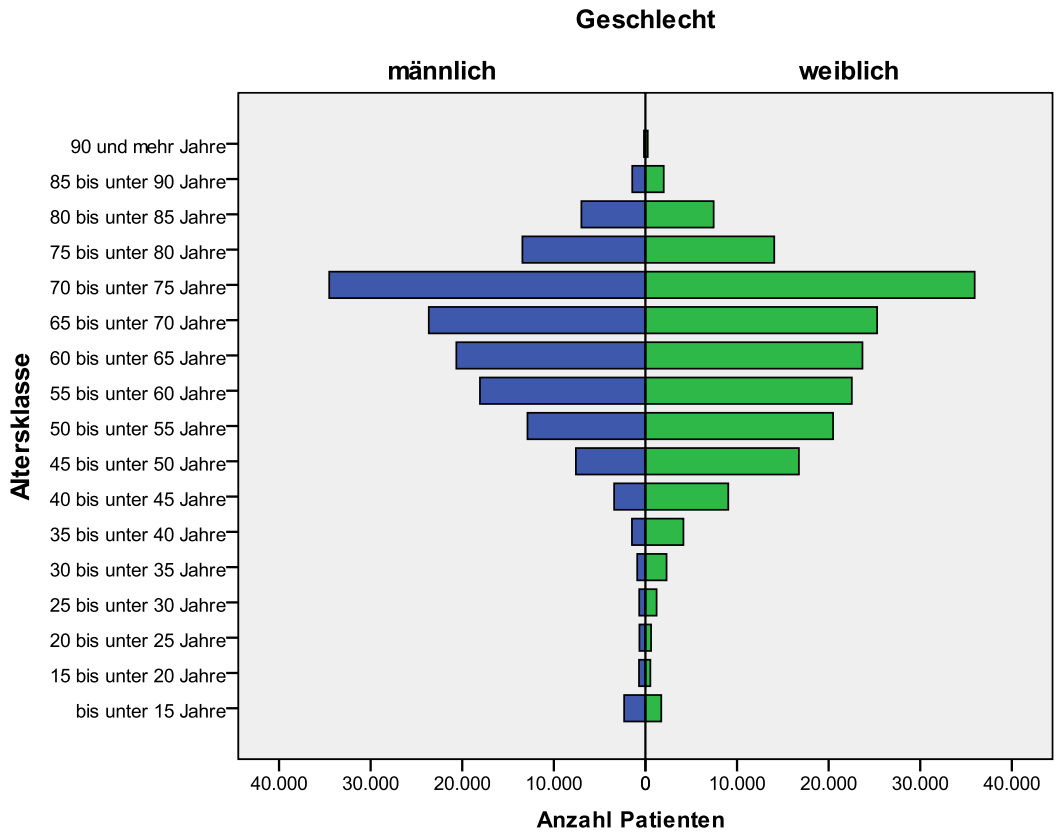


Abbildung 7: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten mit onkologischen Diagnosen und Implantation/Wechsel eines Port-/ZVK-Systems

Tabelle 10 stellt die zehn am häufigsten angegebenen Diagnosen dar, die zur Auslösung geführt haben.

Tabelle 10: Liste der 10 am häufigsten auslösenden ICD-Kodes, die im Zusammenhang mit der Implantation eines Ports, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK kodiert werden

ICD-Kode	Beschreibung	Summe	Anteil
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	59.393	17,6 %
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	38.335	11,4 %
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	25.496	7,6 %
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	24.153	7,2 %
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	17.788	5,3 %
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	17.130	5,1 %
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	16.787	5,0 %
C16	Bösartige Neubildung des Magens	13.235	3,9 %
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	10.745	3,2 %
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	8.072	2,4 %

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die genannten 337.611 Patienten, die durch den Patientenfilter ausgelöst werden, stellen noch nicht die endgültige Anzahl an Patienten im Nenner dar, da bestimmte Ausschlussbedingungen definiert sind, die erst nach Ermittlung des Zählers angewendet werden können, da ansonsten der zeitliche Ablauf nicht klar abzugrenzen ist. Dies gilt insbesondere für das Versterben, da Patienten aus dem Nenner nicht entfernt werden, wenn diese nach dem Auftreten einer lokalen Infektion/Sepsis versterben. Vor der weiteren Eingrenzung des Nenners müssen folglich erst die potentiellen Zählerfälle ermittelt werden.

Zählerermittlung

Der Zähler des Indikators umfasst alle Patienten bei denen im aktuellen Erfassungsjahr eine Explantation oder Revision aufgrund einer lokalen Infektion oder Sepsis erfolgte. Dabei werden folgende Bedingungen gestellt:

Patienten mit Entfernung/Wechsel (OPS-Kode 5-399.7) oder mit Revision (OPS-Kode 5-399.6) eines venösen Katheterverweilsystems (Port oder teilimplantierter ZVK)

- aufgrund einer lokalen Infektion:
  - ICD-Kode (T80.2 oder T82.7)
  - UND NICHT (R57.2, R65.0!, R65.1! , A40.-, A41.- oder B37.7)

- aufgrund einer Sepsis:
  - ICD-Kode [(T80.2 oder T82.7) UND (R57.2, R65.0!, R65.1!)]
  - ODER (A40.-, A41.- oder B37.7)

Da der Indikator auf Patientenebene ausgewertet wird, wird bei mehrfachem Auftreten eines Ereignisses das erste Ereignis des Erfassungsjahres berücksichtigt. Weiterhin ist zu beachten, dass der OPS-Kode 5-399.5 auch den Wechsel eines der genannten Systeme beinhaltet. Da die Nutzungsdauer der Systeme begrenzt ist, kann es also im Verlauf von drei Jahren zu mehrfachen Wechseln oder zu Explantationen mit und ohne erneute Implantation kommen. Die Operationalisierung erfolgte dabei dahingehend, dass nur die letzte Explantation/der letzte Wechsel berücksichtigt wird. Dies betrifft nur Implantationen/Wechsel, die zeitlich vor einer Infektion/Sepsis liegen, da nach einer erfolgreichen Behandlung einer Infektion/Sepsis eine erneute Implantation indiziert sein kann. Diese erneute Implantation würde im weiteren Verlauf berücksichtigt, sodass ein Patient während der gesamten Dauer des Verfahrens mehrfach erfasst werden kann.

Da keine zeitabhängige Zensierung im Rahmen einer Life-table-Analyse geplant ist, werden alle Patienten ausgeschlossen, die zwar eine Implantation bei einer onkologischen Erkrankung erhielten, aber im Betrachtungszeitraum (die letzten drei Jahre) verstorben sind, ohne zuvor eine lokale Infektion/Sepsis erlitten zu haben. Weil onkologisch behandelte Patienten innerhalb eines 3-Jahres Zeitraums häufig aus anderen Gründen als dem einer lokalen Infektion/Sepsis sterben werden sie in den Ausschlusskriterien berücksichtigt.

Abbildung 8 zeigt die möglichen Fallkonstellationen, die bei einem Patienten auftreten können und entweder im Zähler und/oder im Nenner berücksichtigt werden können. Eine Zeile der Abbildung stellt dabei einen Patienten mit seinen relevanten Behandlungsepisoden dar. Sind in einer Zeile alle Behandlungsepisoden mit einem markiert, so wird dieser Patient im Jahr der Auswertung nicht im Indikator berücksichtigt. Im Beispieldiagramm trifft dies für die erste und fünfte Zeile zu. Alle anderen Patienten haben einen Nenner- und ggf. einen Zählerfall.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

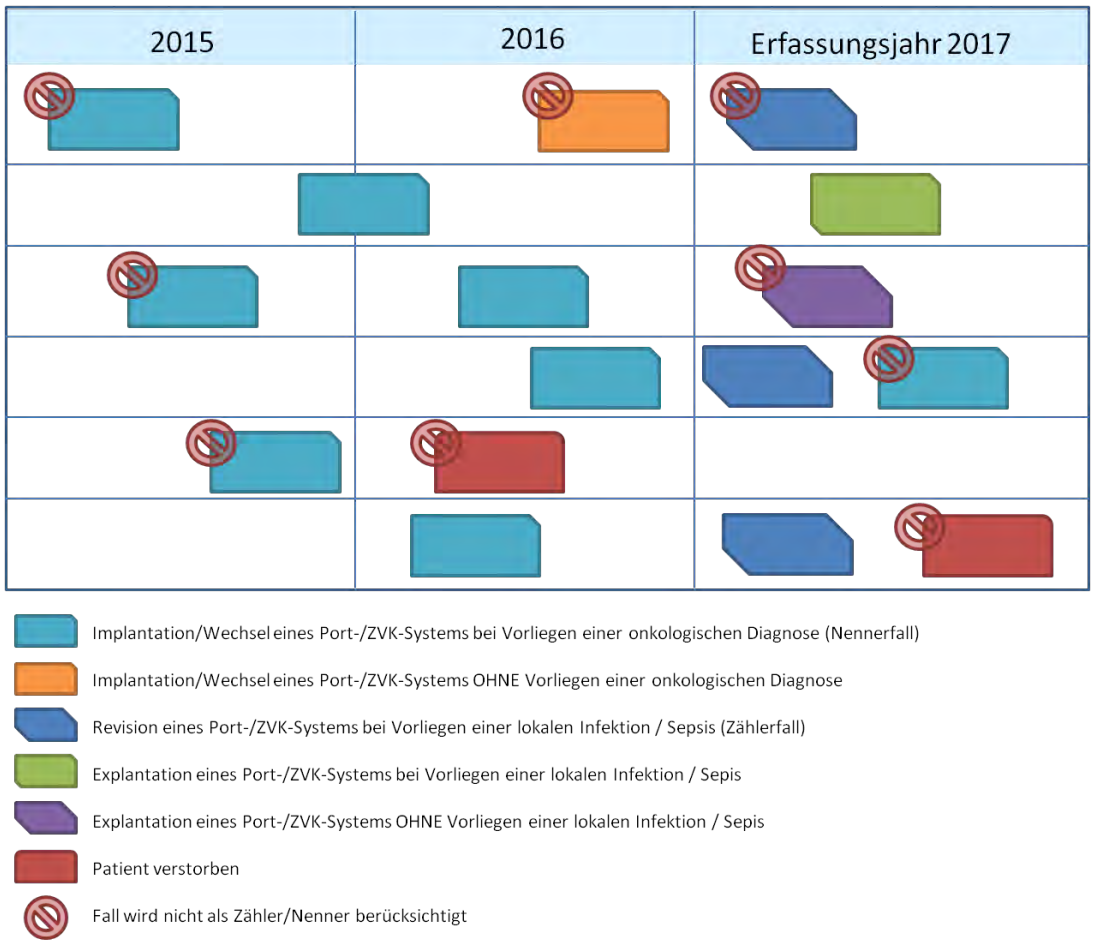


Abbildung 8: Fallkonstellationen und deren Berücksichtigung für Zähler/Nenner

Im Zeitraum eines Erfassungsjahres wird für 5.551 Patienten eine Explantation oder Revision aufgrund einer lokalen Infektion oder Sepsis notwendig (siehe Tabelle 11), welche fast ausschließlich im Krankenhaus (ambulant oder stationär) stattfindet.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 11: Explantationen/Revisionen im Erfassungsjahr aufgrund lokaler Infektion/Sepsis

voll-/teilstationäre Explantation/ Revision im Krankenhaus		ambulante Explantation/ Revision im Krankenhaus		Explantation/Revision beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
5.243	94,5 %	283	5,1 %	25	0,5 %	5.551

Mit der Information des Zeitpunkts des potentiellen Zählerfalles ist es jetzt möglich den zugehörigen Nennerfall zu verorten und insbesondere das Versterben zu berücksichtigen.

Insgesamt versterben im Zeitraum nach der Implantation bis zum Ende des Erfassungsjahres 142.216 Patienten (42,1 % der Patienten) sodass im Nenner 195.395 Patienten verbleiben (Tabelle 12).

Tabelle 12: Patienten, die in drei Erfassungsjahren einen Port, bzw. getunnelten/teilimplantierten ZVK implantiert bekommen haben, eine onkologische Diagnose aufwiesen und nicht verstarben in Bezug auf den Abrechnungszusammenhang

voll-/teilstationäre Implantation im Krankenhaus		ambulante Implantation im Krankenhaus		Implantation beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
9.7872	50,1 %	79.858	40,9 %	17.664	9,0 %	195.395

Weiterhin wird empfohlen, diejenigen Patienten auszuschließen, bei denen der Zeitraum zwischen Implantation und Explantation weniger als 30 Tage beträgt und die in diesem Zeitraum nicht die Aufgreifkriterien einer Chemotherapie erfüllen, da der Port/ZVK in diesem Fall mutmaßlich (noch) nicht benutzt wurde und es sich damit eher um eine postoperative Wundinfektion handelt, die nicht primäres Ziel des Indikators ist. Hierdurch werden 461 Patienten aus dem Nenner und auch aus dem Zähler ausgeschlossen was 0,24 % der Patienten im Nenner und 8,3 % der Patienten des Zählers entspricht.

Ermittlung der Verantwortlichkeit

Die Entstehung einer Infektion/Sepsis kann ihre Ursachen sowohl durch das Eintragen von Infektionserregern während der Implantation, als auch durch eine unsachgemäße Nutzung des Katheters haben. Aus diesem Grund sollten die Zurechnung der Infektion und das Feedback der Ergebnisse anhand folgender Kriterien erfolgen:

- An stationäre Einrichtungen: Wenn die Explantation später als 3 Tage nach Aufnahme oder innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung (und ggf. Wiederaufnahme) erfolgte.
- An Einrichtungen, in denen die Implantation des Katheterverweilsystems vorgenommen wurde: Wenn die Explantation innerhalb von 30 Tagen nach Implantation erfolgte.
- An hämato-onkologische Praxen/Ambulanzen: In allen anderen Fällen, sofern der Patient in der Praxis in Behandlung war.

Im Rahmen der empirischen Prüfung hat sich dies als zu komplex und nicht praktikabel herausgestellt, da sich die Verantwortungszuschreibung im Falle verschiedener Akteure nicht klar abgrenzen ließ. Eine Portinfektion ohne Nachweis der Benutzung des Ports (z.B. im Rahmen einer Chemotherapie) ist als reine postoperative Wundinfektion anzusehen, die dem Operateur anzulasten wäre und dem Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* zuzuordnen wäre. Ziel des Indikators in diesem Verfahren sollte aber primär die hygienische Handhabung des Port/ZVK-Systems im Rahmen der chemotherapeutischen Betreuung durch niedergelassene Onkologen bzw. spezialisierte Klinikambulanzen sein. Aus diesem Grund wurde die Zuschreibung der Verantwortlichkeit überarbeitet. Das AQUA-Institut empfiehlt bei der Verantwortungszuschreibung jenen Leistungserbringer zu identifizieren, der vor der Infektion des Port-/ZVK-Systems mit hoher Wahrscheinlichkeit den Port/ZVK genutzt hat, um eine Chemotherapie zu verabreichen. Als Kriterien werden dazu im Bereich der stationären/teilstationären Versorgung die OPS-Kodes der Gruppe 8-54 „Zytostatische

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie“ verwendet und im Bereich der ambulanten Versorgung bestimmte EBM-Ziffern. Es werden dabei nur solche EBM-Ziffern verwendet die entweder ausschließlich von Fachärzten für Onkologie abzurechnen sind, oder der Onkologie-Vereinbarung entstammen, sowie einiger Ziffern, die nahelegen, das es sich um eine Verabreichung chemotherapeutischer Substanzen handelt. Tabelle 13 fasst die Aufgreifkriterien für die Verantwortungszuschreibung zusammen.

Tabelle 13: Aufgreifkriterien für die Verantwortungszuschreibung

	Beschreibung	**Abrechnungskontext**
GOP (EBM)	Ambulante Abrechnung nach EBM (§§116, 117, 295 SGB V)	
Ambulante Betreuung		
13500	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	Zusatzpauschale
13501	Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	Zusatzpauschale
13502	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxiditäts-adaptierte Therapie	Zusatzpauschale
Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung: Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß §115 Abs. 2 SGB V unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathetersystem [...]		
Mindestens eine Hämato-/Onkologische Grundpauschale (13490, 13491 oder 13492) und eine der folgenden Zusatzpauschalen		
01510	mindestens 2 Stunden	Zusatzpauschale
01511	mindestens 4 Stunden	Zusatzpauschale
01512	mindestens 6 Stunden	Zusatzpauschale
Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen: Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen		
Mindestens eine Hämato-/Onkologische Grundpauschale (13490, 13491 oder 13492) und eine der folgenden Gebührenordnungsziffern		
02100	Infusion	(nicht in Kombination mit 015... abrechenbar)
02101	Infusion, länger als 60 Min	(nicht in Kombination mit 015... abrechenbar)
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	
Onkologie-Vereinbarung		
86516	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten Onkologie-Vereinbarung	(Ziffer aus Onkologie-Vereinbarung sind auch im Rahmen von §116b abrechenbar)
OPS	Abrechnung nach §301 SGB V	
8-54-.-	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	Teil-/vollstationäre Versorgung im Krankenhaus

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Die Ziffer 86516 aus der Onkologie-Vereinbarung, die die Verabreichung von Chemotherapeutika voraussetzt, wäre für eine potentielle Verantwortungszuschreibung gut geeignet, sie findet allerdings nur Anwendung im niedergelassenen Versorgungsbereich, da die Onkologie-Vereinbarung die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern ausschließt. Die Ziffern 02100 und 02101, sowie 01510, 01511 sowie 01512 können sowohl ambulant im Krankenhaus, als auch im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet werden, allerdings sollten diese Ziffern nur im Zusammenhang mit einer onkologischen Grundpauschale (13490, 13491 oder 13492) verwendet werden, da diese auch im Rahmen begleitender Behandlungen bei anderen Ärzten Anwendung finden könnte. Das AQUA-Institut empfiehlt diese Gebührenordnungspositionsnummern (02100 und 02101, 01510, 01511 und 01512) zur Identifikation zu verwenden und im Rahmen eines Strukturierten Dialoges Erfahrungen mit der Spezifität dieser Ziffern zu sammeln.

Wendet man die in Tabelle 13 angegebenen Kriterien an, so findet man für 79 % der Patienten, die im Nenner identifiziert wurden, einen verantwortlichen Leistungserbringer. Konsequenterweise müssen die Patienten, bei denen sich im betrachteten Zeitraum keine Leistungen, die eine Katheternutzung nahelegen und den verantwortlichen Leistungserbringer somit identifizieren würden, aus dem Nenner entfernt werden. Es ergibt sich eine neue Zahl von 154.326 Patienten für den Nenner (Tabelle 14).

Tabelle 14: Patienten im Nenner nach Ausschluss mangels Verantwortungszuschreibung

voll-/teilstationäre Implantation im Krankenhaus		ambulante Implantation im Krankenhaus		Implantation beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
78.490	50,9 %	60.841	39,4 %	14.995	9,7 %	154.326

Durch die Anwendung der obengenannten Ausschlusskriterien reduziert sich natürlich auch die Zahl der Patienten im Zähler, die jetzt bei insgesamt 3.972 Patienten liegt. Es ergibt sich damit eine Reduktion um 28,4 % (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Sekundärer Ausschluss von Patienten aus dem Zähler nach Ausschluss aus dem Nenner

voll-/teilstationäre Explantation/ Revision im Krankenhaus		ambulante Explantation/ Revision im Krankenhaus		Explantation/Revision beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
3.533	94,2 %	206	5,5 %	12	0,3 %	3.752

Für eine faire Zuschreibung der Verantwortlichkeit ist bei den Fällen, die eine lokale Infektion/Sepsis aufwiesen, zu klären wie lange die potentielle Nutzung des Port-/ZVK-Systems zurückliegt; hierfür ist empirisch der Abstand in Tagen ermittelt worden, um über einen kumulierten Summenplot eine realistische Grenze zu finden. Wie in Abbildung 9 zu erkennen ist, lag bei einem großen Anteil (3.025/3.752 Patienten) der Patienten innerhalb von 90 Tagen vor der infektionsbedingten Explantation/Revision vermutlich eine Nutzung des Port-/ZVK-Systems vor. Für diesen Teil könnte noch ein Wirkungszusammenhang angenommen werden, zumal es sich bei den relevanten GOPs um Quartalsereignisse handelt, von denen der erste Tag aber nicht der letzte Tag in der Abrechnung festgehalten wird. Das AQUA-Institut schlägt daher vor, die Grenze von 90-Tagen als maximale Zuschreibungsgrenze festzulegen.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

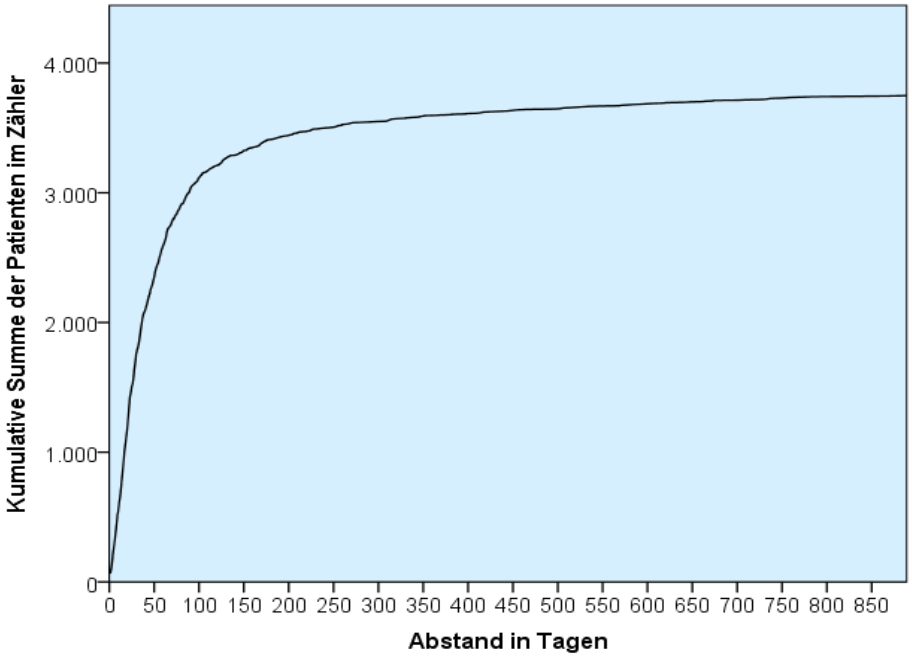


Abbildung 9: Kumulative Summe der Patienten im Zähler über den Abstand in Tagen zwischen Explantation/Revision und Nutzung des Port-/ZVK-Systems

Wendet man diese 90-Tage-Grenze an, so ergibt sich natürlich eine verringerte Zahl von zuzuschreibenden Zählerfällen des Indikators, wie in Tabelle 16 angegeben auf 3.025 Patienten.

Tabelle 16: Patienten im Zähler nach Anwendung 90-Tage-Grenze bei der Verantwortungszuschreibung

voll-/teilstationäre Behandlung im Krankenhaus		ambulante Behandlung im Krankenhaus		Behandlung beim niedergelassenen Arzt		Gesamt
Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten	Anteil	Patienten
1.571	51,9 %	114	3,8 %	1.340	44,3 %	3.025

Für die Rückmeldung an den Leistungserbringer der den Patienten in der Zeit nach der Implantation/Wechsel des Port-/ZVK-Systems betreut hat, werden pro Leistungserbringer die Rate der Ereignisse zur Zahl der behandelten Katheter-Patienten aus dem Nenner für diesen Leistungserbringer ermittelt. Dies geschieht auf der Grundlage des Institutskennzeichens (IK) des Krankenhauses bzw. im Falle der niedergelassenen Ärzte nach deren Betriebsstättennummer (BSNR).

Die medianen Raten liegen in allen Bereichen der Versorgung bei 0,0 %, was bei einer mittleren Rate von 2,0 % auf einen Bodeneffekt hindeutet (siehe Tabelle 17). Dies zeigt sich auch, wenn man die kumulative Summe der Zählerfälle in Abbildung 10 betrachtet. Ein 95. Perzentil-Referenzbereich liegt bei dem Indikator bei 9,1 % (basierend auf Leistungserbringern mit mehr als 19 Patienten im Nenner). Es sind 734 Krankenhäuser im Rahmen einer teil-/vollstationären und 83 im Rahmen der ambulanten Versorgung beteiligt, sowie weiterhin 1.295 niedergelassene Vertragsärzte.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

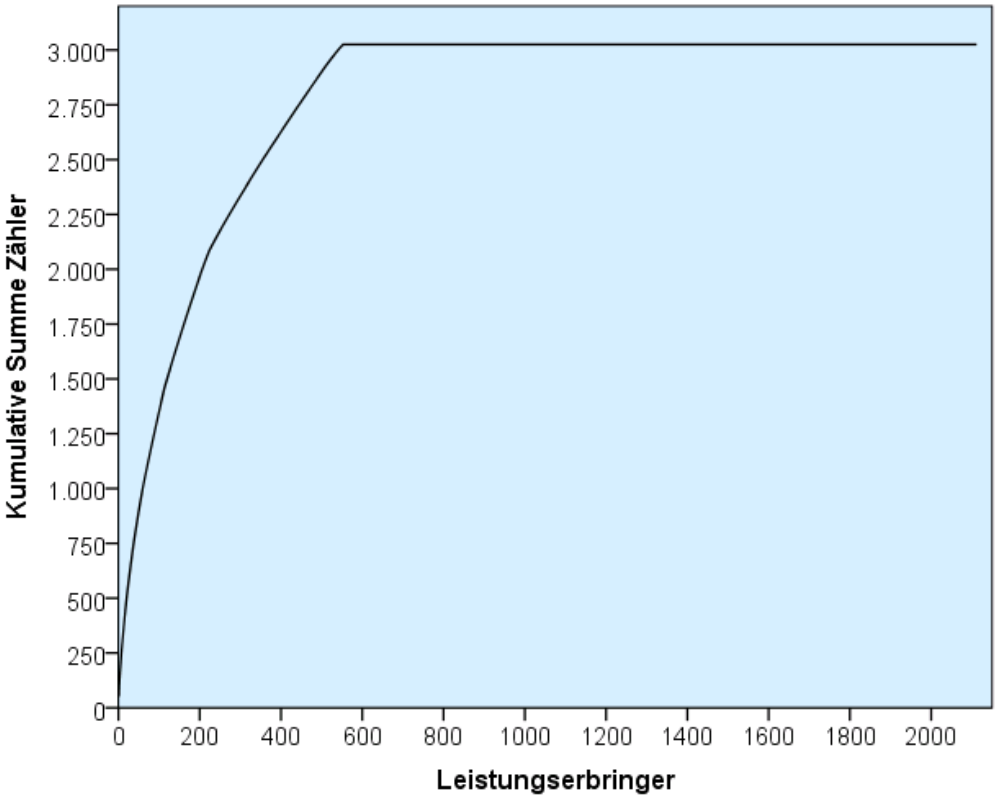


Abbildung 10: Kumulative Summe der Zählerfälle über die identifizierten verantwortlichen Leistungserbringer

Tabelle 17: Raten der Zytostatika-assoziierten Port/ZVK-Infektion bei verschiedenen Leistungserbringergruppen

	voll-/teilstationäre Behandlung im Krankenhaus	ambulante Behandlung im Krankenhaus	vertragsärztliche Behandlung beim niedergelassenen Arzt
Perzentil 25	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Median	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Mittelwert	2,9 %	1,4 %	1,3 %
Perzentil 75	3,1 %	1,4 %	0,0 %
Perzentil 95	13,2 %	5,3 %	5,7 %

Die mediane Anzahl von Patienten im Nenner pro Leistungserbringer liegt dabei in Krankenhäusern bei 22 stationären Patienten bzw. 44 ambulanten Patienten, sowie bei 30 Patienten im niedergelassenen Bereich (siehe Tabelle 18)

Tabelle 18: Fallzahlen im Nenner des Indikators für die verantwortlichen Leistungserbringergruppen

	voll-/teilstationäre Behandlung im Krankenhaus	ambulante Behandlung im Krankenhaus	vertragsärztliche Behandlung beim niedergelassenen Arzt
Perzentil 25	6	11	6
Median	22	44	30
Perzentil 75	70	128	110
Perzentil 95	301	228	282

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 19: Fallzahlen im Zähler des Indikators für die verantwortlichen Leistungserbringergruppen

	voll-/teilstationäre Behandlung im Krankenhaus	ambulante Behandlung im Krankenhaus	vertragsärztliche Behandlung beim niedergelassenen Arzt
Perzentil 25	0	0	0
Median	0	0	0
Perzentil 75	3	3	0
Perzentil 95	12	7	6

Um die Diskriminationsfähigkeit des Indikators abzuschätzen, kann die Methode verwendet werden, die im Rahmen der sogenannten „Schnellprüfung“ der Qualitätsindikatoren der esQS angewendet wird (AQUA 2011). Dabei wird ermittelt, welche Fallzahl eine Einrichtung notwendigerweise haben muss, um bei einem Ergebnis des Indikators das doppelt so hoch liegt wie der bundesweite Durchschnitt, signifikant auffällig zu werden[7]. Bei einer mittleren Rate über alle Patienten von 2,0 % ergibt sich eine notwendige Fallzahl von 432 Patienten/ Leistungserbringer im Nenner. Diese Fallzahl erreichen 16 von 734 Krankenhauseinrichtungen der teil-/ vollstationären onkologischer Versorgung (2,2 % der Krankenhäuser), 1 von 83 Krankenhäusern mit ambulanter onkologischer Versorgung (1,2 %) und 14 von 1295 der niedergelassenen Leistungserbringer (1,1 %). Damit ergibt sich für alle drei Versorgungsbereiche für den Indikator eine mäßige Diskriminationsfähigkeit. Es wird empfohlen, den Indikator als ratenbasierten Indikator mit einer geeigneten Risikoadjustierung umzusetzen, da ansonsten ein fairer Einrichtungsvergleich nicht zu gewährleisten ist.

[7] Basierend auf einem 95 %-Signifikanzniveau mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 %

© 2015 AQUA-Institut GmbH

5 Fazit

Die vorliegende empirische Prüfung hat anhand von anonymisierten Routinedaten eines großen Kassenverbandes gezeigt, dass die ursprünglich entwickelten Instrumente der fallbezogenen QS-Dokumentation im sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* mit fraglicher Validität in der QS-Filter Auslösung behaftet ist.

Während der empirischen Prüfung stellte sich heraus, dass die Validität der ZVK-Kodierungen als deutlich eingeschränkt gelten muss. Bei der Überprüfung der Anzahl der Kodierung konnte aufgezeigt werden, dass während eines Jahres 491.972 konventionelle ZVKs (OPS 8-831.-) in lediglich 1.378 Krankenhäusern kodiert wurden. Betrachtet man die 701.605 Fälle mit intensivmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS 8-980.-) und geht davon aus, dass diese zum überwiegenden Teil ebenfalls einen ZVK benötigten, so ist festzustellen, dass lediglich in 246.408 Fällen (35,1 %) ein ZVK kodiert wurde. Darüber hinaus konnten 31 Krankenhäuser mit 2.976 Fällen intensivmedizinischer Komplexbehandlung identifiziert werden, die keinen einzigen Krankenhausfall mit einem ZVK kodiert hatten. Zusammenfassend muss daher davon ausgegangen werden, dass in einer relevanten Anzahl von Krankenhäusern ZVKs grundsätzlich nicht oder in deutlich zu geringem Ausmaß kodiert werden. Die Ursache hierfür liegt vermutlich darin, dass die ZVK-Kodes nicht erlösrelevant sind und daher auch nicht vom MDK geprüft werden, sodass ein Anreiz entsteht, diesen Kodieraufwand zu minimieren. Diese Einschätzung teilten auch die Leistungserbringer, die im Rahmen der erweiterten Machbarkeitsprüfung interviewt wurden.

Da gleichzeitig eine echte prospektive Stichprobenauslösung über ZVK-Kodes nicht möglich ist und die Führung einer zusätzlichen Checkliste bei allen ZVK-Anlagen zu aufwendig erscheint, wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung empfohlen, die Stichprobe „Prozess“ nicht zu erheben. Auszulösende Mengengerüste für eine Stichprobenziehung nach Entlassung wurden daher nicht dargestellt. Die mangelnde Validität der ZVK-Kodierungen führte auch zu Modifikationen der Indikatoren der Stichprobe „Infektionen“ der erweiterten Machbarkeitsprüfung. Die ZVK-Kodes sind nicht mehr Teil des entsprechenden QS-Filters, da ein fairer Leistungserbringervergleich auf dieser Basis nicht möglich ist. Die zukünftige Auslösung der Stichprobe „Infektionen“ soll vielmehr über die Sepsis-Zusatzkodes R57.2 (Septischer Schock); R65.0! und R65.1! (SIRS (infektiöser Genese ohne mit Organkomplikation)) erfolgen. Dabei sollen jene Fälle, für die ein ICD-Kode für Verbrennungen oder Verätzungen dokumentiert wurde sowie alle Fälle mit einem Alter von unter 1 Jahr ausgeschlossen werden. Bezogen auf diesen modifizierten Filter ergibt sich eine Grundgesamtheit von 136.589 Patienten mit einer Sepsis. Dies entspricht einer ausgelösten Fallzahl je Leistungserbringer von 59 Fällen im Median. Die Identifikation der ZVK-assoziierten Sepsis die erstmals im Regelbetrieb ,auf Basis der Dokumentation der Einrichtungen erfolgt, kann im Rahmen der empirischen Überprüfung mittels der Routinedaten der Krankenkassen nicht geprüft werden.

Bei der empirischen Prüfung des Indikators ID 52_AA „Explantation oder Revision eines venösen Katheterverweilsystems wegen Infektion“ konnte gezeigt werden, dass es mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist, Port-/ZVK-System-assoziierte lokale Infektionen/Sepsis bei chemotherapeutisch behandelten Patienten zu identifizieren und einem Leistungserbringer im Bereich Onkologie verantwortlich zuzuordnen. Folgende Anpassungen der Definition des Indikators waren dafür notwendig: Es wurden weitere Diagnosen zur Definition der Grundgesamtheit ergänzt, um alle Patienten einzuschließen, die unter die Onkologie-Vereinbarung fallen. Die Verantwortungszuschreibung wurde im Indikator konkreter gefasst. Die Verantwortungszuschreibung zum Operateur der Portimplantation wurde herausgenommen, da postoperative Wundinfektionen Gegenstand eines gesonderten QS-Verfahrens sind. Stattdessen werden für den Indikator jene Leistungserbringer berücksichtigt, die zuletzt das Port-/ZVK-System des Patienten für eine Anwendung einer zytostatischen Chemotherapie genutzt und dabei eine mögliche Infektion ausgelöst haben. Dies geschieht im teil-/vollstationären Bereich über die OPS-Kodes zur Verabreichung von zytostatischer Chemotherapie und im ambulanten Bereich über entsprechende Abrechnungsziffern, die eine zytostatische Chemotherapie als obligaten Leistungsinhalt haben oder diesen nahelegen. Insgesamt konnten 195.395 Patienten für den Indikator ID 52_AA identifiziert werden. Dies waren Patienten, bei denen innerhalb von drei betrachteten Jahren ein Port-/ZVK-System aufgrund einer onkologischen Erkrankung implantiert oder gewechselt wurde und die anschlie-

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ßend chemotherapeutisch behandelt wurden. Bei 154.326 dieser Patienten (78 %) konnte nach Implantation/Wechsel ein verantwortlicher Leistungserbringer für eine anschließende onkologische Behandlung ermittelt werden. Insgesamt 3.752 Patienten der beschriebenen Grundgesamtheit (2,4 %) wiesen eine lokale Infektion oder Sepsis auf und mussten sich einer Explantation oder Revision des Port-/ZVK-Systems unterziehen. Da ein kausaler Zusammenhang mit größer werdendem Abstand zwischen Infektion und letzter Nutzung des Port-/ZVK-Systems immer schwieriger herzustellen ist, schlägt das AQUA-Institut vor, den Zeitraum auf 90 Tagen vor der Infektion zu begrenzen. Dieser Zeitraum wurde auch deshalb gewählt, da es sich bei den Kodes für die Verantwortungszuschreibung im niedergelassenen Bereich um EBM-Ziffern handelt, die nur die erste Behandlung im Quartal exakt abbilden, die Behandlung kann jedoch bis zum Quartalsende andauern. Betrachtet man nur den Zeitraum von 90-Tagen, so reduziert sich die Zahl der Patienten im Zähler des Indikators auf 3.025 und es ergibt sich damit eine Ereignisrate von 2,0 %. Die Ergebnisverantwortung verteilt sich auf 734 Krankenhäuser im Rahmen einer teil-/vollstationären Versorgung, 83 Krankenhäuser, die sich im Rahmen der ambulanten Versorgung beteiligen sowie 1.295 Praxen/MVZ.

Eine Prüfung der Diskriminationsfähigkeit des Indikators analog zur Methode der „Schnellprüfung“ der Qualitätsindikatoren der esQS bescheinigt dem Indikator eine mäßige Diskriminationsfähigkeit. Aufgrund der vorhandenen Bodeneffekte sowie der erst im Regelbetrieb zu prüfenden Angemessenheit der Verantwortungszuschreibung, empfiehlt das AQUA-Institut den Indikator ID 52_AA im ersten – sanktionsfreien – Jahr des Regelbetriebs einer stichprobenhaften inhaltlichen Vor-Ort Prüfung zu unterziehen. Voraussetzung für eine möglichst frühzeitige Auswertung des Indikators ist es in den ersten beiden Regelbetriebsjahren auch die Sozialdaten aus zwei Vorjahren zu erfassen, um den im Indikator definierten Betrachtungszeitraum von drei Jahren berücksichtigen zu können.

Alle Empfehlungen zu den Auswertungsmöglichkeiten, Datenflüssen und Rückmeldeberichten werden im Bericht zur erweiterten Machbarkeitsprüfung detailliert dargestellt und sind in Abbildung 11 in einer Übersicht dargestellt[8]. Die aktuelle Darstellung der für das QS-Verfahren notwendigen Erhebungsinstrumente befindet sich im Anhang B.

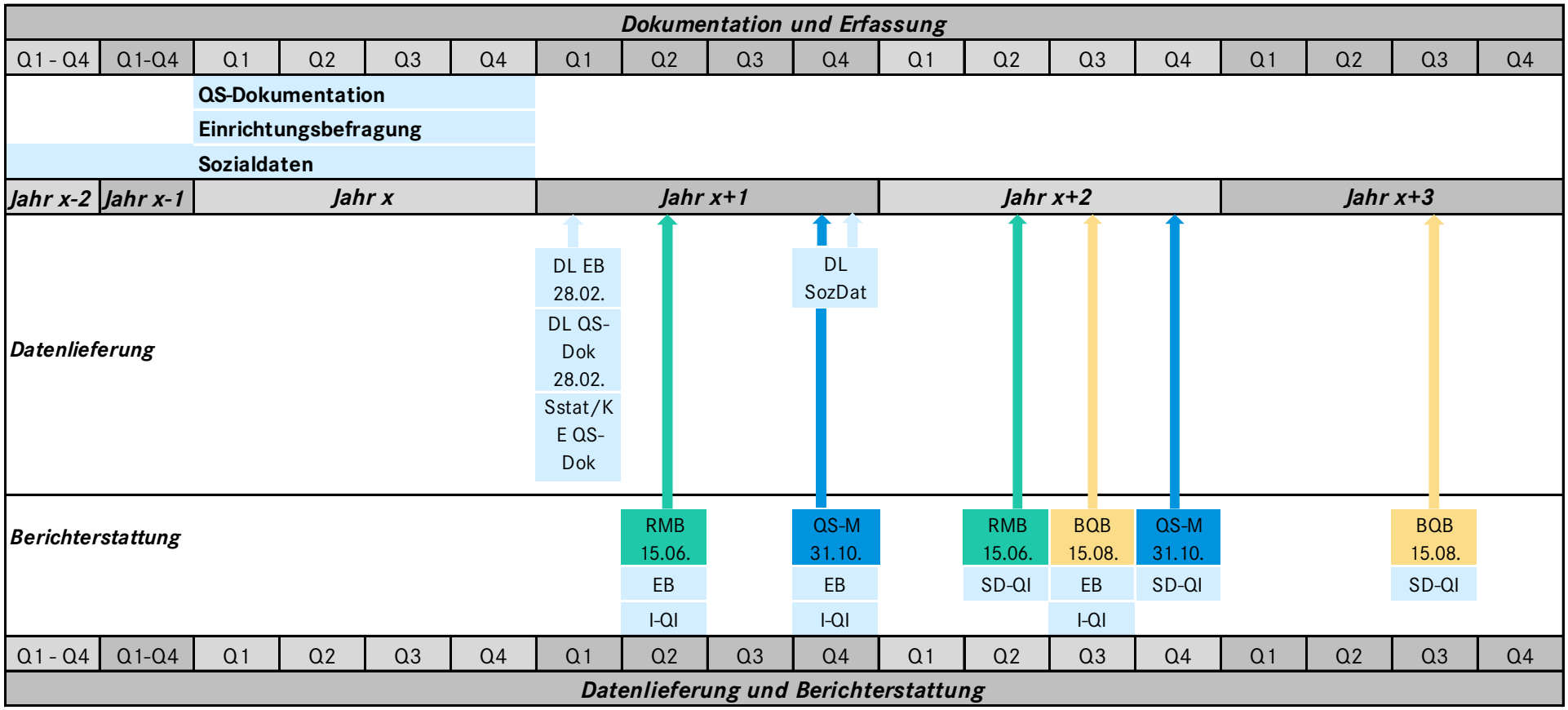
Nach den vorliegenden Ergebnissen der empirischen Prüfung und der erweiterten Machbarkeitsprüfung ergaben sich für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* erhebliche Einschränkungen im Bereich der Sepsisindikatoren, die nur teilweise durch Modifikationen ausgeglichen werden können (siehe auch Ergebnisbericht der Machbarkeitsprüfung). Das AQUA-Institut empfiehlt daher die weitere Verfahrensumsetzung gegenüber dem QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* zu postponieren. Hiervon auszunehmen ist der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, der in das bestehende esQS-Verfahren *Neonatologie* integriert werden sollte. Alle anderen Aspekte des QS-Verfahrens werden nach ausführlichen Diskussionen bei Abschluss des Berichts nicht zur Umsetzung empfohlen.

Das AQUA-Institut hat in seinen Berichten versucht, die vielfältigen Umsetzungsprobleme für ein QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen* differenziert darzustellen und mit seiner pragmatischen Empfehlung dennoch Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung in diesem klinisch relevanten Bereich aufzuzeigen.

[8] Aus der erweiterten Machbarkeitsprüfung und der empirischen Prüfung ergaben sich umfangreiche Änderungen am Indikatorenset. Diese sind im Indikatorenset 2.0 dokumentiert.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Zeitablauf *Vermeidung* nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
Erfassungszeiträume, späteste Lieferfristen, Berichtszeitpunkte



Legende			
BQB	Bundesqualitätsbericht gemäß § 20 Qesü-RL	QS-M	abschließende QS-Maßnahmen gemäß §17 Qesü-RL
DL	Datenlieferung	QS-Dok	QS-Dokumentation
EB	Einrichtungsbefragung	RMB	Rückmeldebericht
I-QI	Infektions-Qualitätsindikatoren	SD-QI	Sozialdaten-Qualitätsindikator 52_AA
KE	Konformitätserklärung	Sstat	Sollstatistik

Abbildung 11: Zeitablauf Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Literaturverzeichnis

AQUA (2012). Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen. Abschlussbericht (Stand: 20.Dezember 2012). AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

AQUA (2011). Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

BMG (2012). Mitgliederstatistik KM 6. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesversicherungsamt (2008). So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds.

DIMDI (2010). 10. Symposium Health Technology Assessment. Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren. Alles nichts ohne Evidenz? 18. - 19. März 2010 in Köln. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

GKV-SV (2015). Onkologie Vereinbarung Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

GKV-SV (2012). Technische Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach §295 Abs. 1b SGB V - Regelung zu §§73b, 73c sowie 140a SGB V. Version 3.00. Stand: 25.01.2012. Letzte Änderung: 25.01.2012. Gültig ab: 01.01.2012. GKV-Spitzenverband.

RKI (2011). Definition nosokomialer Infektionen (CDC-Definitionen). Berlin: Robert Koch-Institut.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Empirische Prüfung
Anhang

Stand: 30. Januar 2015

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Empirische Prüfung: Vermeidung nosokomialer Infektionen - Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (Anhang)

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
20. März 2014

Datum der Abgabe:
30. Januar 2015

Signatur:
15-SQG-004

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1

Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
– Auslösekriterien

Anhang A.2

Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen
– Erforderlichkeit der Daten (Übersicht über die Exportfelder)

Anhang B

Erhebungsinstrumente für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen*

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang A.1: Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen – Auslösekriterien

Patientenfilter	
Daten §115b	Patienten ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOZI_ZVK_GOP_INDEX UND Mindestens eine Behandlungsdiagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD UND Behandlungsdatum im Erfassungszeitraum[1].
Daten nach §295	Patienten ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOZI_ZVK_GOP_INDEX UND Mindestens eine Diagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD UND Behandlungsquartal im Erfassungszeitraum[1].
Daten nach §301	Patienten ≥ 18 Jahre UND Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX UND Mindestens eine Haupt-/Nebendiagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD UND Entlassungsdatum im Erfassungszeitraum[1].
Leistungs- und Medikationsfilter	
Daten nach §301	(Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_EXPL_OPS ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_REV_OPS ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_SONST_OPS ODER Mindestens eine Haupt-/Nebendiagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD) UND Entlassungsdatum im Erfassungszeitraum

[1] Erfassungszeitraum sind drei Erfassungsjahre

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Daten nach §§115b, 116, 116b, 117	(Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOZI_ZVK_GOP_INDEX ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_EXPL_OPS UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_EXPL_GOP ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_REV_OPS ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_SONST_OPS ODER Mindestens eine Behandlungsdiagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD ODER Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_GRUNDP_GOP UND MIndestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_INF_GOP ODER Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_ZUSP_GOP) UND Entlassungsdatum im Erfassungszeitraum
Daten nach §295	(Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_EXPL_OPS UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOZI_ZVK_GOP_INDEX UND Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_EXPL_GOP ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_REV_OPS ODER Mindestens eine Prozedur aus der Liste NOSI_ZVK_SONST_OPS ODER Mindestens eine Behandlungsdiagnose aus der Liste NOSI_ZVK_ICD ODER Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_GRUNDP_GOP UND MIndestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_INF_GOP ODER Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_ZUSP_GOP ODER Mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste NOSI_ZVK_ONKOVEREINB_GOP) UND Behandlungsquartal im Erfassungszeitraum

Liste NOSI_ZVK_OPS_INDEX

OPS	Bezeichnung
5-399.5	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) Inkl.: Portsystem, zentralvenöser Katheter zu Dialysezwecken (Demers-Katheter)

Liste NOSI_ZVK_GOP_INDEX

GOP	Bezeichnung
31212	Eingriff der Kategorie L2
36212	(Belegärztlicher) Eingriff der Kategorie L2

Liste NOSI_ZVK_EXPL_OPS

OPS	Bezeichnung
5-399.7	Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) Inkl.: Portsystem

Liste NOSI_ZVK_EXPL_GOP

GOP	Bezeichnung
31211	Eingriff der Kategorie L1
36211	(Belegärztlicher) Eingriff der Kategorie L1

Liste NOSI_ZVK_REV_OPS

OPS	Bezeichnung
5-399.6	Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) Inkl.: Portsystem

Liste NOSI_ZVK_SONST_OPS

OPS	Bezeichnung
Chemotherapie	
8-541.0	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Intrathekal
8-541.1	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Intrazerebral
8-541.2	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Pleurahöhle
8-541.3	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Intraperitoneal
8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase
8-541.5	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In das Nierenbecken

© 2015 AQUA-Institut GmbH

OPS	Bezeichnung
8-541.6	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Arteriell
8-541.x	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: Sonstige
8-541.y	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: N.n.bez.
8-542.1	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag
8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament
8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente
8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente
8-542.14	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 4 Medikamente und mehr
8-542.2	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage
8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament
8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente
8-542.23	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente
8-542.24	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.3	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage
8-542.31	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament
8-542.32	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente
8-542.33	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
8-542.34	Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.4	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage
8-542.41	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament
8-542.42	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente
8-542.43	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 3 Medikamente
8-542.44	Nicht komplexe Chemotherapie: 4 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.5	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage
8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament
8-542.52	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 2 Medikamente
8-542.53	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 3 Medikamente
8-542.54	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.6	Nicht komplexe Chemotherapie: 6 Tage
8-542.61	Nicht komplexe Chemotherapie: 6 Tage: 1 Medikament
8-542.62	Nicht komplexe Chemotherapie: 6 Tage: 2 Medikamente
8-542.63	Nicht komplexe Chemotherapie: 6 Tage: 3 Medikamente
8-542.64	Nicht komplexe Chemotherapie: 6 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.7	Nicht komplexe Chemotherapie: 7 Tage
8-542.71	Nicht komplexe Chemotherapie: 7 Tage: 1 Medikament
8-542.72	Nicht komplexe Chemotherapie: 7 Tage: 2 Medikamente

© 2015 AQUA-Institut GmbH

OPS	Bezeichnung
8-542.73	Nicht komplexe Chemotherapie: 7 Tage: 3 Medikamente
8-542.74	Nicht komplexe Chemotherapie: 7 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.8	Nicht komplexe Chemotherapie: 8 Tage
8-542.81	Nicht komplexe Chemotherapie: 8 Tage: 1 Medikament
8-542.82	Nicht komplexe Chemotherapie: 8 Tage: 2 Medikamente
8-542.83	Nicht komplexe Chemotherapie: 8 Tage: 3 Medikamente
8-542.84	Nicht komplexe Chemotherapie: 8 Tage: 4 Medikamente und mehr
8-542.9	Nicht komplexe Chemotherapie: 9 Tage und mehr
8-542.91	Nicht komplexe Chemotherapie: 9 Tage und mehr: 1 Medikament
8-542.92	Nicht komplexe Chemotherapie: 9 Tage und mehr: 2 Medikamente
8-542.93	Nicht komplexe Chemotherapie: 9 Tage und mehr: 3 Medikamente
8-542.94	Nicht komplexe Chemotherapie: 9 Tage und mehr: 4 Medikamente und mehr
8-543.1	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag
8-543.11	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament
8-543.12	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente
8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente
8-543.14	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 4 Medikamente
8-543.15	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 5 Medikamente
8-543.16	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 6 Medikamente
8-543.17	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 7 Medikamente und mehr
8-543.2	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage
8-543.21	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament
8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente
8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente
8-543.24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 4 Medikamente
8-543.25	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 5 Medikamente
8-543.26	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 6 Medikamente
8-543.27	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.3	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage
8-543.31	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 1 Medikament
8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente
8-543.33	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
8-543.34	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 4 Medikamente
8-543.35	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 5 Medikamente
8-543.36	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 6 Medikamente
8-543.37	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.4	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage
8-543.41	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 1 Medikament

© 2015 AQUA-Institut GmbH

OPS	Bezeichnung
8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente
8-543.43	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 3 Medikamente
8-543.44	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 4 Medikamente
8-543.45	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 5 Medikamente
8-543.46	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 6 Medikamente
8-543.47	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.5	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage
8-543.51	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament
8-543.52	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 2 Medikamente
8-543.53	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 3 Medikamente
8-543.54	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 4 Medikamente
8-543.55	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 5 Medikamente
8-543.56	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 6 Medikamente
8-543.57	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.6	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage
8-543.61	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 1 Medikament
8-543.62	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 2 Medikamente
8-543.63	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 3 Medikamente
8-543.64	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 4 Medikamente
8-543.65	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 5 Medikamente
8-543.66	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 6 Medikamente
8-543.67	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 6 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.7	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage
8-543.71	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 1 Medikament
8-543.72	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 2 Medikamente
8-543.73	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 3 Medikamente
8-543.74	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 4 Medikamente
8-543.75	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 5 Medikamente
8-543.76	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 6 Medikamente
8-543.77	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 7 Tage: 7 Medikamente und mehr
8-543.8	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage
8-543.81	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 1 Medikament
8-543.82	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 2 Medikamente
8-543.83	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 3 Medikamente
8-543.84	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 4 Medikamente
8-543.85	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 5 Medikamente
8-543.86	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 6 Medikamente
8-543.87	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 8 Tage: 7 Medikamente und mehr

© 2015 AQUA-Institut GmbH

OPS	Bezeichnung
8-543.9	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr
8-543.91	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 1 Medikament
8-543.92	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 2 Medikamente
8-543.93	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 3 Medikamente
8-543.94	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 4 Medikamente
8-543.95	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 5 Medikamente
8-543.96	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 6 Medikamente
8-543.97	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 9 Tage und mehr: 7 Medikamente und mehr
8-544.0	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: Ein Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthaltes
8-544.1	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: Zwei Chemotherapieblöcke während eines stationären Aufenthaltes
8-546.0	Hypertherme Chemotherapie: Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie [HIPEC]
8-546.1	Hypertherme Chemotherapie: Hypertherme intrathorakale Chemotherapie [HITOC]
8-546.x	Hypertherme Chemotherapie: Sonstige
8-546.y	Hypertherme Chemotherapie: N.n.bez.
8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern
8-547.1	Andere Immuntherapie: Mit modifizierten Antikörpern
8-547.2	Andere Immuntherapie: Mit Immunmodulatoren
8-547.3	Andere Immuntherapie: Immunsuppression
8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös
8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform
8-547.x	Andere Immuntherapie: Sonstige
8-547.y	Andere Immuntherapie: N.n.bez.
8-548.0	Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]: Mit 2 bis 4 Einzelsubstanzen
8-548.1	Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]: Mit 5 oder mehr Einzelsubstanzen
8-549.0	Perkutane geschlossene Organperfusion mit Chemotherapeutika: Leber
8-549.x	Perkutane geschlossene Organperfusion mit Chemotherapeutika: Sonstige

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Liste NOSI_ZVK_ICD

ICD	Bezeichnung
Maligne solide Tumore	
C00	Bösartige Neubildung der Lippe
C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe
C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe
C00.2	Bösartige Neubildung: Äußere Lippe, nicht näher bezeichnet
C00.3	Bösartige Neubildung: Oberlippe, Innenseite
C00.4	Bösartige Neubildung: Unterlippe, Innenseite
C00.5	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet, Innenseite
C00.6	Bösartige Neubildung: Lippenkommissur
C00.8	Bösartige Neubildung: Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend
C00.9	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
C02.0	Bösartige Neubildung: Zungenrücken
C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C02.2	Bösartige Neubildung: Zungenunterfläche
C02.3	Bösartige Neubildung: Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
C02.4	Bösartige Neubildung: Zungentonsille
C02.8	Bösartige Neubildung: Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet
C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch
C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C03.9	Bösartige Neubildung: Zahnfleisch, nicht näher bezeichnet
C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens
C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens
C04.1	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet
C05	Bösartige Neubildung des Gaumens
C05.0	Bösartige Neubildung: Harter Gaumen
C05.1	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C05.2	Bösartige Neubildung: Uvula
C05.8	Bösartige Neubildung: Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend
C05.9	Bösartige Neubildung: Gaumen, nicht näher bezeichnet
C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C06.1	Bösartige Neubildung: Vestibulum oris
C06.2	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C06.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	Bösartige Neubildung der Parotis
C08	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
C08.0	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis
C08.1	Bösartige Neubildung: Glandula sublingualis
C08.8	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend
C08.9	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
C09	Bösartige Neubildung der Tonsille
C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris
C09.1	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet
C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx
C10.0	Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C10.1	Bösartige Neubildung: Vorderfläche der Epiglottis
C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C10.3	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Oropharynx
C10.4	Bösartige Neubildung: Kiemengang
C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx
C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx
C11.1	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C11.3	Bösartige Neubildung: Vorderwand des Nasopharynx
C11.8	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx
C13.0	Bösartige Neubildung: Regio postcricoidea
C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
C13.2	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C14	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C14.0	Bösartige Neubildung: Pharynx, nicht näher bezeichnet
C14.2	Bösartige Neubildung: Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
C16	Bösartige Neubildung des Magens
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18	Bösartige Neubildung des Kolons
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C22.0	Leberzellkarzinom
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.2	Hepatoblastom
C22.3	Angiosarkom der Leber
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C26	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C26.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
C32	Bösartige Neubildung des Larynx
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis
C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis
C32.3	Bösartige Neubildung: Larynxknorpel
C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet
C33	Bösartige Neubildung der Trachea
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C37	Bösartige Neubildung des Thymus
C38	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
C38.0	Bösartige Neubildung: Herz
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum
C38.2	Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend
C39	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
C39.0	Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet

ICD	Bezeichnung
C39.8	Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems
C40	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C41.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C43	Bösartiges Melanom der Haut
C43.0	Bösartiges Melanom der Lippe
C43.1	Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus
C43.2	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
C43.4	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C43.8	Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut
C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses
C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes
C44.6	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C44.8	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut, mehrere Teilbereiche überlappend
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet
C45	Mesotheliom
C45.0	Mesotheliom der Pleura
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums
C45.2	Mesotheliom des Perikards
C45.7	Mesotheliom sonstiger Lokalisationen
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
C46.7	Kaposi-Sarkom sonstiger Lokalisationen
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe
C46.9	Kaposi-Sarkom, nicht näher bezeichnet
C47	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C49.1	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
C49.4	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51	Bösartige Neubildung der Vulva
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Falloppio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C57.9	Bösartige Neubildung: Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60	Bösartige Neubildung des Penis
C60.0	Bösartige Neubildung: Praeputium penis
C60.1	Bösartige Neubildung: Glans penis
C60.2	Bösartige Neubildung: Penisschaft
C60.8	Bösartige Neubildung: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62	Bösartige Neubildung des Hodens
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet
C63	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase
C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae
C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals
C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
C67.7	Bösartige Neubildung: Urachus
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C68.0	Bösartige Neubildung: Urethra
C68.1	Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse
C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C68.9	Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet
C69	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
C69.0	Bösartige Neubildung: Konjunktiva
C69.1	Bösartige Neubildung: Kornea
C69.2	Bösartige Neubildung: Retina
C69.3	Bösartige Neubildung: Chorioidea
C69.4	Bösartige Neubildung: Ziliarkörper
C69.5	Bösartige Neubildung: Tränendrüse und Tränenwege
C69.6	Bösartige Neubildung: Orbita
C69.8	Bösartige Neubildung: Auge und Augenanhangsgebilde, mehrere Teilbereiche überlappend
C69.9	Bösartige Neubildung: Auge, nicht näher bezeichnet
C70	Bösartige Neubildung der Meningen
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkhäute
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74	Bösartige Neubildung der Nebenniere
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet
C75	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
C75.0	Bösartige Neubildung: Nebenschilddrüse
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
C75.4	Bösartige Neubildung: Glomus caroticum
C75.5	Bösartige Neubildung: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien
C75.8	Bösartige Neubildung: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
C75.9	Bösartige Neubildung: Endokrine Drüse, nicht näher bezeichnet
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
C76.2	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.4	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C76.7	Bösartige Neubildung: Sonstige ungenau bezeichnete Lokalisationen
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
C79.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
Intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen	
D32.0	Gutartige Neubildung: Hirnhäute
D32.1	Gutartige Neubildung: Rückenmarkhäute
D32.9	Gutartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
D33.0	Gutartige Neubildung: Gehirn, supratentoriell
D33.1	Gutartige Neubildung: Gehirn, infratentoriell
D33.2	Gutartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
D33.3	Gutartige Neubildung: Hirnnerven
D33.4	Gutartige Neubildung: Rückenmark
D33.7	Gutartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete Teile des Zentralnervensystems
D33.9	Gutartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
D42.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hirnhäute
D42.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Rückenmarkhäute
D42.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Meningen, nicht näher bezeichnet
D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, supratentoriell
D43.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, infratentoriell
D43.2	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Gehirn, nicht näher bezeichnet
D43.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hirnnerven
D43.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Rückenmark
D43.7	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige Teile des Zentralnervensystems
D43.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen	
D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
D30.0	Gutartige Neubildung: Niere
M72.40	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Mehrere Lokalisationen
M72.41	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M72.42	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M72.43	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M72.44	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M72.45	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M72.46	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M72.47	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M72.48	Pseudosarkomatöse Fibromatose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C83.1	Mantelzell-Lymphom
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom
C83.7	Burkitt-Lymphom
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C86.0	Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
C86.1	Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
C86.3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
C86.4	Blastisches NK-Zell-Lymphom
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
C86.6	Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
C88.0	Makroglobulinämie Waldenström
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
C88.2	Sonstige Schwerkettenkrankheit
C88.20	Sonstige Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.3	Immunproliferative Dünndarmkrankheit
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.4	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C88.7	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.9	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C90.0	Multiples Myelom
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission
C90.1	Plasmazellenleukämie
C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
C90.2	Extramedulläres Plasmozytom
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C90.3	Solitäres Plasmozytom
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission

ICD	Bezeichnung
C91.0	Akute lymphatische Leukämie [ALL]
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C91.1	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
C91.3	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.4	Haarzellenleukämie
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
C91.5	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert)
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission
C91.6	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.7	Sonstige lymphatische Leukämie
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.8	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
C91.9	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C92.0	Akute myeloblastische Leukämie [AML]
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission
C92.1	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission
C92.2	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission
C92.3	Myelosarkom
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission
C92.4	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission
C92.5	Akute myelomonozytäre Leukämie
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.6	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission
C92.7	Sonstige myeloische Leukämie
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.8	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission
C92.9	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C93.0	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.1	Chronische myelomonozytäre Leukämie
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.3	Juvenile myelomonozytäre Leukämie
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.7	Sonstige Monozytenleukämie
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.9	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C94.0	Akute Erythroleukämie
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.2	Akute Megakaryoblastenleukämie

ICD	Bezeichnung
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
C94.3	Mastzellenleukämie
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
C94.4	Akute Panmyelose mit Myelofibrose
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission
C94.6	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
C94.7	Sonstige näher bezeichnete Leukämien
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission
C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C95.0	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.1	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.7	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.9	Leukämie, nicht näher bezeichnet
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom

ICD	Bezeichnung
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
D45	Polycythaemia vera
D46.0	Refraktäre Anämie ohne Ringsideroblasten, so bezeichnet
D46.1	Refraktäre Anämie mit Ringsideroblasten
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss
D46.4	Refraktäre Anämie, nicht näher bezeichnet
D46.5	Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie
D46.6	Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie
D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome
D46.9	Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekannten Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.7	Sonstige näher bezeichnete Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D61.1	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.4	Sonstige primäre Thrombozytopenie
D70.0	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie
D70.1	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage
D70.12	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie

© 2015 AQUA-Institut GmbH

ICD	Bezeichnung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet
D70.3	Sonstige Agranulozytose
D70.5	Zyklische Neutropenie
D70.6	Sonstige Neutropenie
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet
D71	Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten
D72.0	Genetisch bedingte Leukozytenanomalien
D72.1	Eosinophilie
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten
D72.9	Krankheit der Leukozyten, nicht näher bezeichnet
Haemophagozytäre Lymphohistiozytose	
D76.1	Hämophagozytäre Lymphohistiozytose

Liste NOSI_ZVK_GRUNDP_GOP

GOP	Beschreibung
Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen (Grundpauschalen)	
13490	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13491	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13492	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Liste NOSI_ZVK_ZUSP_GOP

GOP	Beschreibung
Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen (Zusatzpauschalen)	
13500	Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung
13501	Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen
13502	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte antiproliferative Behandlung

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Liste NOSI_ZVK_INF_GOP

GOP	Beschreibung
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	
01510	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 2 Stunden
01511	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 4 Stunden
01512	Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 6 Stunden
Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	
02100	Infusion
02101	Infusionstherapie, mindestens 60 Min
02120	Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika

Liste NOSI_ZVK_ONKOVEREINB_GOP

GOP	Beschreibung
Onkologie-Vereinbarung	
86516	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“

Anhang A.2: Erhebungsinstrument: Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen – Erforderlichkeit der Daten (Übersicht über die Exportfelder)

Exportdatenfelder

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)
§ 301 (Krankenhaus)		
1	Angabe der Quelle des Datensatzes[2]	source(301)@quelle
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[3]	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[4]	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd
10	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek

[2] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[3] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[4] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)
12	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd
13	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation
14	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek
15	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops
16	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisation
17	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum
18	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[5]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung
§ 301 (AMBO)		
20	Angabe der Quelle des Datensatzes[6]	source(kh_ambo)@quelle
21	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[7]	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art
22	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[8]	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland
23	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer
24	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum
25	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd
26	Seitenlokalisation der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisation
27	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit

[5] Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.
[6] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[7] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[8] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)
28	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek
29	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek
30	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation [9]	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm
31	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum
32	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops
33	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisation
34	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum
§ 295 (Kollektivvertraglich)		
35	Angabe der Quelle des Datensatzes[10]	source(295k)@quelle
36	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[11]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art
37	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[12]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion
38	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer
39	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum
40	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum
41	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd
42	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation
43	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit
44	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm
45	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum
46	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops

[9] Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.
[10] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[11] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[12] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)
47	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisation
§ 284 (Stammdaten)		
48	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht
49	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr
50	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum
51	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V
52	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[13]	Stamm@versicherungsdatum
53	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus
54	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr
55	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes	sequential_nr(Admin)@lfdnr
56	Bezugsjahr der Spezifikation (Indexjahr)[14]	Admin@erfassungsjahr

[13] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[14] Das Erfassungsjahr wird nur für Filterzwecke verwendet und nicht exportiert

© 2015 AQUA-Institut GmbH

Anhang B: Erhebungsinstrumente für das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen*

© 2015 AQUA-Institut GmbH