

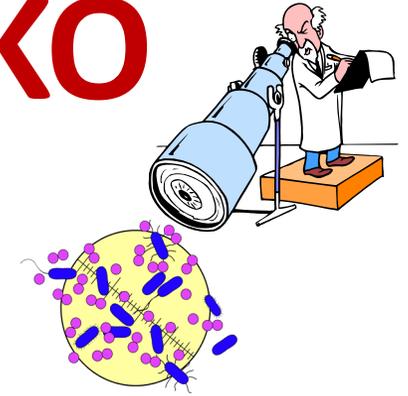


Christine Geffers

**Institut für Hygiene und Umweltmedizin,
Charité-Universitätsmedizin Berlin**

**Nationales Referenzzentrum für Surveillance
von nosokomialen Infektionen**

Aktualisierung der KRINKO Empfehlung



Surveillance von nosokomialen Infektionen

2020

Liste der aktuell gültigen KRINKO-Empfehlungen

- » [Surveillance von nosokomialen Infektionen \(2020\)](#)
- » [Anforderungen der Hygiene an abwasserführende Systeme in medizinischen Einrichtungen \(2020\)](#)

KRINKO Empfehlung 2020

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:228–241
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03077-8>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
von Springer Nature 2020

Surveillance von nosokomialen Infektionen

Empfehlung der Kommission
für Krankenhaushygiene und
Infektionsprävention (KRINKO) beim
Robert Koch-Institut

Ersetzt:

- Empfehlung zur **Surveillance von nosokomialen Infektionen** aus dem Jahr **2001**
- Empfehlung zur **Surveillance von postoperativen Wundinfektionen in Einrichtungen für das ambulante Operieren** von **2003**.

Primäre Zielgruppe der Empfehlungen

Die **Leiter** und **Hygienefachpersonal** von

- **Krankenhäusern**
- **Einrichtungen für ambulantes Operieren**
- **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**
mit vergleichbarer
medizinischer Versorgung

Erweiterte Zielgruppe der Empfehlungen

Ambulante Medizin:

Auch Bereiche der ambulanten Medizin, z.B. Dialyse- oder Heimbeatmungseinrichtungen, sollten ein Surveillance-System etablieren.

Die Hinweise in der KRINKO Empfehlung können für die Entwicklung einer angepassten Surveillance genutzt werden.

Surveillance von nosokomialen Infektionen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut

14 Seiten
7 Empfehlungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung, Definitionen und Hintergrund
 - 1.1. Zielgruppe dieser Empfehlung
 - 1.2. Bezug zu vorausgegangenen Empfehlungen der KRINKO
2. Ziel der Surveillance
3. Evidenz für die Surveillance als Methode zur Reduktion von nosokomialen Infektionen
4. Surveillance-Methoden für das interne Qualitätsmanagement
 - 4.1. Externe versus eigene Surveillance-Methoden und -Falldefinitionen
 - 4.2. Definitionen für nosokomiale Infektionen für die Surveillance
 - 4.3. Surveillance-Personal
 - 4.4. Erkennung von Infektionsfällen (Zählerdaten) mit Hilfe von Indikatoren
 - 4.5. Bestimmung der Bezugsdaten (Nennerdaten)
 - 4.6. Surveillance-Protokolle
 - 4.7. Orientierung an nationalen Daten
 - 4.8. Unterstützung durch die Informatik und das Controlling
5. Auswahl der Infektionsarten und Bereiche für die Surveillance in der eigenen Einrichtung
 - 5.1. Auszuwählende Bereiche
 - 5.2. Auszuwählende Infektionen
6. Interpretation von Surveillance-Daten
7. Hinweise zum Feedback von Surveillance-Daten
8. Evaluation der Surveillance in der eigenen Einrichtung
9. Surveillance im Sinne des internen Qualitätsmanagements versus externe Qualitätssicherung
10. Empfehlungen
Literatur
Anhang: Glossar

1. Einleitung, Definitionen und Hintergrund

Unter „Surveillance“ von nosokomialen Infektionen ist die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation der Daten zu diesen Infektionen, die zur Planung, Einführung und Evaluation von medizinischen Maßnahmen notwendig sind, zu verstehen. Dazu gehört die aktuelle Übermittlung der Daten an diejenigen, die diese Informationen benötigen [1].

Die Pflicht zur Surveillance wurde in Deutschland im Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgelegt; gemäß § 23 Abs. 4 der Novellierung des IfSG aus dem Jahr 2011 haben die Leiter¹ von Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Nach Absatz 4a hat das Robert Koch-Institut (RKI) entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundes-

¹ Grundsätzlich sind in diesem Dokument bei allen Berufs- bzw. Gruppenbezeichnungen immer alle Geschlechter gemeint.

gesundheitsblatt zu veröffentlichen. Das erfolgte zuletzt im Jahr 2013 [2].

Nachfolgend gibt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) Empfehlungen zur praktischen Umsetzung des § 23 Abs. 4 IfSG und ergänzt damit die o.g. Veröffentlichung des RKI. Im Sinne ihrer Zuständigkeit beschränkt sich die KRINKO hier auf die Empfehlungen zur Umsetzung bei der Surveillance von nosokomialen Infektionen; Empfehlungen zur Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sind nicht Gegenstand dieser Empfehlung und von Seiten der KRINKO auch nicht geplant.

Diese Empfehlung bezieht sich nur auf die Anwendung der Surveillance für das interne Qualitätsmanagement. Darüber hinausgehende Verpflichtungen zur Dokumentation nosokomialer Infektionen, wie zum Beispiel die Dokumentation postoperativer Wundinfektionen nach Vorgabe der externen Qualitätssicherung (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQ-TIG) unterliegen anderen Prinzipien und sind nicht Gegenstand dieser Empfehlung (s. Kapitel 9).

Aktuell ist Surveillance in Deutschland in erster Linie in Krankenhäusern standardisiert etabliert, da mit dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) stratifizierte nationale Referenzdaten für diesen Bereich vorliegen. Es existiert ein Surveillance-Protokoll für postoperative Wundinfektionen im ambulanten Bereich [3]. Wegen der erheblichen Variabilität der Patientenzahlen in ambulanten Einrichtungen steht hier vor allem die Surveillance im lang-

der endemi-
onen ab.
sbrüchen no-
hingegen *nicht*
llance, da die-
dere Ansätze
zum Vorgehen
e Empfehlung
management
n bei gehäuf-
r Infektionen“

beachtet wer-
zung aller be-
nahmen nicht
alen Infektio-

er Bestandteil
gements nach
“-Zyklus, der
rstufigen An-
nt verdeutlicht
ntifiziert wird,
Problemana-
s müssen ge-
nden werden,
plementieren.
len Ausgangs-
nd können im
ngeleiteten In-
legen.

Surveillance-
zierung noso-
lamit zu einer
itssteigerung
entsprechend
le wesentliche

samkeit für
mialen Infek-
on Problemen
se und die

rten Inter-

veillance
ktion von
onen

ng von nos-
ähren und da-
haben. Dabei
omialer Infek-

KRINKO- Empfehlungen





Empfehlungen 1/7

Die Durchführung einer Surveillance von nosokomialen Infektionen nach den Vorgaben des IfSG und den Festlegungen des Robert Koch-Institutes (Kat. IV)

IfSG
Infektionsschutzgesetz



Gesetzliche Verpflichtung zur Surveillance

Infektionsschutzgesetz (IfSG) §23

Gesetzlicher Hintergrund §

- §23 des IfSG fordert die Surveillance
(=**Aufzeichnung, Bewertung, Schlussfolgerungen**) von
 - nosokomialen Infektionen
 - Erregern mit besonderen Resistenzen/Multiresistenzen
 - Antibiotikaverbräuchen
- Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die **Aufzeichnungen, Bewertungen** und **Schlussfolgerungen** zu gewähren

Gesetzlich eingeforderter Umfang der Infektions-Surveillance*

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:580–583
DOI 10.1007/s00103-013-1705-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Bekanntmachung des Robert Koch-Institutes

Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Fortschreibung der Liste der gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG zu erfassenden nosokomialen Infektionserreger mit speziellen Resistenzen

Tab. 1 Übersicht über die gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b IfSG zu erhebenden nosokomialen Infektionen

Je nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen (z. B. identifizierten Risikobereichen) sind aus den folgenden Risikobereichen (Krankenhaus bzw. Einrichtung für die Erbringung von Gesundheitsleistungen) jeweils geeigneten und angemessenen Maßnahmen zur Erfassung und Bewertung von Infektionen auszuwählen und festzulegen:

– Postoperative Wundinfektionen (z. B. nach Operationen)
– Katheter-assoziierte Septikämien
– Beatmungsassoziierte Pneumonien
– Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Nosokomiale Diarrhöen durch *C. difficile* (CDAD) sollen in allen Bereichen eines Krankenhauses erhoben werden

Methode ist nicht vorgegeben!

Umfang in Abhängigkeit der eigenen Risikobereiche



KRANKENHAUS

Entsprechend der eigenen Risiko-
bereiche aus der folgenden Liste auszuwählen:

- Postoperative Wundinfektionen
- Katheter-assoziierte Septikämien
- Beatmungsassoziierte Pneumonien
- Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Immer: CDAD im gesamten Krankenhaus

Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheits- erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Fortschreibung der Liste der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2
Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG
zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheits-
erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Tab. 1 Übersicht über die gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b
IfSG zu erhebenden nosokomialen Infektionen

Je nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen (d. h. entsprechend den nachvollziehbar
identifizierten Risikobereichen) sind aus der folgenden Liste die in der jeweiligen Einrichtung
(Krankenhaus bzw. Einrichtung für ambulantes Operieren) für die Erfassung und Bewertung
jeweils geeigneten und angemessen aussagekräftigen nosokomialen Infektionen auszuwählen
und festzulegen:

- Postoperative Wundinfektionen (anhand geeigneter Indikatoroperationen)
- Katheter-assoziierte Septikämien
- Beatmungsassoziierte Pneumonien
- Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Nosokomiale Diarrhöen durch *C. difficile* (CDAD) sollen in allen Bereichen eines Krankenhauses
erhoben werden

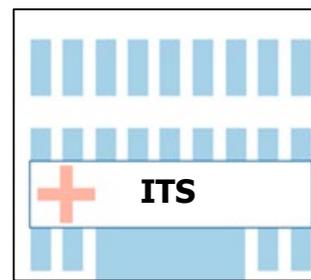
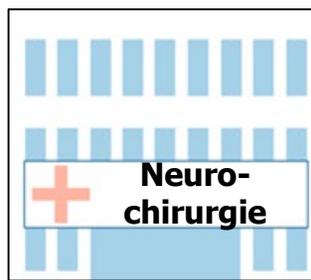
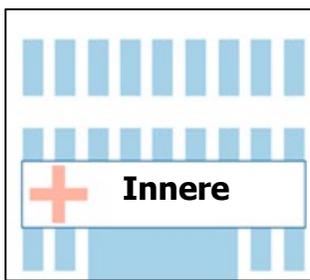
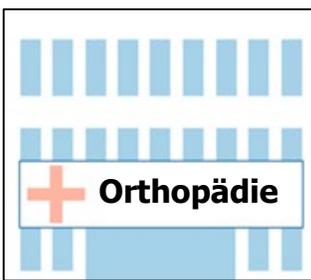
Beispiel



KRANKENHAUS



**Surveillance
von Post-OP-WI
bei Kolon-OP's**



Immer: CDAD im gesamten Krankenhaus

**Umfang in
Abhängigkeit
der eigenen
Risikobereiche**

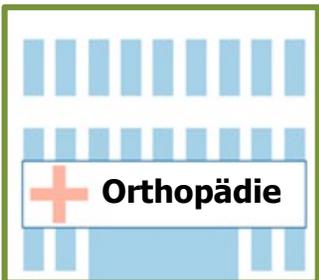
Beispiel



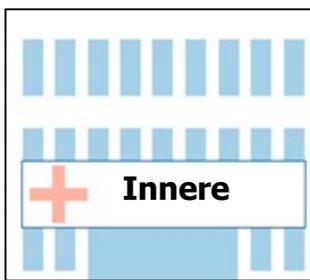
KRANKENHAUS



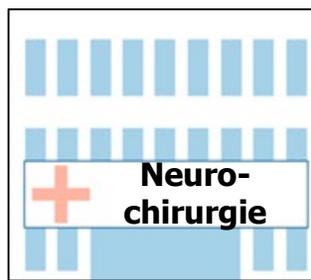
Surveillance von Post-OP-WI bei Kolon-OP's



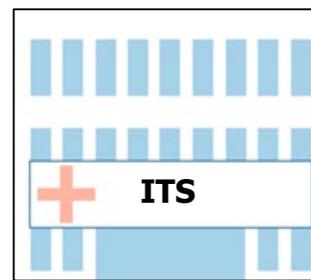
Surveillance von Post-OP-WI bei Hüftendoprothesen



+ Innere



+ Neurochirurgie



+ ITS

Immer: CDAD im gesamten Krankenhaus

Umfang in Abhängigkeit der eigenen Risikobereiche

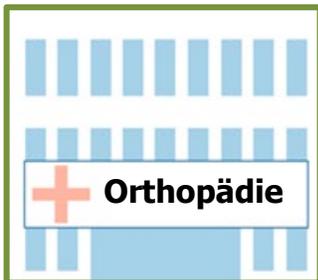
Beispiel



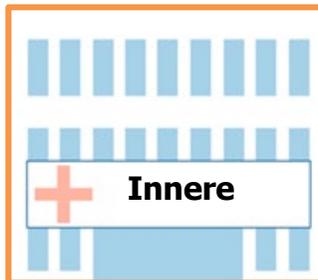
KRANKENHAUS



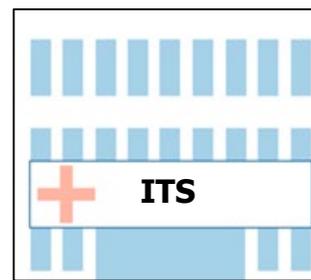
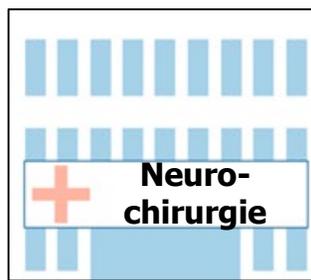
Surveillance von Post-OP-WI bei Kolon-OP's



Surveillance von Post-OP-WI bei Hüftendoprothesen



Surveillance von HWK-ass. HWI



Immer: CDAD im gesamten Krankenhaus

Umfang in Abhängigkeit der eigenen Risikobereiche

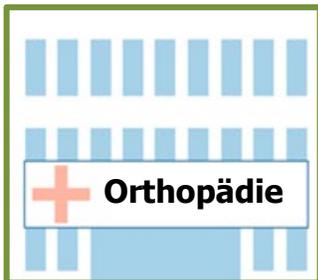
Beispiel



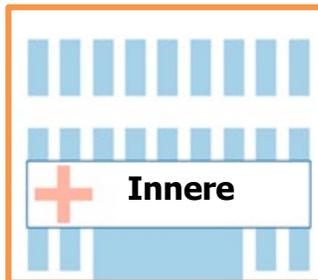
KRANKENHAUS



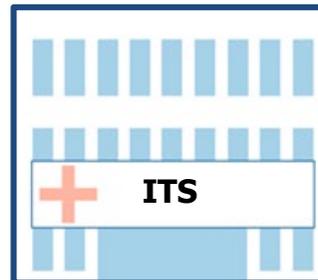
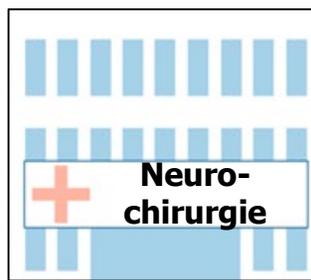
Surveillance von Post-OP-WI bei Kolon-OP's



Surveillance von Post-OP-WI bei Hüftendoprothesen



Surveillance von HWK-ass. HWI



Surveillance von

- HWK-ass. HWI
- ZVK-ass. Sepsis
- beatm.-ass. Pneumonie

Immer: CDAD im gesamten Krankenhaus

**Umfang in
Abhängigkeit
der eigenen
Risikobereiche**



Empfehlungen 2/7

Die **Auswahl** der zu erfassenden nosokomialen Infektionen für definierte Risikobereiche in der **Hygienekommission** zu treffen
(ohne Kategorie)



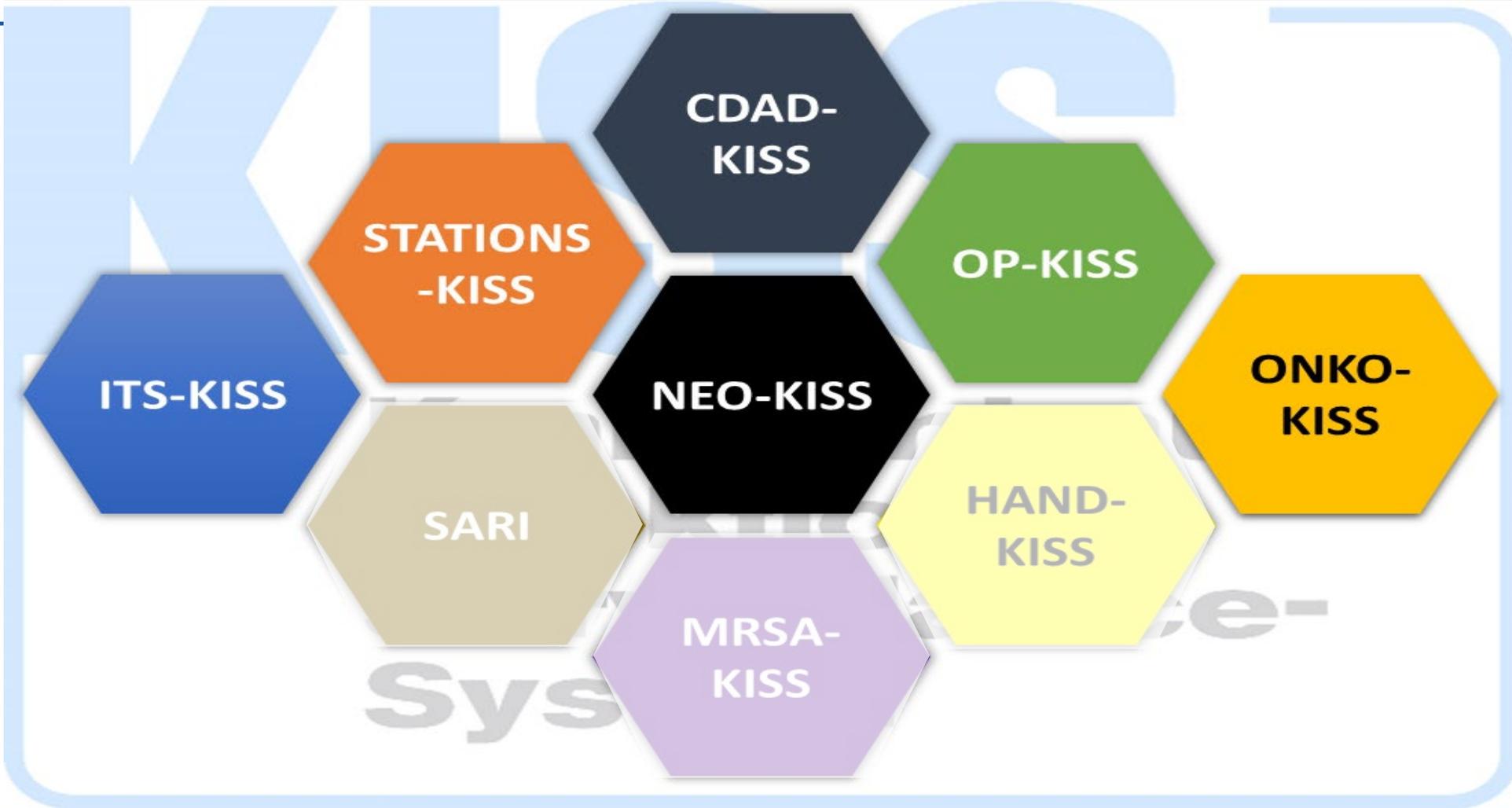
Empfehlungen 3/7

**Eine bevorzugte Anwendung der Definitionen und Surveillance-Protokolle von KISS, um sich an Vergleichsdaten orientieren zu können
(Kat. II)**

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System

- **Bereitstellung** risikoadaptierter **Methoden zur Surveillance** in relevanten Bereichen bzw. Populationen zur Erhebung von Daten zu
 - **nosokomialen Infektionen inkl. CDAD**
 - dem Vorkommen epidemiologisch relevanter Erreger (MRSA, VRE, MRGN)
 - infektionsrelevanter Parameter in Krankenhäusern (z.B. Händedesinfektionsmittel-verbrauch, Händedesinfektions-Compliance, AB-Verbrauch)
- **Bereitstellung** der für das Datenmanagement notwendigen **Software**
- **Bereitstellung** von **Referenzdaten**
- **Nationales Netzwerk** von stationären und ambulanten Einrichtungen im Gesundheitswesen

KISS Module



Tab. 2 Vergleich verschiedener Methoden von Surveillance

Herangehensweise	Vorteile	Nachteile
Teilnahme an KISS-Modulen	<ul style="list-style-type: none">— Protokolle inklusive Definitionen sind verfügbar und anerkannt— Etabliertes Schulungskonzept und Schulungspersonal vorhanden, um die Anwendung der Definitionen regelmäßig zu trainieren— Dateneingabesysteme und Systeme zur Berechnung der eigenen Infektionsraten sind webbasiert verfügbar— Referenzdaten sind verfügbar/ein Vergleich mit anderen Einrichtungen ist möglich— Qualitätssicherungskriterien sind vorhanden	<ul style="list-style-type: none">— Protokolle sind nicht für alle Patientengruppen und Infektionsarten verfügbar— Teilweise sind die eigenen Patienten nicht vergleichbar mit denen der übrigen teilnehmenden Einrichtungen
Nutzung der KISS-Methoden und Definitionen ohne Teilnahme an KISS	<ul style="list-style-type: none">— Protokolle inklusive Definitionen sind verfügbar und anerkannt— Keine Teilnahme an Einführungskursen oder Erfahrungsaustauschen erforderlich	<ul style="list-style-type: none">— Kein regelmäßiges Training zum Umgang mit den Definitionen (Validität des Vergleichs an Referenzdaten?)— Kein Dateneingabesystem und keine webbasierte Berechnung der Infektionsraten

KRINKO 2020

**Entweder aktive Teilnahme am KISS
oder
Anwendung der KISS-Methode**

Tab. 2 Vergleich verschiedener Methoden von Surveillance

Herangehensweise	Vorteile	Nachteile
Teilnahme an KISS-Modulen	<ul style="list-style-type: none"> — Protokolle inklusive Definitionen sind verfügbar und anerkannt — Etabliertes Schulungskonzept und Schulungspersonal vorhanden, um die Anwendung der Definitionen regelmäßig zu trainieren — Dateneingabesysteme und Systeme zur Berechnung der eigenen Infektionsraten sind webbasiert verfügbar — Referenzdaten sind verfügbar/ein Vergleich mit anderen Einrichtungen ist möglich — Qualitätssicherungskriterien sind vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> — Protokolle sind nicht für alle Patientengruppen und Infektionsarten verfügbar — Teilweise sind die eigenen Patienten nicht vergleichbar mit denen der übrigen teilnehmenden Einrichtungen
Nutzung der KISS-Methoden und Definitionen ohne Teilnahme an KISS	<ul style="list-style-type: none"> — Protokolle inklusive Definitionen sind verfügbar und anerkannt — Keine Teilnahme an Einführungskursen oder Erfahrungsaustauschen erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> — Kein regelmäßiges Training zum Umgang mit den Definitionen (Validität des Vergleichs an Referenzdaten?) — Kein Dateneingabesystem und keine webbasierte Berechnung der Infektionsraten

KRINKO 2020

**Entweder aktive Teilnahme am KISS
oder
Anwendung der KISS-Methode**



Empfehlungen 4/7

Training der für die Surveillance verantwortlichen Mitarbeiter in der Anwendung der Definitionen anhand von konkreten klinischen Beispielen oder Fallbeispielen zur Verbesserung der Sensitivität und Spezifität der Infektionserfassung
(Kat. II)

Trainingskasuistik

Anamnese:

Eine 70 jährige Patientin wird über die Rettungsstelle aufgenommen mit Verdacht auf Pneumonie.

<u>1. Tag</u>	Übernahme der Patientin von der Rettungsstelle auf die ITS. Patientin erhält einen ZVK und einen transurethralen Harnwegkatheter (HWK). Intubation bei akuter respiratorischer Insuffizienz, Temperatur um 38°C, Röntgen-Thorax: Verdichtung rechter Unterlappen, DD: Infiltrat. Reichlich gelblich abzusaugen, RG´s bds. Beginn Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon und Levofloxacin.
<u>3. Tag</u>	Weiterhin Temperatur um 38°C. Mikrobiologische Untersuchung des Trachealsekrets (TS): kein Erregernachweis
<u>4. Tag</u>	CT-Thorax: fleckige Verdichtung, Infiltrate rechter Unterlappen (UL) und Mittellappen (ML)
<u>5. Tag</u>	Mikrobiologische Untersuchung des TS: vereinzelt Sproßpilze. Temp. 38,2°C
<u>7. Tag</u>	Mikrobiologische Untersuchung des TS: Pseudomonas aeruginosa, vereinzelt Sproßpilze. Temp. 37,7°C. Umstellung AB-Therapie auf Tazobac®
<u>8. Tag</u>	Operative Tracheotomie mit Einlage einer Trachealkanüle.
<u>9. Tag</u>	Temperaturanstieg auf 39,1°C, ZVK-Wechsel, AB: 3 Tage zusätzlich Ceftriaxon
<u>10. Tag</u>	Temp. um 39°C; erneuter ZVK-Wechsel, Abnahme von Blutkulturen (BK).
<u>12. Tag</u>	Röntgen-Thorax: unveränderte Infiltrate rechter UL und ML. Mikrobiologische Untersuchung des TS: Pseudomonas aeruginosa
<u>14. Tag</u>	Weiterhin Temperaturen um 38,5 °C, erneuter ZVK-Wechsel
<u>15. Tag</u>	Ergebnis der BK vom Tag 10: kein Wachstum. Absetzen der AB-Therapie, bei pulmonaler Stabilisierung.
<u>19. Tag</u>	Pulmonal stabil. Röntgen-Thorax im Vergleich zu Voraufnahmen Rückgang der Infiltrate. Temperaturen um 38,5°C. Pat. tachycard und hypoton. Abnahme von BK.
<u>21. Tag</u>	Ergebnis der BK von Tag 19: BK 1: Staphylococcus aureus. BK 2: Staphylococcus aureus. AB: Ceftazidim und Vancomycin i.v.
<u>23. Tag</u>	Temp. 37,7°C, deutliche Besserung des Allgemeinzustandes.

B1 primäre laborbestätigte Sepsis

ungsstelle aufgenommen mit Verdacht

1. Tag	Übernahme der Patientin von der Rettungsstelle auf die ITS. Patientin erhält einen ZVK und einen transurethralen Harnwegkatheter (HWK). Intubation bei akuter respiratorischer Insuffizienz, Temperatur um 38°C, Röntgen-Thorax: Verdichtung rechter Unterlappen, DD: Infiltrat. Reichlich gelblich abzusaugen, RG´s bds. Beginn Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon und Levofloxacin.
3. Tag	Weiterhin Temperatur um 38°C. Mikrobiologische Untersuchung des Trachealsekrets (TS): kein Erregernachweis
4. Tag	CT-Thorax: fleckige Verdichtung, Infiltrate rechter Unterlappen (UL) und Mittellappen (ML)
5. Tag	Mikrobiologische Untersuchung des TS: vereinzelt Sproßpilze. Temp. 38,2°C
7. Tag	Mikrobiologische Untersuchung des TS: Pseudomonas aeruginosa, vereinzelt Sproßpilze. Temp. 37,7°C. Umstellung AB-Therapie auf Tazobac®
8. Tag	Operative Tracheotomie mit Einlage einer Trachealkanüle.
9. Tag	Temperaturanstieg auf 39,1°C, ZVK-Wechsel, AB: 3 Tage zusätzlich Ceftriaxon
10. Tag	Temp. um 39°C; erneuter ZVK-Wechsel, Abnahme von Blutkulturen (BK).
12. Tag	Röntgen-Thorax: u... : Pseudomonas aeruginosa
14. Tag	Weiterhin Te...
15. Tag	Ergebnis der ... bilisierung.
19. Tag	Pulmonal stabil. Röntgen-Thorax im Vergleich... der Infiltrate. Temperaturen um 38,5°C. Pat. tachycard und hypoton. Abnahme von BK.
21. Tag	Ergebnis der BK von Tag 19: BK 1: Staphylococcus aureus. BK 2: Staphylococcus aureus. AB: Ceftazidim und Vancomycin i.v.
23. Tag	Temp. 37,7°C, deutliche Besserung des Allgemeinzustandes.

Nachweis eines pathogenen Erregers in BK, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle assoziiert ist

Laborbestätigte primäre Sepsis

Positive Blutkultur	
mit	mit
Nachweis mind. eines Pathogens	Nachweis mind. eines Kommensalen (z.B. gewöhnlicher Hautkeim)
X	<input type="checkbox"/>
oder	
und	
	Nochmaliger Nachweis des gleichen Kommensalen in mind. einer weiteren Blutabnahme
	<input type="checkbox"/>
und mind. eines...	
	• Fieber (> 38°C)
	<input type="checkbox"/>
	• Schüttelfrost
	<input type="checkbox"/>
	• Hypotonie
	<input type="checkbox"/>
und	
nachgewiesene pathogene Erreger bzw. Kommensale sind nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert	
	X
B1	
laborbestätigte primäre Sepsis	



Empfehlungen 5/7

Eine umfangreiche Unterstützung der Surveillance durch das Controlling und den Informationstechnologie Bereich des Krankenhauses, um eine hohe Effizienz zu erreichen (z. B. Entwicklung semiautomatischer Systeme) (ohne Kategorie)



Empfehlungen 5/7

Eine umfangreiche Unterstützung der Surveillance durch das Controlling und den Informationstechnologie Bereich des Krankenhauses, um eine hohe Effizienz zu erreichen (z. B. Entwicklung semiautomatischer Systeme)
(ohne Kategorie)

z.B. Bereitstellung von OP-Listen zur Verfolgung von Patienten mit Indikator-Operationen

Beispiel für semiautomatische Surveillance für primäre Sepsis



1. IT liefert Liste von Patienten mit positiver Blutkultur
2. Surveillance Personal prüft, ob Definition für primäre Sepsis erfüllt ist

Vorteile:

- Reduktion des Aufwandes, da nur die Akten von Patienten mit pos. Blutkultur durchgesehen werden
- Kein „Übersehen“ von Befunden



Empfehlungen 6/7

**Die Einbeziehung aller in die
Behandlung involvierten Mitarbeiter in
die Kommunikation von Surveillance-
Daten sowie die Präsentation der Daten
in einer Form, die deren Analyse und
damit die ggf. abzuleitenden
Interventionen fördert
(ohne Kategorie)**

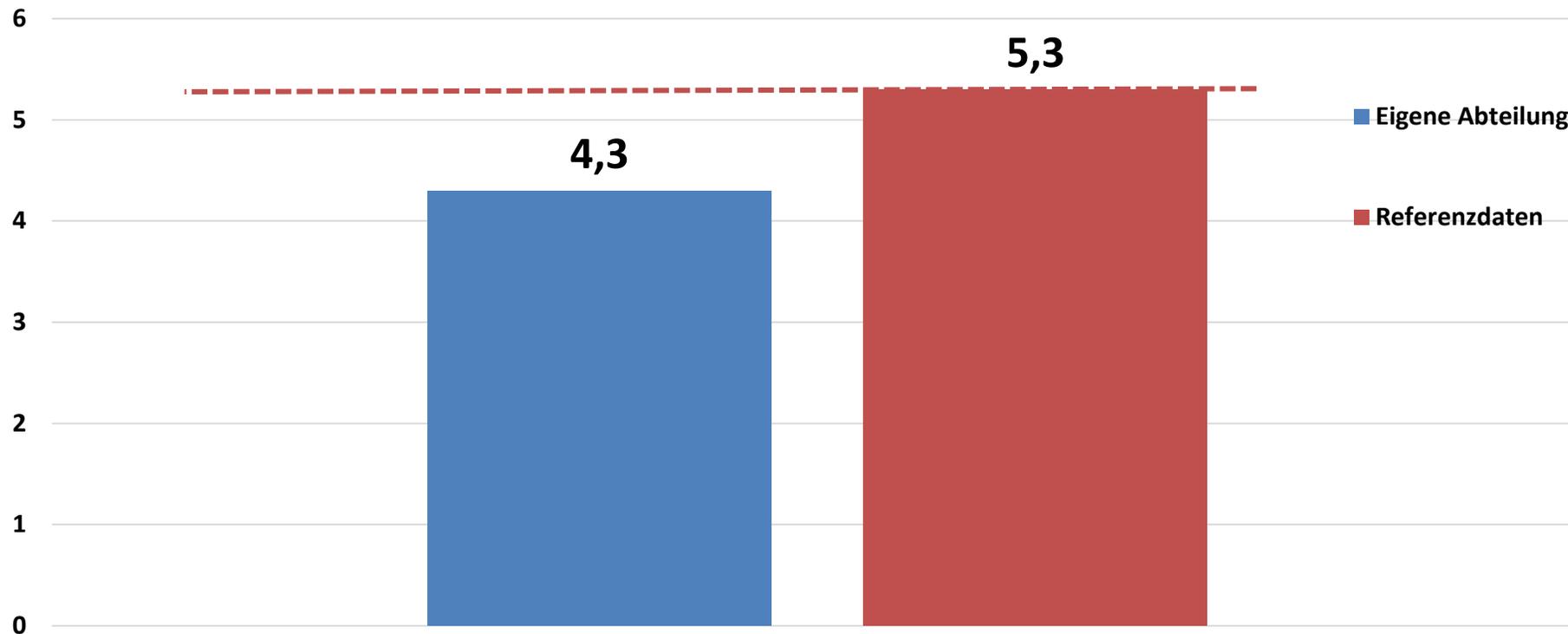
Vorstellung der Surveillance-Daten

- **Teilnehmer:** die an der für die jeweilige Infektion relevanten **Versorgung des Patienten beteiligten Personen**
- **Keine Präsentation von “Lösungen”**
- **Offene Diskussion**
- **Aufbereitung der Surveillance Daten in geeigneter Form...**



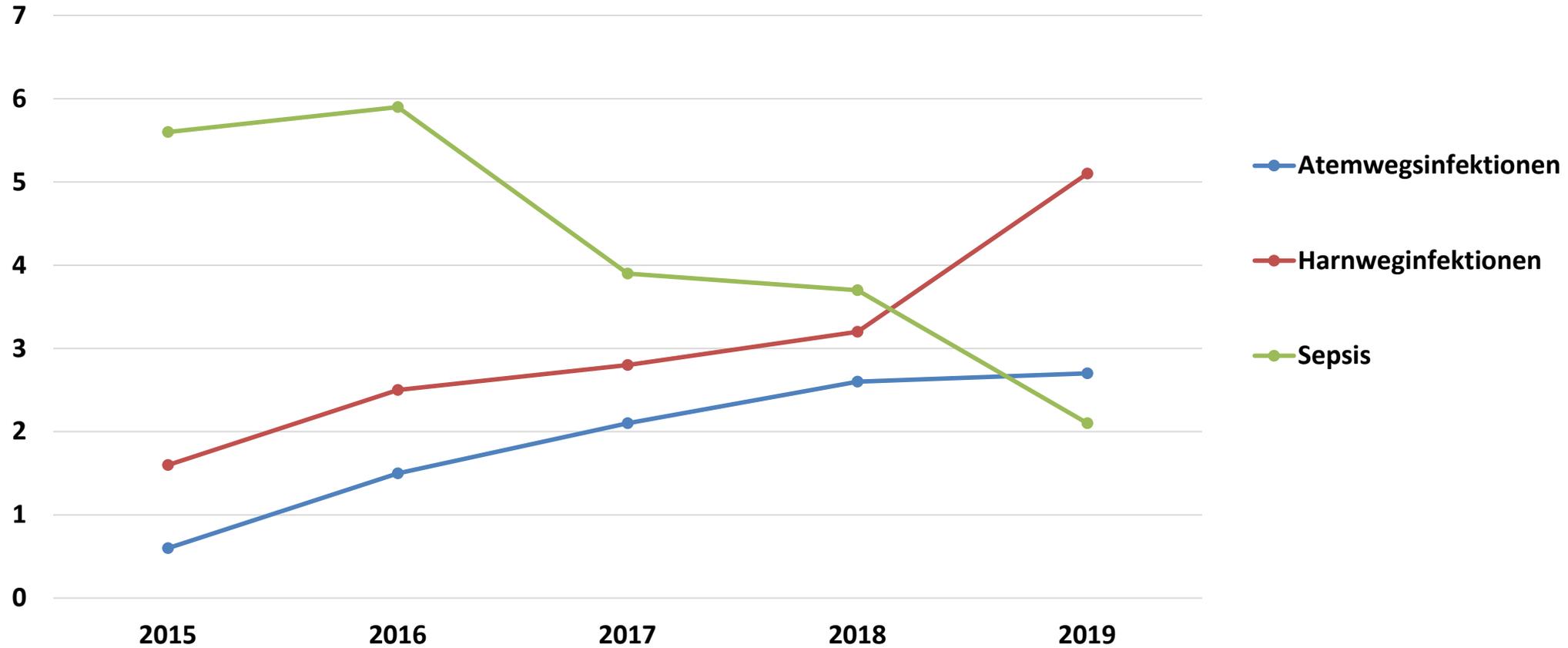
Vergleich mit Referenzdaten

Postoperative Wundinfektionsrate nach Cholezystektomie
(offen chirurgisch)



Verlauf der eigenen Raten über die Zeit

Device-ass. Infektionsraten einer Station





Empfehlungen 7/7

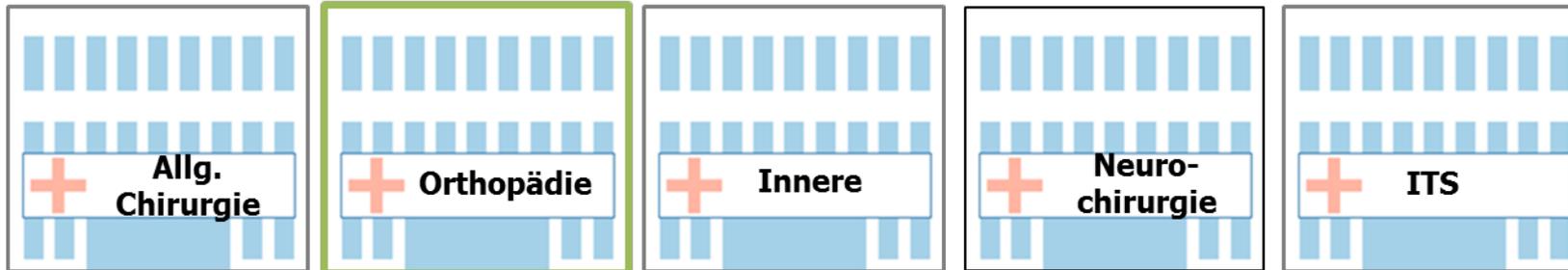
Die regelmäßige **Evaluierung
und **ggf. Anpassung** des
Surveillance-Programmes
(ohne Kategorie)**

Umfang einer Infektions-Surveillance



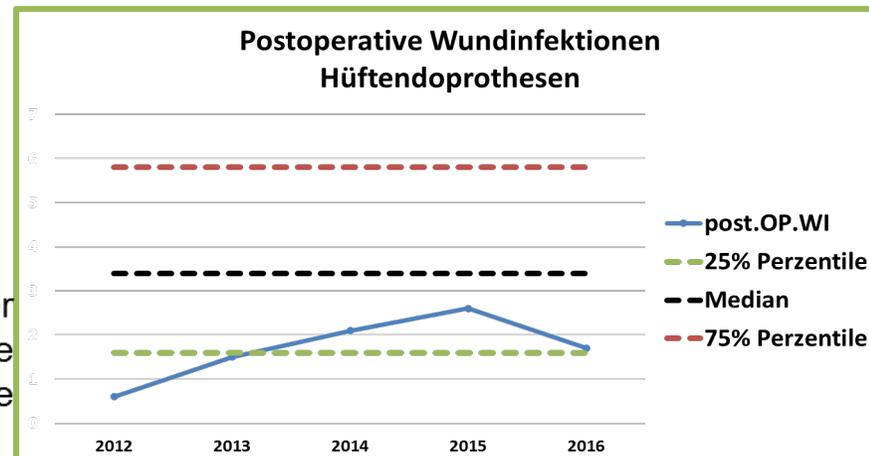
Beispiel

KRANKENHAUS



Surveillance von Post-OP-WI bei Hüftendoprothesen

Verlauf der Wundinfektionsrate über die letzten 5 Jahre

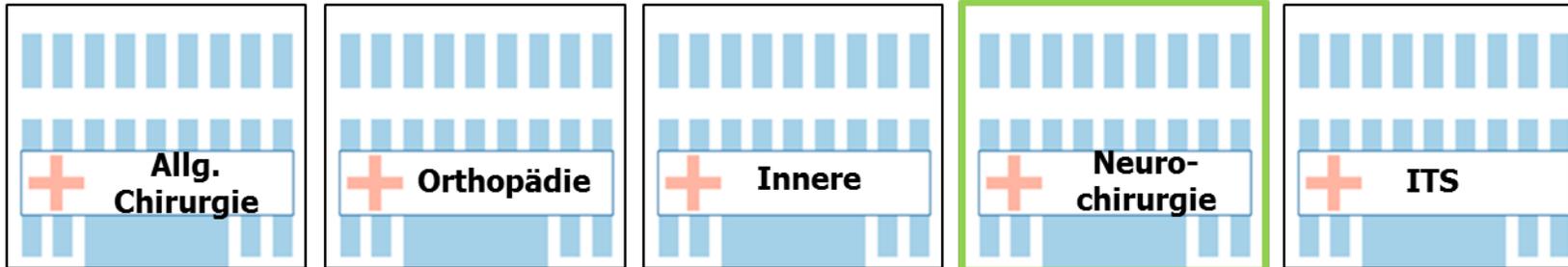


Umfang einer Infektions-Surveillance



Beispiel

KRANKENHAUS



Beendigung der Surveillance in
Orthopädie und Start Surveillance in
Neurochirurgie

Surveillance von
Post-OP-WI
bei
Kraniotomien

Zusammenfassung

- **Neue KRINKO Empfehlungen ersetzen 17 bzw. 19 Jahre alte Empfehlungen**
- **Geben eher allgemeine Hinweise mit Möglichkeit individueller Umsetzung**
- **Neben Beachtung gesetzlicher Vorgaben sollte die KISS-Methode als Grundlage dienen**