



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Erweiterte Machbarkeitsprüfung
Anhang

Stand: 10. April 2015

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

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



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Prozess“

Stand: 5. Mai 2014

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 krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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.

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i></p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2	Kathetersystem	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i></p>

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	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>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</p>	Nach Einschätzung des verantwortlichen, behandelnden Arztes vor Anlage des zentralvenösen Gefäßzugangs.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i></p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Der Tag der ZVK-Anlage wird als Tag 0 gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>bitte B.1 beantworten</i>) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10	Verlegung des Patienten von Station mit auf Station ohne intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Der Tag der Verlegung wird als Tag 1 gezählt.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (<i>bitte B.1 beantworten</i>) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
13	Datum Entnahme des ZVK	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i></p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14	Weitere zentralvenöse Gefäßzugänge gelegt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i>

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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i></p>

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 6

Fall 6 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	6	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 7

Fall 7 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	7	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 8

Fall 8 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	8	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 9

Fall 9 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	9	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 10

Fall 10 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	10	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 11

Fall 11 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	11	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 12

Fall 12 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	12	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 13

Fall 13 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	13	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 14

Fall 14 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	14	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 15

Fall 15 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	15	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 16

Fall 16 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	16	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 17

Fall 17 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	17	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 18

Fall 18 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	18	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 19

Fall 19 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	19	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.

Fall 20

Fall 20 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	20	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die Versichertennummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 1 = konventioneller ZVK 2 = PICC-Line 3 = teilimplantierter/getunnelter ZVK 4 = anderes	<p>1 = Der konventionelle (Standard-)ZVK kann als Einfach-, Doppel- oder Dreifach-Lumen-Katheter angelegt 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4 = ein Port ist ein vollständig implantierter zentraler Gefäßzugang, ohne extrakorporale Anteile</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Datum der Anlage	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend

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	<input type="checkbox"/> 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 Gefäßzugangs <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
7	Geplante Nutzungsdauer	<input type="checkbox"/> 1 = kurzfristig 2 = langfristig	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8	Vorhandensein des ZVK am zweiten Tag nach Anlage	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 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 <u>Mehrfachnennungen möglich</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <u>gleichzeitig</u> vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Infektion“

Stand: 5. Mai 2014

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 krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

Eingriff und Diagnostik

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Prozedur (OPS)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> [x-xxx.xx]	<p>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</p> <p>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.</p>

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten)</p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i></p>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein</i> , zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt anzugeben.

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eines der folgenden klinischen Anzeichen oder Symptome ohne andere erkennbare Ursache: Fieber ($> 38^\circ\text{C}$, rektal), Hypothermie ($< 37^\circ\text{C}$, 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versicherungsnummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versicherungsnummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	<p>Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält.</p> <p>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</p>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	<p>Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält.</p> <p>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</p>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

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?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

Fall 7

Fall 7 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	7	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer der neuen Versichertenkarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

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?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

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 Versicherungsnummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

Fall 10

Fall 10 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	10	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versicherungsnummer der neuen Versicherungskarte in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Aufnahmedatum Krankenhaus	_____ [tt.mm.jjjj]	
Geburtsdatum	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
Hauptdiagnose (ICD10-GM)	_____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.
Nebendiagnose(n) (ICD10-GM)	_____ _____ _____ _____ [xxx.xx]	Bitte endstellig dokumentieren.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK	<input type="checkbox"/> 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 <i>nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</i> anzugeben.

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene	<input type="checkbox"/> 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.

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6	Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Die primäre, durch Labor bestätigte Sepsis wird gemäß der CDC-Kriterien definiert als eine Sepsis, für die (mindestens) eines der folgenden Kriterien vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kriterium 1:</u> Kultureller Nachweis von pathogenen Erregern im Blut, welche nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert sind (Ausnahme: lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle) ▪ <u>Kriterium 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer	<p>Hier ist anzugeben, ob die veranlasste Blutkulturdiagnostik einen Nachweis eines multiresistenten Erregers enthält.</p> <p>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</p>

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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.



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

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)	<input type="checkbox"/> Min.					
Ausfüllen des Dokumentationsbogens	<input type="checkbox"/> Min.					

II. Wie bewerten Sie den in Frage I geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung des Dokumentationsbogens „Prozess“ im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)	<input type="checkbox"/> Min.					
Ausfüllen des Dokumentationsbogens	<input type="checkbox"/> Min.					

IV. Wie bewerten Sie den in Frage III geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung des Dokumentationsbogens „Infektion“ im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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-Surveillance-Systems (KISS) des Nationalen Referenzzentrums
- Ja, Teilnahme am KISS
- Nein

VI. Gibt es Überschneidungen mit weiteren Dokumentationsanforderungen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, mit welchen?</i>
---	------------------------------

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 Codes finden Sie in der Tabelle 1: Einschluss-Kodes ZVK. Ein Patient wird dann als ZVK-Patient identifiziert, wenn **mindestens einer dieser Codes dokumentiert wurde**. Für das QS-Verfahren ist es relevant, dass mit den Codes 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 Codes dokumentiert wird?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Falls ja, welche?</i>
---	--------------------------

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.

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

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-assoziiierter 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-assoziiierter 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.

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsskala: 1 = praktikabel 2 =bedingt praktikabel 3 = nicht praktikabel

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsskala: 1 = praktikabel 2 =bedingt praktikabel 3 = nicht praktikabel

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Fallbezogene Befragung: Dokumentationsbogen „Neonatologie“

Stand: 5. Mai 2014

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	<input type="text"/>	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	<input type="text"/> [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = nicht bestimmbar	selbsterklärend
Endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	<input type="text"/> Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
Gewicht des Kindes bei Geburt	<input type="text"/> g	selbsterklärend

Fall 1 – Basisdaten																																																																							
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<p style="text-align: center;">Fehlbildungsliste:</p> <p>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Albinismus</td><td>Handfehlbildungen</td><td>Osteogenesis imperfecta</td></tr> <tr><td>Alkoholsyndrom, fetales</td><td>Hepatomegalie</td><td>Phkomelien</td></tr> <tr><td>Alpha-1-Antitrypsinmangel</td><td>Hypospadie</td><td>Pierre-Robin-Sequenz</td></tr> <tr><td>Androgeninsensibilität</td><td>Kind einer diabetischen Mutter</td><td>Pulmonalstenose</td></tr> <tr><td>Aortenisthmusstenose, leichte Formen</td><td>Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch</td><td>Pylorusstenose</td></tr> <tr><td>Augenanomalien</td><td>Laryngomalazie</td><td>Skoliose</td></tr> <tr><td>Bartter-Syndrom</td><td>Leistenhernie</td><td>Thrombozytopathien</td></tr> <tr><td>Buphthalmos</td><td>Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</td><td>Thyreotoxikose</td></tr> <tr><td>CHARGE-Assoziation</td><td>Low-T4-Syndrom</td><td>Trisomie 21</td></tr> <tr><td>Dysplastische Zeichen (allgemein)</td><td>Marden-Walter-Syndrom</td><td>Tumor, abdominaler</td></tr> <tr><td>Ehlers-Danlos-Syndrom</td><td>Megaloenzephalie</td><td>Turner-Syndrom</td></tr> <tr><td>Einzelniere</td><td>Mikrozephalie</td><td>VATER-Assoziation</td></tr> <tr><td>Fußfehlstellungen</td><td>Mikrognathie</td><td>Ventrikelseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Gastroschisis</td><td>Naevi, erhabene kapilläre</td><td>Vorhofseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel</td><td>Niere, multizystische</td><td>Zwillinge, siamesische</td></tr> <tr><td>Goldenhar-Syndrom</td><td>Omphalozele</td><td></td></tr> </table> <p>3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Aortenisthmusstenose</td><td>Hypoplastisches Linksherz</td><td>Prune-Belly-Syndrom</td></tr> <tr><td>Dünndarmatresie</td><td>Kardiomegalie</td><td>TGA</td></tr> <tr><td>Fallotsche Tetralogie</td><td>Listeriose, angeborene</td><td>Zwerchfellhernie</td></tr> <tr><td>Harnstoffzyklus, Defekte im</td><td>Lungenhypoplasie</td><td></td></tr> <tr><td>Hydrops fetalis</td><td>Nierendegeneration, polyzystische</td><td></td></tr> </table> <p>4: letale Fehlbildungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Anenzephalie</td><td>Potter-Sequenz</td><td>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</td></tr> <tr><td>Nierenagenesie, bilateral</td><td>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</td><td></td></tr> </table>	Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta	Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phkomelien	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, abdominaler	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		Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom	Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA	Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie	Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie		Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische		Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	
Albinismus	Handfehlbildungen	Osteogenesis imperfecta																																																																					
Alkoholsyndrom, fetales	Hepatomegalie	Phkomelien																																																																					
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, abdominaler																																																																					
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																																																																						
Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom																																																																					
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA																																																																					
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie																																																																					
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie																																																																						
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische																																																																						
Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)																																																																					
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)																																																																						
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.																																																																					

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	selbsterklärend

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn ja, wie sollte er lauten?</i></p>

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.

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i></p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3	Sepsis/SIRS	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p><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.</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p> <p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>NRZ 2007</p> <p>Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
4	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	<input type="checkbox"/> 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. 2

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn B.1 „nein“, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Fall 2

Fall 2 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	2	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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

Fall 2 – Basisdaten																																																																							
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<p style="text-align: center;">Fehlbildungsliste:</p> <p>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Albinismus</td><td>Handfehlbildungen</td><td>Osteogenesis imperfecta</td></tr> <tr><td>Alkoholsyndrom, fetales</td><td>Hepatomegalie</td><td>Phokomelien</td></tr> <tr><td>Alpha-1-Antitrypsinmangel</td><td>Hypospadie</td><td>Pierre-Robin-Sequenz</td></tr> <tr><td>Androgeninsensibilität</td><td>Kind einer diabetischen Mutter</td><td>Pulmonalstenose</td></tr> <tr><td>Aortenisthmusstenose, leichte Formen</td><td>Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch</td><td>Pylorusstenose</td></tr> <tr><td>Augenanomalien</td><td>Laryngomalazie</td><td>Skoliose</td></tr> <tr><td>Bartter-Syndrom</td><td>Leistenhernie</td><td>Thrombozytopathien</td></tr> <tr><td>Buphthalmos</td><td>Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</td><td>Thyreotoxikose</td></tr> <tr><td>CHARGE-Assoziation</td><td>Low-T4-Syndrom</td><td>Trisomie 21</td></tr> <tr><td>Dysplastische Zeichen (allgemein)</td><td>Marden-Walter-Syndrom</td><td>Tumor, abdominal</td></tr> <tr><td>Ehlers-Danlos-Syndrom</td><td>Megaloenzephalie</td><td>Turner-Syndrom</td></tr> <tr><td>Einzelniere</td><td>Mikrozephalie</td><td>VATER-Assoziation</td></tr> <tr><td>Fußfehlstellungen</td><td>Mikrognathie</td><td>Ventrikelseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Gastroschisis</td><td>Naevi, erhabene kapilläre</td><td>Vorhofseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel</td><td>Niere, multizystische</td><td>Zwillinge, siamesische</td></tr> <tr><td>Goldenhar-Syndrom</td><td>Omphalozele</td><td></td></tr> </table> <p>3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Aortenisthmusstenose</td><td>Hypoplastisches Linksherz</td><td>Prune-Belly-Syndrom</td></tr> <tr><td>Dünndarmatresie</td><td>Kardiomegalie</td><td>TGA</td></tr> <tr><td>Fallotsche Tetralogie</td><td>Listeriose, angeborene</td><td>Zwerchfellhernie</td></tr> <tr><td>Harnstoffzyklus, Defekte im</td><td>Lungenhypoplasie</td><td></td></tr> <tr><td>Hydrops fetalis</td><td>Nierendegeneration, polyzystische</td><td></td></tr> </table> <p>4: letale Fehlbildungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Anenzephalie</td><td>Potter-Sequenz</td><td>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</td></tr> <tr><td>Nierenagenesie, bilateral</td><td>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</td><td></td></tr> </table>	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, abdominal	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		Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom	Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA	Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie	Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie		Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische		Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	
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, abdominal																																																																					
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																																																																						
Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom																																																																					
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA																																																																					
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie																																																																					
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie																																																																						
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische																																																																						
Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)																																																																					
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)																																																																						
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.																																																																					

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</p> <p>ALLE folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			<p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</p> <p>Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein)</p> <p>UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber (> 38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5 °C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p> <p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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.

Fall 3

Fall 3 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	3	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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

Fall 3 – Basisdaten																																																																							
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<p style="text-align: center;">Fehlbildungsliste:</p> <p>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>Albinismus</td><td>Handfehlbildungen</td><td>Osteogenesis imperfecta</td></tr> <tr><td>Alkoholsyndrom, fetales</td><td>Hepatomegalie</td><td>Phokomelien</td></tr> <tr><td>Alpha-1-Antitrypsinmangel</td><td>Hypospadie</td><td>Pierre-Robin-Sequenz</td></tr> <tr><td>Androgeninsensibilität</td><td>Kind einer diabetischen Mutter</td><td>Pulmonalstenose</td></tr> <tr><td>Aortenisthmusstenose, leichte Formen</td><td>Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch</td><td>Pylorusstenose</td></tr> <tr><td>Augenanomalien</td><td>Laryngomalazie</td><td>Skoliose</td></tr> <tr><td>Bartter-Syndrom</td><td>Leistenhernie</td><td>Thrombozytopathien</td></tr> <tr><td>Buphthalmos</td><td>Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</td><td>Thyreotoxikose</td></tr> <tr><td>CHARGE-Assoziation</td><td>Low-T4-Syndrom</td><td>Trisomie 21</td></tr> <tr><td>Dysplastische Zeichen (allgemein)</td><td>Marden-Walter-Syndrom</td><td>Tumor, abdominaler</td></tr> <tr><td>Ehlers-Danlos-Syndrom</td><td>Megaloenzephalie</td><td>Turner-Syndrom</td></tr> <tr><td>Einzelniere</td><td>Mikrozephalie</td><td>VATER-Assoziation</td></tr> <tr><td>Fußfehlstellungen</td><td>Mikrognathie</td><td>Ventrikelseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Gastroschisis</td><td>Naevi, erhabene kapilläre</td><td>Vorhofseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel</td><td>Niere, multizystische</td><td>Zwillinge, siamesische</td></tr> <tr><td>Goldenhar-Syndrom</td><td>Omphalozele</td><td></td></tr> </table> <p>3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>Aortenisthmusstenose</td><td>Hypoplastisches Linksherz</td><td>Prune-Belly-Syndrom</td></tr> <tr><td>Dünndarmatresie</td><td>Kardiomegalie</td><td>TGA</td></tr> <tr><td>Fallotsche Tetralogie</td><td>Listeriose, angeborene</td><td>Zwerchfellhernie</td></tr> <tr><td>Harnstoffzyklus, Defekte im</td><td>Lungenhypoplasie</td><td></td></tr> <tr><td>Hydrops fetalis</td><td>Nierendegeneration, polyzystische</td><td></td></tr> </table> <p>4: letale Fehlbildungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr><td>Anenzephalie</td><td>Potter-Sequenz</td><td>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</td></tr> <tr><td>Nierenagenesie, bilateral</td><td>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</td><td></td></tr> </table>	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, abdominaler	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		Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom	Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA	Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie	Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie		Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische		Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	
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, abdominaler																																																																					
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																																																																						
Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom																																																																					
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA																																																																					
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie																																																																					
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie																																																																						
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische																																																																						
Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)																																																																					
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)																																																																						
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.																																																																					

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</p> <p>ALLE folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			<p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</p> <p>Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein)</p> <p>UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber (> 38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5 °C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p> <p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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.

Fall 4

Fall 4 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	4	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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

Fall 4 – Basisdaten																																																																							
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<p style="text-align: center;">Fehlbildungsliste:</p> <p>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Albinismus</td><td>Handfehlbildungen</td><td>Osteogenesis imperfecta</td></tr> <tr><td>Alkoholsyndrom, fetales</td><td>Hepatomegalie</td><td>Phokomelien</td></tr> <tr><td>Alpha-1-Antitrypsinmangel</td><td>Hypospadie</td><td>Pierre-Robin-Sequenz</td></tr> <tr><td>Androgeninsensibilität</td><td>Kind einer diabetischen Mutter</td><td>Pulmonalstenose</td></tr> <tr><td>Aortenisthmusstenose, leichte Formen</td><td>Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch</td><td>Pylorusstenose</td></tr> <tr><td>Augenanomalien</td><td>Laryngomalazie</td><td>Skoliose</td></tr> <tr><td>Bartter-Syndrom</td><td>Leistenhernie</td><td>Thrombozytopathien</td></tr> <tr><td>Buphthalmos</td><td>Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</td><td>Thyreotoxikose</td></tr> <tr><td>CHARGE-Assoziation</td><td>Low-T4-Syndrom</td><td>Trisomie 21</td></tr> <tr><td>Dysplastische Zeichen (allgemein)</td><td>Marden-Walter-Syndrom</td><td>Tumor, abdominal</td></tr> <tr><td>Ehlers-Danlos-Syndrom</td><td>Megalenzephalie</td><td>Turner-Syndrom</td></tr> <tr><td>Einzelniere</td><td>Mikrozephalie</td><td>VATER-Assoziation</td></tr> <tr><td>Fußfehlstellungen</td><td>Mikrognathie</td><td>Ventrikelseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Gastroschisis</td><td>Naevi, erhabene kapilläre</td><td>Vorhofseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel</td><td>Niere, multizystische</td><td>Zwillinge, siamesische</td></tr> <tr><td>Goldenhar-Syndrom</td><td>Omphalozele</td><td></td></tr> </table> <p>3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Aortenisthmusstenose</td><td>Hypoplastisches Linksherz</td><td>Prune-Belly-Syndrom</td></tr> <tr><td>Dünndarmatresie</td><td>Kardiomegalie</td><td>TGA</td></tr> <tr><td>Fallotsche Tetralogie</td><td>Listeriose, angeborene</td><td>Zwerchfellhernie</td></tr> <tr><td>Harnstoffzyklus, Defekte im</td><td>Lungenhypoplasie</td><td></td></tr> <tr><td>Hydrops fetalis</td><td>Nierendegeneration, polyzystische</td><td></td></tr> </table> <p>4: letale Fehlbildungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Anenzephalie</td><td>Potter-Sequenz</td><td>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</td></tr> <tr><td>Nierenagenesie, bilateral</td><td>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</td><td></td></tr> </table>	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, abdominal	Ehlers-Danlos-Syndrom	Megalenzephalie	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		Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom	Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA	Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie	Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie		Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische		Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	
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, abdominal																																																																					
Ehlers-Danlos-Syndrom	Megalenzephalie	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																																																																						
Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom																																																																					
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA																																																																					
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie																																																																					
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie																																																																						
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische																																																																						
Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)																																																																					
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)																																																																						
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.																																																																					

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</p> <p>ALLE folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			<p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</p> <p>Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein)</p> <p>UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber (> 38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5 °C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p> <p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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.

Fall 5

Fall 5 – Basisdaten		
Fall (laufende Nummer)	5	
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Kindes	_____	Diese Angabe dient nur der krankenhausesinternen Identifizierung des Patienten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung.
Liegt die lebenslange Versichertennummer des Kindes in der Krankenakte vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
Geburtsdatum des Kindes	_____ [tt.mm.jjjj]	selbsterklärend
Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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

Fall 5 – Basisdaten																																																																							
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<p style="text-align: center;">Fehlbildungsliste:</p> <p>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Albinismus</td><td>Handfehlbildungen</td><td>Osteogenesis imperfecta</td></tr> <tr><td>Alkoholsyndrom, fetales</td><td>Hepatomegalie</td><td>Phokomelien</td></tr> <tr><td>Alpha-1-Antitrypsinmangel</td><td>Hypospadie</td><td>Pierre-Robin-Sequenz</td></tr> <tr><td>Androgeninsensibilität</td><td>Kind einer diabetischen Mutter</td><td>Pulmonalstenose</td></tr> <tr><td>Aortenisthmusstenose, leichte Formen</td><td>Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch</td><td>Pylorusstenose</td></tr> <tr><td>Augenanomalien</td><td>Laryngomalazie</td><td>Skoliose</td></tr> <tr><td>Bartter-Syndrom</td><td>Leistenhernie</td><td>Thrombozytopathien</td></tr> <tr><td>Buphthalmos</td><td>Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</td><td>Thyreotoxikose</td></tr> <tr><td>CHARGE-Assoziation</td><td>Low-T4-Syndrom</td><td>Trisomie 21</td></tr> <tr><td>Dysplastische Zeichen (allgemein)</td><td>Marden-Walter-Syndrom</td><td>Tumor, abdominal</td></tr> <tr><td>Ehlers-Danlos-Syndrom</td><td>Megaloenzephalie</td><td>Turner-Syndrom</td></tr> <tr><td>Einzelniere</td><td>Mikrozephalie</td><td>VATER-Assoziation</td></tr> <tr><td>Fußfehlstellungen</td><td>Mikrognathie</td><td>Ventrikelseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Gastroschisis</td><td>Naevi, erhabene kapilläre</td><td>Vorhofseptumdefekt</td></tr> <tr><td>Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel</td><td>Niere, multizystische</td><td>Zwillinge, siamesische</td></tr> <tr><td>Goldenhar-Syndrom</td><td>Omphalozele</td><td></td></tr> </table> <p>3: schwere Fehlbildungen/andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Aortenisthmusstenose</td><td>Hypoplastisches Linksherz</td><td>Prune-Belly-Syndrom</td></tr> <tr><td>Dünndarmatresie</td><td>Kardiomegalie</td><td>TGA</td></tr> <tr><td>Fallotsche Tetralogie</td><td>Listeriose, angeborene</td><td>Zwerchfellhernie</td></tr> <tr><td>Harnstoffzyklus, Defekte im</td><td>Lungenhypoplasie</td><td></td></tr> <tr><td>Hydrops fetalis</td><td>Nierendegeneration, polyzystische</td><td></td></tr> </table> <p>4: letale Fehlbildungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Anenzephalie</td><td>Potter-Sequenz</td><td>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</td></tr> <tr><td>Nierenagenesie, bilateral</td><td>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</td><td></td></tr> </table>	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, abdominal	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		Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom	Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA	Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie	Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie		Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische		Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	
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, abdominal																																																																					
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																																																																						
Aortenisthmusstenose	Hypoplastisches Linksherz	Prune-Belly-Syndrom																																																																					
Dünndarmatresie	Kardiomegalie	TGA																																																																					
Fallotsche Tetralogie	Listeriose, angeborene	Zwerchfellhernie																																																																					
Harnstoffzyklus, Defekte im	Lungenhypoplasie																																																																						
Hydrops fetalis	Nierendegeneration, polyzystische																																																																						
Anenzephalie	Potter-Sequenz	Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)																																																																					
Nierenagenesie, bilateral	Trisomie 13 (Patau-Syndrom)																																																																						
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.																																																																					

Diagnostik und Therapie

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
1	Zentralvenöser Katheter	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) ▪ Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			<p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</p> <p>Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein)</p> <p>UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber (> 38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (< 36.5 °C) ▪ Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (< 80/min) ▪ Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s ▪ unerklärte metabolische Azidose (BE < -10mval/l) ▪ neu aufgetretene Hyperglykämie (> 140mg/dl) ▪ anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p> <p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CRP > 2,0mg/dl oder Interleukin** ▪ Thrombozyten < 100/nl ▪ I/T-Ratio > 0,2 (unreife Granulozyten/gesamt Granulozyten) ▪ Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie ▪ Rekapillarierungszeit > 2s ▪ neu oder vermehrte Apnoe(en) (> 20s) <p><u>Hinweise für Sepsis Definitionen</u></p> <p>*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.</p> <p>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin</p>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
			6 und/oder 8. NRZ 2007 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag 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	<input type="checkbox"/> 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.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (fallbezogenen/stationär)
Dokumentationsbogen „Neonatologie“

Stand: 5. Mai 2014

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).

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 *Neonatalogie* eingeführt werden. Es handelt sich um die Datenfelder

- „Zentralvenöser Katheter“,
- „ZVK-Liegetage“ sowie
- „Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS“.

I. Bezogen auf die Dokumentation der drei zusätzlichen Datenfelder: Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die folgenden Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigem Fall 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)	<input type="checkbox"/> Min.					
Ausfüllen der drei zusätzlichen Datenfelder	<input type="checkbox"/> Min.					

II. Wie bewerten Sie den in Frage I geschätzten Zeitbedarf für die Dokumentation der drei zusätzlichen Datenfelder im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, mit welchen?
---	-----------------------



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Einrichtungsbezogene Befragung (stationär)

Stand: 5. Mai 2014

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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 <u>Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
10.	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasenschutz - steriles Abdecktuch 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11.	In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor? (Mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> Operationssäle <input type="checkbox"/> Intensivstationen <input type="checkbox"/> Untersuchungs-/Behandlungsräume <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Sonstige	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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 <u>Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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 <u>Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
17.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
18.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
20.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
23.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
24.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	_____ [mm/jj]	

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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 haus-eigene Resistenzentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein: → weiter mit Frage 33	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
28.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
29.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>	
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>	
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>	

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
30.	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte ▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>	
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>	
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>	

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
31.	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
32.	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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.	<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>Anteil</p> <p>_____ %</p>	<p>Personal nicht vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

<p>A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i></p>
<p>B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i></p> <p>(B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i></p>
<p>C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i></p>



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (einrichtungsbezogen/stationär)

Stand: 5. Mai 2014

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)

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung
<input type="checkbox"/> Hygienefachkraft
<input type="checkbox"/> OP-Personal
<input type="checkbox"/> Andere _____ | <input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion
<input type="checkbox"/> Bereichs-/Stationsleitung Pflege
<input type="checkbox"/> QM-Beauftragter | <input type="checkbox"/> Pflegedirektion
<input type="checkbox"/> Pflegekräfte
<input type="checkbox"/> (Medizin-)Controlling | <input type="checkbox"/> Chefärzte der Fachabteilungen mit ZVK-Patienten
<input type="checkbox"/> Laborleitung
<input type="checkbox"/> Personalabteilung | <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt
<input type="checkbox"/> OP-Manager
<input type="checkbox"/> Einkauf |
|---|---|---|---|--|

II. Wie hoch schätzen Sie den durchschnittlichen Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten im Regelbetrieb ein (ohne Einarbeitungszeit)?

Zeitaufwand (<i>Tage x Mitarbeiter</i>)	≤ ½ Tag	≤ 1 Tag	≤ 2 Tage	≤ 3 Tage	> 3 Tage
Zusammenstellen bzw. Ermitteln der notwendigen Informationen und Daten für die Einrichtungsbefragung	<input type="checkbox"/> Tage				

Zeitaufwand (<i>Stunden x Mitarbeiter</i>)	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	<input type="checkbox"/> Std.				

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, mit welchen?</i>
---	------------------------------

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung
<input type="checkbox"/> Hygienefachkraft
<input type="checkbox"/> OP-Personal
<input type="checkbox"/> Andere _____ | <input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion
<input type="checkbox"/> Bereichs-/Stationsleitung Pflege
<input type="checkbox"/> QM-Beauftragter | <input type="checkbox"/> Pflegedirektion
<input type="checkbox"/> Pflegekräfte
<input type="checkbox"/> (Medizin-)Controlling | <input type="checkbox"/> Chefärzte der Fachabteilungen mit ZVK-Patienten
<input type="checkbox"/> Laborleitung
<input type="checkbox"/> Personalabteilung | <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt
<input type="checkbox"/> OP-Manager
<input type="checkbox"/> Einkauf |
|---|---|---|---|--|

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Einrichtungsbezogene Befragung (ambulant)

Stand: 15. April 2014

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 <u>Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
2.	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
3.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte am:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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 <u>Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
5.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
6.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
8.	Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
9.	Die letzte Aktualisierung gemäß der aktuellen KRINKO-Empfehlungen der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Ist der Ausfüllhinweis ausreichend und verständlich formuliert, um die Frage zu beantworten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, was muss verändert werden?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
11.	Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
12.	Die letzte leitlinienbezogene Aktualisierung der zugrundeliegenden Arbeitsanweisung erfolgte:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> [mm/jj]	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein: → weiter mit Frage 19	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
14.	Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte B.1 beantworten) (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbare sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
15.	Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>	
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>	
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>	

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
16.	Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte ▪ sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>	
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>	
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>	

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
17.	Wird die Schulungsdurchführung dokumentiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

Nr.	Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweis
18.	Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>

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?			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte ▪ medizinische Fachangestellte ▪ Reinigungskräfte ▪ Mitarbeiter der Verwaltung 	Anteil _____ % _____ % _____ % _____ % _____ %	Personal nicht vorhanden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A. Ist die Formulierung der Frage klar, verständlich und eindeutig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, wie sollte die Frage lauten?</i>
B. Liegt die gewünschte Information schon jetzt regelhaft vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(bitte B.1 beantworten)</i> (B.1) Werden die Informationen im Regelbetrieb erhebbbar sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn „B.1“ nein, begründen Sie dies bitte.</i>
C. Würden Sie zur Beantwortung der Frage einen Ausfüllhinweis benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, wie sollte dieser lauten?</i>



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Machbarkeitsprüfung

Vermeidung Nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Zusatzfragen (einrichtungsbezogen/ambulant)

Stand: 15. April 2014

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)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leitung des MVZ | <input type="checkbox"/> Praxisinhaber | <input type="checkbox"/> alle ärztlichen Kollegen der Gemeinschaftspraxis/des MVZ |
| <input type="checkbox"/> alle Mitarbeiter der Praxis/des MVZ | <input type="checkbox"/> QM-Beauftragter | <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt |
| <input type="checkbox"/> Hygienefachkraft | <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

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	<input type="checkbox"/> Tage				

Zeitaufwand (Stunden x Mitarbeiter)	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	<input type="checkbox"/> Std.				

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, mit welchen?
---	-----------------------

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leitung des MVZ
<input type="checkbox"/> alle Mitarbeiter der Praxis/des MVZ
<input type="checkbox"/> Hygienefachkraft | <input type="checkbox"/> Praxisinhaber
<input type="checkbox"/> QM-Beauftragter
<input type="checkbox"/> Andere _____ | <input type="checkbox"/> alle ärztlichen Kollegen der Gemeinschaftspraxis/des MVZ
<input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt |
|---|---|--|

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn nein, begründen Sie dies bitte
---	-------------------------------------

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, welche(s)?</i>

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



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

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)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung | <input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion | <input type="checkbox"/> Pflegedirektion |
| <input type="checkbox"/> Leitender Arzt der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Weitere Ärzte der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Bereichs-/Stationsleitung Pflege |
| <input type="checkbox"/> nicht-ärztliche Mitarbeiter der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt | <input type="checkbox"/> Hygienefachkraft |
| <input type="checkbox"/> QM-Beauftragter | <input type="checkbox"/> (Medizin-) Controlling | <input type="checkbox"/> Personalabteilung |
| <input type="checkbox"/> Einkauf | <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

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	<input type="checkbox"/> Tage				

Zeitaufwand (Stunden x Mitarbeiter)	≤ 2 Std.	≤ 3 Std.	≤ 4 Std.	≤ 5 Std.	> 5 Std.
Ausfüllen des Einrichtungsbefragungsbogens	<input type="checkbox"/> Std.				

III. Wie bewerten Sie den in Frage II geschätzten Zeitbedarf für die Bearbeitung der einrichtungsbezogenen Befragung im Regelbetrieb?

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungsskala: 1 = sehr hoher Zeitaufwand, 2 = hoher Zeitaufwand, 3 = vertretbarer Zeitaufwand, 4 = geringer Zeitaufwand

IV. Gibt es Überschneidungen mit anderen Dokumentationsanforderungen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn ja, mit welchen?</i>
---	------------------------------

V. An welche Personen würden Sie die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung adressieren? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung | <input type="checkbox"/> Ärztliche Direktion | <input type="checkbox"/> Pflegedirektion |
| <input type="checkbox"/> Leitender Arzt der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Weitere Ärzte der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Bereichs-/Stationsleitung Pflege |
| <input type="checkbox"/> nicht-ärztliche Mitarbeiter der Ambulanz/Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragter Arzt | <input type="checkbox"/> Hygienefachkraft |
| <input type="checkbox"/> QM-Beauftragter | <input type="checkbox"/> (Medizin-) Controlling | <input type="checkbox"/> Personalabteilung |
| <input type="checkbox"/> Einkauf | <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

VI. Können die in der Einrichtungsbefragung erhobenen Qualitätsaspekte für das interne Qualitätsmanagement Ihrer Einrichtung genutzt werden?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte</i>
---	--

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?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

IX. Halten Sie eine Gewichtung der einzelnen Fragen und Indikatoren im Index für angemessen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Wenn nein, begründen Sie dies bitte.</i>
---	---

■ **MACHBARKEITSPRÜFUNG DES QS-VERFAHRENS VERMEIDUNG NOSOKOMIALER
INFEKTIONEN: GEFÄSSKATHETER-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN**

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-assoziiertes 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) 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

Frau Stephanie Wrede

Tel.: 0551/789 52-253

Tel.: 0551/789 52-176

E-Mail: klaus.richter@aqua-institut.de

E-Mail: 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

■ **MACHBARKEITSPRÜFUNG DES QS-VERFAHRENS VERMEIDUNG NOSOKOMIALER
INFEKTIONEN: GEFÄSSKATHETER-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN**

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 zu den Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“

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-assoziiertes 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) Zusatzfragen zur fallbezogenen Befragung: Dokumentationsbögen „Prozess“ und „Infektion“

- 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-

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

Frau Stephanie Wrede

Tel.: 0551/789 52-253

Tel.: 0551/789 52-176

E-Mail: klaus.richter@aqua-institut.de

E-Mail: 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

■ MACHBARKEITSPRÜFUNG DES QS-VERFAHRENS *VERMEIDUNG NOSOKOMIALER
INFEKTIONEN: GEFÄSSKATHETER-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN*

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-Mail: 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



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

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 reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendrucks – mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer 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

OPS-Kode	Titel
Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter	
8-98d-	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

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

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

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 <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
4-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten
4	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
7-12	Patient
7	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Aufnahmegrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2
10	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11	Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich
12	Aufnahmediagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

PROZEDUR	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
13-14	Eingriff/Prozedur
13	<p>ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
14	<p>Prozedur OPS http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>4. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>5. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p>

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

DIAGNOSE	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
15-17	Blutkultur
wenn Feld 13 = 1	
15>	<p>Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>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)</p>
16>	<p>Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen Vene</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n) 3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)</p>
wenn Feld 13 = 1 und wenn Feld 15 = 3	
17>>	<p>In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
18-20	Komplikationen
wenn Feld 13 = 1	
18>	<p>Primäre, durch Labor bestätigte Sepsis gemäß CDC-Kriterien</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 18 = 1	
19>>	<p>Nachweis eines multiresistenten Erregers</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer</p>
20	<p>Klinische primäre Sepsis gemäß CDC-Kriterien</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assozierte Infektionen (fallbezogen)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
21-23	Entlassung
21	<p>Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small></p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
22	<p>Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small></p> <p style="text-align: right;">□□</p> <p>Schlüssel 3</p>
23	<p>Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM) <small>http://www.dimdi.de</small></p> <p>1. □□□.□□</p> <p>2. □□□.□□</p> <p>3. □□□.□□</p> <p>4. □□□.□□</p> <p>5. □□□.□□</p> <p>6. □□□.□□</p> <p>7. □□□.□□</p> <p>8. □□□.□□</p>

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0892 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0900 = Rheumatologie	1792 = Neurochirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1800 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0990 = Rheumatologie	1890 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0991 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	0992 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1000 = Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1990 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1991 = Plastische Chirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1992 = Plastische Chirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2000 = Thoraxchirurgie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2090 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2091 = Thoraxchirurgie
0190 = Innere Medizin	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2092 = Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2100 = Herzchirurgie
0192 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0200 = Geriatrie	1091 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1092 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1100 = Kinderkardiologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2190 = Herzchirurgie
0290 = Geriatrie	1190 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0291 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2192 = Herzchirurgie
0292 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0300 = Kardiologie	1200 = Neonatologie	2290 = Urologie
0390 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2291 = Urologie
0391 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2292 = Urologie
0392 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1300 = Kinderchirurgie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1390 = Kinderchirurgie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1391 = Kinderchirurgie	2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
0490 = Nephrologie	1392 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0491 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2391 = Orthopädie
0492 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2392 = Orthopädie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2425 = Frauenheilkunde
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2590 = Geburtshilfe
0690 = Endokrinologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2591 = Geburtshilfe
0691 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0692 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1600 = Unfallchirurgie	2700 = Augenheilkunde
0791 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2790 = Augenheilkunde
0792 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2791 = Augenheilkunde
0800 = Pneumologie	1692 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0890 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2800 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
		2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
		2890 = Neurologie
		2891 = Neurologie
		2892 = Neurologie



Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

2900 = Allgemeine Psychiatrie	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	0147 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, IV
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	0201 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	0202 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	0203 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie	0204 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	0205 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0206 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0207 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie	0221 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	0222 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie	0223 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie	0224 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3690 = Intensivmedizin	0225 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3691 = Intensivmedizin	0226 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3692 = Intensivmedizin	0227 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3700 = sonstige Fachabteilung	0241 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Normalfall, IV
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3750 = Angiologie	0242 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3751 = Radiologie	0243 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3752 = Palliativmedizin	0244 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie	0245 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, IV
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung	0246 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie	0247 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall, IV
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3756 = Suchtmedizin	0301 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	3757 = Visceralchirurgie	0302 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3790 = Sonstige Fachabteilung	0303 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	3791 = Sonstige Fachabteilung	0304 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	3792 = Sonstige Fachabteilung	0305 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie		0306 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie		0307 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall
3200 = Nuklearmedizin		0321 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
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		

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

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

0322 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel	0445 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, IV	0646 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0323 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel	0446 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV	0647 = Geburt, Notfall, IV
0324 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel	0447 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, IV	0701 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall
0325 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, Kostenträgerwechsel	0501 = Stationäre Entbindung, Normalfall	0702 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0326 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel	0502 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)	0703 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0327 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel	0503 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)	0704 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0341 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, IV	0504 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt	0705 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei
0342 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV	0505 = Stationäre Entbindung, frei	0706 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0343 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV	0506 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden	0707 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall
0344 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV	0507 = Stationäre Entbindung, Notfall	0721 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0345 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, IV	0521 = Stationäre Entbindung, Normalfall, Kostenträgerwechsel	0722 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0346 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV	0522 = Stationäre Entbindung, 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
0347 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, IV	0523 = Stationäre Entbindung, 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
0401 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall	0524 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel	0725 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, Kostenträgerwechsel
0402 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)	0525 = Stationäre Entbindung, frei, Kostenträgerwechsel	0726 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0403 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)	0526 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel	0727 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, Kostenträgerwechsel
0404 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt	0527 = Stationäre Entbindung, Notfall, Kostenträgerwechsel	0741 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, IV
0405 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei	0541 = Stationäre Entbindung, Normalfall, IV	0742 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0406 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden	0542 = Stationäre Entbindung, 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
0407 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall	0543 = Stationäre Entbindung, 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
0421 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel	0544 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV	0745 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, IV
0422 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel	0545 = Stationäre Entbindung, frei, IV	0746 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0423 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel	0546 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV	0747 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, IV
0424 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel	0547 = Stationäre Entbindung, Notfall, IV	0801 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall
0425 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel	0601 = Geburt, Normalfall	0802 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0426 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel	0602 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)	0803 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
0427 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel	0603 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)	0804 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0441 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, IV	0604 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt	0805 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei
0442 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV	0605 = Geburt, frei	0806 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0443 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV	0606 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden	0807 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall
0444 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV	0607 = Geburt, Notfall	0821 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, Kostenträgerwechsel
	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	

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (fallbezogen)

<p>0822 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel</p> <p>0823 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel</p> <p>0824 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel</p> <p>0825 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, Kostenträgerwechsel</p> <p>0826 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel</p> <p>0827 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, Kostenträgerwechsel</p> <p>0841 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, IV</p> <p>0842 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV</p> <p>0843 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV</p> <p>0844 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV</p> <p>0845 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, IV</p> <p>0846 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV</p> <p>0847 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, IV</p>	<p>25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>
<p>Schlüssel 3</p> <p>1 = Behandlung regulär beendet</p> <p>2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers</p> <p>6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>7 = Tod</p> <p>8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>12 = interne Verlegung</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>18 = Rückverlegung</p> <p>19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)</p> <p>24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudo-Fachabteilung 0003)</p>	

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen – Index-Leistung Infektion

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-13	Basisdokumentation
1-4	Patientenidentifizierende Daten
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Krankenversicherungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
5-7	Leistungserbringeridentifizierende Daten
5	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2
8-13	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Aufnahmegrund <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
11	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <input type="checkbox"/>

13	Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small>
	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen – Index-Leistung Infektion

Prozedur	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
14-16	Eingriff/Prozedur
14	Prozedur OPS [OPSCHLUESSEL] http://www.dimdi.de 1. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	ZVK zum Zeitpunkt des Beginns oder innerhalb von 2 Tagen vor Beginn der ersten Symptome/Befunde einer Sepsis vorhanden 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
16	Liegt das kulturelle Ergebnis einer Blutkulturdiagnostik vor: 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
17	ZVK-assoziierte Sepsis 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
Diagnostik	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
18-20	Blutkultur
Wenn Feld 17 = 1	
18	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem ZVK <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n) 2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(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 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1 = Beatmungs-assoziierte Pneumonie 2 = Katheter-assoziiertes Harnwegsinfekt 3 = Postoperative Wundinfektion 4 = andere
Wenn Feld 17 = 1	
22	Nachweis eines multiresistenten Erregers <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = MRSA 2 = VRE/GRE 3 = 3 MRGN 4 = 4 MRGN 5 = anderer
23	ZVK-Liegetage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen – Index-Leistung Infektion

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
24-26	Entlassung
24	Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> Schlüssel 3
26	Entlassungsdiagnose(n) <small>ICD-10-GM] http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes 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

Anhang B.2: Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes 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

Anhang B.3: QS-Dokumentation (fallbezogen) – Infektion¹

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	<input type="checkbox"/> 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 <i>Die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden:</i> 1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$ ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $\text{PaCO}_2 \leq 4,3\text{kPa}$ bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\text{mm}^3$) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild 2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$ ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $\text{PaCO}_2 \leq 4,3\text{kPa}$ bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\text{mm}^3$) 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.

			<p>Organkomplikation(en) sowie eines SIRS nicht-infektiöser Genese ohne oder mit Organkomplikation(en) müssen mindestens zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung ▪ Tachykardie mit Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$ ▪ Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit $\text{PaCO}_2 \leq 4,3\text{kPa}$ bzw. 33mmHg) ▪ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\text{mm}^3$) oder 10% oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild
18.	Entnahme von Blutkultur(en) aus dem liegenden ZVK	<p>0 = nein, keine Blutkultur aus dem liegenden ZVK entnommen</p> <p>1 = nein, zum Zeitpunkt der Blutentnahme war der ZVK bereits entfernt</p> <p>2 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)</p> <p>3 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n)</p> <p>4 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)</p>	<p>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.</p>
19.	Entnahme von Blutkultur(en) aus einer anderen (peripheren) Vene	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja, nur aerobe Blutkulturflasche(n)</p> <p>2 = ja, nur anaerobe Blutkulturflasche(n)</p> <p>3 = ja, Blutkulturset(s): aerobe und anaerobe Blutkulturflasche(n)</p>	<p>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.</p>
20.	In separaten Venenpunktionen mehr als ein Blutkulturset entnommen	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	<p>Mit separaten Venenpunktionen ist die Entnahme aus zwei verschiedenen Venen gemeint.</p>

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
22.		Nachweis eines multiresistenten Erregers	<input type="checkbox"/> 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

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 <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	9-9	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen	15>	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasen-Schutz - steriles Abdecktuch 0 = nein 1 = ja
2	Standort <small>[0-9]{2}</small> <input type="text"/>	9	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) auf allen Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses? <input type="text"/> Liter		
3-8	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung	10-10	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	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
3	Wie hoch war der durchschnittliche patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? <input type="text"/>	10	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel im Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Litern auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses? <input type="text"/> Liter	17>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): <small>MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
4	Wie hoch war das durchschnittliche Relativgewicht (Case Mix Index) aller GKV-Patienten Ihres gesamten Krankenhauses im Jahr xxxx (Erfassungsjahr)? <input type="text"/>	11-18	Arbeitsanweisung für Hygiene bei ZVK-Anlage	18>	Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja
5-8	Wie viele Patiententage lagen im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrem Krankenhaus vor?	11	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage? 0 = nein 1 = ja	19-26	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel
5	Bezogen auf das gesamte Krankenhaus: <input type="text"/> Patiententage	12-15	Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	19	Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel? 0 = nein 1 = ja
6	Bezogen auf alle Intensivstationen: <input type="text"/> Patiententage	wenn Feld 11 = 1		20-23	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?
7	Bezogen auf alle Allgemeinstationen: <input type="text"/> Patiententage	12>	Hygienische Händedesinfektion 0 = nein 1 = ja	wenn Feld 19 = 1	
8	Wie hoch war die Anzahl der Blutkultursets, die – bezogen auf das gesamte Krankenhaus – im Jahre xxxx (Erfassungsjahr) mikrobiologisch analysiert wurden? <input type="text"/> Blutkultursets	13>	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum 0 = nein 1 = ja	20>	Hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel 0 = nein 1 = ja
		14>	Beachtung der Einwirkzeit 0 = nein 1 = ja		

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

21> Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik 0 = nein 1 = ja	28-34 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? wenn Feld 27 = 1	36> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ □□.□□□□
22> Verbandwechsel mittels steriler Handschuhe 0 = nein 1 = ja	28> Hygienische Händedesinfektion 0 = nein 1 = ja	37> Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja
23> Reinigung der Insertionsstelle bei Bedarf mit steriler Lösung und sterilem Tupfer zum ZVK-Verbandwechsel 0 = nein 1 = ja	29> Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja	38-47 Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen
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	30> Beachtung der Einwirkzeit 0 = nein 1 = ja	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
25> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ □□.□□□□	31> Palpation und Fixierung der Portkammer mit sterilen Handschuhen 0 = nein 1 = ja	39-44 Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? wenn Feld 38 = 1
26> Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja	32> Fixierung der Kanüle 0 = nein 1 = ja	39> Hygienische Händedesinfektion 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	33> Aseptisches Konnektieren des Infusionssystems 0 = nein 1 = ja	40> Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) 0 = nein 1 = ja
	34> Verwendung von Spezialkanülen 0 = nein 1 = ja	41> Aseptisches Vorgehen 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	42> Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen 1 = ja 2 = nein 3 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

43> Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern 0 = nein 1 = ja	49-52 Welche Inhalte werden in der internen Leitlinie thematisiert? wenn Feld 48 = 1	56-59 Standard zur Antibiotika-Initialtherapie
44> keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 0 = nein 1 = ja	49> Klinische Anzeichen, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja	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
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	50> Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 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
46> Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ	51> Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann 0 = nein 1 = ja	58> Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ
47> Wurde die Arbeitsanweisung durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja	52> Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie 0 = nein 1 = ja	59> Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja
48-55 Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion	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	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?
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	54> Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ	60 Daten wurden nicht erhoben 0 = nein 1 = ja
	55> Wurde die interne Leitlinie durch die Geschäftsführung oder Hygienekommission autorisiert? 0 = nein 1 = ja	wenn Feld 60 = 1 61> Ärzte 0 = nein 1 = ja

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (stationär)

62>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %	70>	Medizinische Fachangestellte Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
63>	Medizinische Fachangestellte 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %	71	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden 1 = ja <input type="checkbox"/>
64	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden 1 = ja <input type="checkbox"/>	72>	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
65-75	Informationsveranstaltung/E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention"	73>	Reinigungskräfte Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
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?	74>	Mitarbeiter der Küche Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
65	Daten wurden nicht erhoben 1 = ja <input type="checkbox"/>	75	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 65 = 1			
66>	Ärzte Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %		
67>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %		
68>	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes Prozent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %		
69	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden 1 = ja <input type="checkbox"/>		

Anhang C.2: QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung		
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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen		
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 <u>nicht</u> zu Intensivstationen.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen		
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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage		
7.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> -- sterile Handschuhe -- steriler Kittel -- Kopfhabe -- Mund-Nasen-Schutz -- steriles Abdecktuch 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtung		
12.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen		
17.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Chefarzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 72_A_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen		
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?“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Chefarzte, die nur eine abteilungsbezogene Autorisierung aussprechen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 49_A	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie		
32.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Antibiotikaphylaxe 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, Antinfektiva-Hauslisten sowie spezieller Sonderrezept-, Freigaberegungen 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen		
36.		<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___% ___% ___%	<p>Es kann sich sowohl um interne als auch externe Schulungsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert.</p> <p>Inhalte einer solchen jährlichen Schulung zum Themenkomplex ZVK/Port müssen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports <p>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.</p> <p>Der Bereich „Intensivmedizin“ bezieht sich auf Intensivstationen aller Fachbereiche. Als Intermediate Care werden Aufwachbereiche, Stroke Unit, Coronary Care Unit etc. verstanden.</p>

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen		
37.		<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___% ___% ___% ___% ___% ___%	<p>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.</p> <p>Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein:</p> <p>für alle Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine Hygiene ▪ Händedesinfektion ▪ Hygiene bei multiresistenten Erregern <p>berufsgruppenbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flächendesinfektion ▪ Aufbereitung von Sterilgut“

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	Antwort/Angabe	Punktebewertung
	25/ID 12 a	Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK		
3.		Liegt in Ihrer Einrichtung eine für alle Mitarbeiter zugängliche <u>Arbeitsanweisung zu Hygienemaßnahmen bei der Anlage eines ZVK</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 7	Ja = 1 Pkt. Nein = 0 Pkt.
4.		Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> - sterile Handschuhe - steriler Kittel - Kopfhaube - Mund-Nasenschutz - steriles Abdecktuch 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung		
5.		In welchen der folgenden Bereiche liegt eine entsprechende Arbeitsanweisung vor? (Mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> Operationssäle <input type="checkbox"/> Intensivstationen <input type="checkbox"/> Untersuchungs-/Behandlungsräume <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Sonstige	Notaufnahme = 1 Pkt. Operationssäle = 1 Pkt. Intensivstationen = 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 <u>Arbeitsanweisung zum ZVK-Verbandwechsel</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 10	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
8.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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				

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 <u>Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 13	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
11.		Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	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				

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt → Nein: weiter mit Frage 16
14.		Welche Punkte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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			

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Punktebewertung
29/ID 91		Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 19	Ja = 1,5 Pkt. Nein = 0 Pkt.
17.		Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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		Einrichtungsterner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie		
19.		Liegt in ihrer Einrichtung ein für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglicher, an die hauseigene Resistenzenentwicklung angepasster interner Standard zur Antibiotika-Initialtherapie vor?	<input type="checkbox"/> Ja; <input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 21	Ja = 12 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
20.		Die letzte Aktualisierung des einrichtungsternen Standards erfolgte am:	mm.jj	Aktualisierung im betrachteten Jahr = 3 Pkt. früher = 0 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 15				

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 27	Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
22.		Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
23.		Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte/Ärztinnen ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
26.		Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn alle Punkte ja = + 9 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25				

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 vorhanden (nv)	
		Ärzte/Ärztinnen	___ %	<input type="checkbox"/>	Ärzte: ≥ 95% = 4 Pkt. ≥ 70% = 2 Pkt.
		Ärzte /Ärztinnen im Praktischen Jahr	___ %	<input type="checkbox"/>	ÄiP: ≥ 95% o. nv = 3 Pkt.; ≥ 70% = 1,5 Pkt.
		examinierte Krankenpfleger/-innen	___ %	<input type="checkbox"/>	PK: ≥ 95% = 4 Pkt. ≥ 70% = 2 Pkt.
		Pflegeassistenten/-innen (zweijährige Ausbildung)	___ %	<input type="checkbox"/>	PA: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
		Pflegehelfer/-innen (einjährige Ausbildung)	___ %	<input type="checkbox"/>	PH: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
		medizinische Fachangestellte	___ %	<input type="checkbox"/>	MFA: ≥ 95% o. nv = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
		Reinigungskräfte	___ %	<input type="checkbox"/>	RK: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
		Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung	___ %	<input type="checkbox"/>	Steri: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
		Mitarbeiter der Küche (*nur stationär)	___ %	<input type="checkbox"/>	Küche: ≥ 95% = 2 Pkt. ; ≥ 70% = 1 Pkt.
		Mitarbeiter der Verwaltung	___ %	<input type="checkbox"/>	VW: ≥ 95% = 2 Pkt.; ≥ 70% = 1 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25					

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 Punktaufteilung 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.

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%

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – stationäre Einrichtungen

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 47b	Häufigkeit der Blutkulturdiagnostik in einer Einrichtung		
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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 25	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen		
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	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 26	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen		
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

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	12_A	Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage		
7.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur Hygiene bei ZVK-Anlage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 12	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 8-11 = 0%
8.		Welche Hygienemaßnahmen werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum ▪ Beachtung der Einwirkzeit ▪ Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> - - sterile Handschuhe - - steriler Kittel - - Kopfhaube - - Mund-Nasen-Schutz - - steriles Abdecktuch 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	ID 17_A_a	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in stationären Einrichtung		
12.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 17	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 13-16 = 0%
13.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	21_a	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in stationären Einrichtungen		
17.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 22	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 18-21 = 0%
18.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	89_A_a	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in stationären Einrichtungen		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 27	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 23-26 = 0%
23.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	91_a	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in stationären Einrichtungen		
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?“	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	49	Interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie		
32.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung eine an die hauseigene Resistenzentwicklung angepasste interne Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	71_a	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in stationären Einrichtungen		
36.		<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___-% ___-% ___-% <input type="checkbox"/>	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 33% Personal nicht vorhanden=33%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	72_A_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention in stationären Einrichtungen		
37.		<p>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?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ___-% ___-% ___-% <input type="checkbox"/> ___-% <input type="checkbox"/> ___-% ___-% <input type="checkbox"/> ___-%	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 25% Personal nicht vorhanden=33%

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (ambulant)

22>	Verwendung von Spezialkanülen 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
24>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)) MM.JJJJ	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25>	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
27-32	Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert?	
wenn Feld 26 = 1		
27>	Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>
28>	Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
29>	Aseptisches Vorgehen 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
30>	Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen 1 = ja 2 = nein 3 = die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt	<input type="checkbox"/>
31>	Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
32>	keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9%ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
34>	Die letzte Aktualisierung der Arbeitsanweisung erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)) MM.JJJJ	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
35>	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
38>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK entfernt werden soll 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
39>	Erreger, bei denen ein Port bzw. ein teilimplantierter/getunnelter ZVK unter Umständen zunächst belassen werden kann 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
40>	Jeweils einzuleitende Antibiotikatherapie 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Datensatz Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (ambulant)

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	47 examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen nicht vorhanden 1 = ja
42>	Die letzte Aktualisierung der internen Leitlinie erfolgte (vor Ablauf des Jahres xxxx (Erfassungsjahr)): MM.JJJJ	48> Medizinische Fachangestellte Prozent
43>	Wurde die interne Leitlinie durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert? 0 = nein 1 = ja	49-55 Hygiene und Infektionsprävention 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
44-48	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port	wenn Feld 49 = 1 50> Ärzte Prozent
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?	51> examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent
44	Daten wurden nicht erhoben 1 = ja	52 examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen nicht vorhanden 1 = ja
45>	Ärzte Prozent	53> medizinische Fachangestellte Prozent
46>	examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen Prozent	54> Reinigungskräfte Prozent
		55 Reinigungskräfte nicht vorhanden 1 = ja

Anhang D.2: QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – hämato-onkologische Ambulanzen/Praxen/MVZ

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen		
1.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen		
6.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Chefarzte 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

15.	Wurde die Arbeitsanweisung durch den/die Praxisinhaber bzw. die Geschäftsführung/Hygienekommission (hämato-onkologische Ambulanz/MVZ) autorisiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Chefarzte 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	Antwort/Angabe	Ausfüllhinweise
	ID 91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen		
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 teilimplantier-tem/getunneltem ZVK?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 teilimplantier-tem/getunneltem ZVK der Verdacht auf eine Infektion besteht bzw. eine Infektion festgestellt wird. Die interne Leitlinie muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft ge-wesen 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

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 <u>Arbeitsanweisung</u> zum ZVK-Verbandwechsel vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 4	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
2.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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				

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 <u>Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung</u> vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 7	Ja = 2 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
5.		Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	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				

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?	<input type="checkbox"/> Ja; <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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				

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Punktebewertung
29/ID 91		Arbeitsanweisung zum Vorgehen im Falle einer Infektion bei Patienten mit Port oder teilimplantiertem/getunneltem ZVK		
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?	<input type="checkbox"/> Ja; <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 13	Ja = 1,5 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
11.		Welche Aspekte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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		
13.		Liegt in ihrer Einrichtung ein schriftliches Schulungskonzept zum Themenkomplex ZVK und Port vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Nein: weiter mit Frage 19	Ja = 1 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
14.		Enthält dieses Schulungskonzept ein jährliches Angebot entsprechender Schulung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
15.		Welche Inhalte werden durch die Schulung(en) abgedeckt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikation ▪ Insertion eines ZVK bzw. Implantation eines Ports ▪ Umgang mit und Pflege eines ZVK bzw. Ports 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Nr.	Lfd. Nr./ Indikator-ID	Bezeichnung/Fragestellung	
16.		Welche Berufsgruppen werden zur Teilnahme an den Schulungen verpflichtet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte/Ärztinnen ▪ Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte ▪ Alle innerhalb der letzten 12 Monate neu eingestellten Ärzte/Ärztinnen sowie Pflegekräfte/Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt.
18.		Wird eine regelmäßige Schulungsteilnahme zur Gewährleistung einer zeitnahen Information über neue Aspekte der genannten Schulungsinhalte sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ja = 3 Pkt.; Nein = 0 Pkt. wenn alle Punkte ja = +9 Pkt.
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25			

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	--- %	<input type="checkbox"/>	<p>Ärzte: ≥ 95% = 8 Pkt. ≥ 70% = 4 Pkt.</p> <p>PK: ≥ 95% o. nv = 5 Pkt.; ≥ 70% = 2,5 Pkt.</p> <p>MFA: ≥ 95% = 5 Pkt.; ≥ 70% = 2,5 Pkt.</p> <p>RK: ≥ 95% = 3 Pkt.; ≥ 70% = 1,5 Pkt.</p> <p>VW: ≥ 95% o. nv = 1 Pkt.; ≥ 70% = 0,5 Pkt.</p>
examinierte Krankenpfleger/-innen	--- %	<input type="checkbox"/>			
medizinische Fachangestellte	--- %	<input type="checkbox"/>			
Reinigungskräfte	--- %	<input type="checkbox"/>			
Mitarbeiter der Verwaltung	--- %	<input type="checkbox"/>			
Erreichbare Gesamtpunktzahl: 25					

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.

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%

QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen) – jährliche Einrichtungsbefragung – hämato-onkologische Ambulanzen/Praxen/MVZ

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	17_A_b	Arbeitsanweisung zum ZVK- bzw. Portkatheter-Verbandwechsel in ambulanten Einrichtungen		
1.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zum ZVK-bzw. Portkatheter-Verbandwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 6	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 2-5 = 0%
2.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	21_b	Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und Konnektierung in ambulanten Einrichtungen		
6.		Galt im gesamten Jahr xxxx (Erfassungsjahr) in Ihrer Einrichtung (Hämato-onkologische Ambulanz/MVZ/Praxis) eine Arbeitsanweisung zur aseptischen Portpunktion und -Konnektierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 11	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 7-10 = 0%
7.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 14.29% Nein = 0%

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	89_A_b	Arbeitsanweisung zum Umgang mit sowie dem Vorbereiten/Herrichten und der Applikation von Infusionslösungen in ambulanten Einrichtungen		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nein → weiter mit Frage 16	Ja = 100% Nein = 0%, dann auch Fragen 12-15 = 0%
12.		Welche Inhalte werden in der Arbeitsanweisung thematisiert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygienische Händedesinfektion ▪ Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ▪ Aseptisches Vorgehen ▪ Vorgehen bei der Zubereitung von Mischinfusionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen bei der Verwendung von Mehrdosisbehältern ▪ keine Mehrfachverwendung von Eindosisbehältern (z.B. 0,9 %ige isotonische Natriumchlorid-Lösung) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> die verwendeten Mischinfusionen werden ausschließlich von Apotheken hergestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	91_b	Interne Leitlinie bei Verdacht auf oder bei nachgewiesener Port-/ZVK-Infektion in ambulanten Einrichtungen		
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ja = 100% Nein = 0%

Nr.	Indikator	Bezeichnung/Fragestellung	Antwort/Angabe	Prozentwert auf Fragenebene
	71_b	Teilnahme an Schulungsveranstaltungen zu ZVK/Port in ambulanten Einrichtungen		
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? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte ▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und/oder Pflegeassistenten/-innen und Pflegehelfer/-innen ▪ Medizinische Fachangestellte 	<input type="checkbox"/> Daten wurden nicht erhoben Anteil: Personal nicht vorhanden ---% ---% ---% <input type="checkbox"/>	Daten wurden nicht erhoben =0% Anteil ≥90% = 33% Personal nicht vorhanden=33%

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

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

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

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

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

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 Venendruckes	
8-931.-	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes – ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes – mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer 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

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/ Toxizitäts-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-Vereinbarung“	(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 Tumorthherapie 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 Tumorthherapie 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