

Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF Working Group 'Hospital & Practice Hygiene' of AWMF



Empfehlungen zur Hygiene in Klinik und Praxis

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 029/002 Entwicklungsstufe: 1 + IDA

Infektionsstatistik nach § 23 Abs. 1 IfSG - Daten-Erfassungsbogen

1. Präambel

Nosokomiale post-operative Infektionen sind in den operativ tätigen Fächern ein alltägliches Problem. Ihre Häufigkeit und ihre Folgen können durch konsequentes hygienisches Handeln reduziert werden. Nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) [15] besteht für die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren seit dem 01. 01. 2001 die Verpflichtung, die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten (Infektionsstatistik).

Die Systematik der Infektionsstatistik im stationären Sektor ist Landesangelegenheit (z.B. LKHG Baden-Württemberg - LKHG-BW) und ist seit 1972 (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) gesetzlich etabliert [18].

Grundsätzlich sind ambulante Operateure seit 1994 nach dem ersten Dreiseitigen Vertrag verpflichtet, nosokomialen Infektionen zu erfassen (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs.1 SGB V. [6]). Neben § 23 Abs. 1 IfSG besteht weiterhin für ambulante Operateure nach dem AOP-Vertrag vom 18. 08. 2006 [5] [16] die Verpflichtung zum Führen einer Infektionsstatistik, ferner ist nach § 135 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V seit dem 01. 01. 2006 der systematische Aufbau eines Qualitätsmanagements (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) für Praxisinhaber ein Muss und soll u.a. die Infektionsstatistik umfassen [17].

2. Sinn einer Infektionserfassung und Infektionsstatistik in operativen Fächern

Die korrekte Erfassung von codierten Daten ist die Grundlage aussagekräftiger statistischer Analysen. Diese bietet sinnvolle größere Zählheiten (Klassen), um ähnliche Fälle zu vergleichen und statistische Analysen durchzuführen, die dem epidemiologischen, wissenschaftlichen, sozio-ökonomischen Zweck oder der Verbesserung der Qualitätsinfrastrukturen dienen. Die seit dem 01. 01. 2000 bestehende Verpflichtung zur Codierung der Diagnose nach ICD-10 und seit 2004 im Krankenhaus sowie seit 2005 im Bereich des ambulanten Operierens bestehende Verpflichtung zur Codierung der operativen Leistungen nach OPS ("Operationen- und Prozedurenschlüssel" früher Operationsschlüssel nach §301 SGB V - OPS-301) können für diesen Zweck genutzt werden. Die Auswertung der Daten ist für die Entwicklung der Medizin von maßgeblicher Bedeutung.

3. Die Systematisierung der Erfassung

Wie die Daten erfasst werden sollen ist nicht gesetzlich vorgegeben. Unterschiedliche Anbieter (ÄZQ, Ambu-KISS, AQS1 etc.) bieten für niedergelassene Ärzte sowohl Erfassungformulare als auch eine Analyse mit Benchmarking an [22]. Die Bewertung der Daten mit Optimierung der Qualitätsmaßnahmen ist der Hauptzweck eines Infektionserfassungssystems. Ein Erfassungsbogen ohne Auswertung der erfassten Daten und Bewertung der Ergebnisse ist sinnlos. Die Ergebnisse verschiedener Systeme sollten vergleichbar sein und den gleichen epidemiologischen Zwecken dienen.

4. Aufbau eines Erfassungsbogen - Notwendige Indikatoren

4.1. Indikator- oder Tracer-Operationen

Es sollen nur Prozeduren erfasst werden, die häufig erfolgen (Indikator- oder Tracer-Operationen), da hierdurch ausreichend viele Zählheiten für die statistische Auswertung gebildet werden können. Das bedeutet, dass der Operateur mindestens die in seiner Einrichtung am häufigsten vorkommenden Eingriffe in der Infektionsstatistik berücksichtigen soll. Die Analyse des Operationsbuchs ist hierfür ausschlaggebend.

4.2. Kontaminationsgrad des OP-Gebiets

In Erfassungsbögen sollte die Kontaminationsklasse nach RKI- bzw. CDC-Empfehlungen [4], [7] erfasst werden.

4.3. Perioperative Antibiotika-Prophylaxe

Eine Information über etwaige Verabreichung von intra- / perioperative Antibiotika und deren Dauer sollte im Erfassungsbogen vorhanden sein.

4.4. Risikofaktoren der Patienten

Es ist erforderlich, die patientenbezogenen präoperativen Risikofaktoren zu erfassen, um statistische Kategorien bilden zu können. Allgemein wird hierfür die ASA-Klassifikation 1 - 5 empfohlen [23].

4.5. OP-Dauer

Die Dauer der Operation und Risikofaktoren für die Frequenz von nosokomialen Infektionen sollen im Erfassungsbogen angegeben werden.

4.6. Nosokomiale Infektionen

Die nosokomialen Infektionen sind eindeutig definiert [2], [3], [7] und müssen bei Erfassung postoperativer Komplikationen berücksichtigt werden.

4.7. Beobachtungszeitraum

Infektionen, die innerhalb von 30 Tagen postoperativ auftreten, werden als nosokomial deklariert. Im Erfassungsbogen sollte daher der Zeitpunkt des Auftretens etwaiger Infektionen angegeben werden.

Literatur

1. P. Gastmeier, C. Geffers, H. Rüden - Erläuterungen zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance von postoperativen Wundinfektionen in Einrichtungen für das ambulante Operieren - Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2003 - 46:765-769
2. Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut, BGBl (2007) 50:377 393
3. Geffers C., Rüden H. Surveillance nosokomialer Infektionen: Zum Umgang mit Surveillancedaten, Epidemiologisches Bulletin Nr. 29, 22. Juli 2005: 252-253
4. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance von postoperativen Wundinfektionen in Einrichtungen für das ambulante Operieren, 2003; BGBl 46:791-795.
5. AOP-Vertrag, Festsetzung nach § 115b Abs. 3 SGB V des erweiterten Bundesschiedsamtes, Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) - Beschluss des Bundesschiedsamtes v. 18. August 2006.
6. Deutsches Ärzteblatt (1994) 91:A 2124-2127
7. RKI, Definitionen nosokomialer Infektionen (CDC-Definitionen nach EID Journal - Emerging Infectious Diseases by the Coordinating Center for Infectious Diseases by CDC) zum Zwecke der Surveillance, Erscheinungsdatum 25.11.2005, ISBN 3-89606-092-9.
8. Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biosstoffverordnung -BioStoffV) "Biosstoffverordnung vom 27. Januar 1999 (BGBl. I S. 50), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768)
9. Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2326)
10. Stopinski, J. und Staib, I. - Täuschungsmöglichkeiten bei der Analyse von Wundheilungsstörungen - Chirurgische Praxis - 1994 Heft 48/2 - 183-190
11. Reydelet J.. Hygiene Prävention in der Praxis - Zwischen Soll- und Ist-Zustand, 10-13, Aseptica Fachmagazin für Krankenhaus und Praxishygiene, Jahrgang 13, Juni 2007:10-13.
12. Blaich A., Babikir R., Daschner F..Qualitätssicherung und Hygiene beim ambulanten Operieren. Ergebnisse einer Umfrage im Rahmen von AMBU-KISS, Der Chirurg 78, 2007; (7): 630-636.
13. Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut, 2000; BGBl 43: 644-659
14. Erläuterungen des Robert Koch-Institutes zur Surveillance von nosokomialen Infektionen sowie zur Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gemäß § 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG), 2000, BGBl 43:887-890.
15. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen - (Infektionsschutzgesetz - IfSG), Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften - (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz - SeuchRNeuG vom 20. Juli 2000),
16. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V. Deutsches Ärzteblatt 103, 06.10.2006; 40:A-2652-ff.
17. Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Fassung vom 18. Oktober 2005. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 103, 20. Januar 2006; Heft 3:A144-A146
18. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) Geltung ab 01.01.1972 - neugefasst durch B. v. 10.04.1991 I 886; zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)
19. Sozialgesetzbuch (SGB), Siebtes Buch (VII) - Gesetzliche Unfallversicherung - (860-7) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) zuletzt geändert durch Artikel Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1974)
20. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis: Anlage zu Ziffern 5.1 und 4.3.5 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Bekanntmachung des BGA, 1997; BGBl. 40:361-365.
21. Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3396), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2326)
22. Benchmarking in der Patientenversorgung , Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung der Medizinischen Qualitätssicherung erschienen im Bundesanzeiger Nr. 147 vom 09.08.2002 1
23. American Society of Anesthesiologists (ASA): Physical Status Classification System (online unter <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>, externer Link, Abruf 28. 6. 2010)

Verfahren zur Konsensbildung:

Interdisziplinärer Experten-Konsens im
Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF
www.hygiene-klinik-praxis.de/mitglieder.htm
Sekretariat:
 Bernd Gruber
 Vereinig. d. Hygiene-Fachkräfte e.V.
 Marienhospital, **Osnabrück**

e-mail: [Gruber](#)

Ersterstellung:

1986

Letzte Überarbeitung:

06/2010

Nächste Überprüfung geplant:

06/2015

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Aktuelle Fassung vom: 06/2010
© Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF
Elektronische Publikation: [AWMF online](#)
HTML-Code optimiert: 29.01.2011

Gültigkeit abgelaufen