



UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR KRANKENHAUS-
HYGIENE UND INFEKTIONSKONTROLLE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

PROTOKOLL

**Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum
Vorkommen von Gesundheitssystem-
assoziierten Infektionen und zur Anwendung
von Antibiotika in Österreich**

APPS 2025

Version 2025_1.0

gemäß den Vorgaben des Europäischen Surveillance-Systems des
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Hintergrund	4
Ziele der PPS-Studie.....	7
Einschluss- und Ausschlusskriterien	8
Krankenanstalten	8
Stationen	8
Patient:innen	8
Datenerhebung	10
Standard-Methode (Patient:innen-basiert)	10
Zeitraum der Datenerhebung.....	11
Angaben zu den datenerfassenden Personen.....	11
Schulung der datenerfassenden Personen	11
Datenverarbeitung und Datentransfer	11
Strukturdaten der teilnehmenden Krankenanstalten.....	12
Definitionen der Strukturdaten der Krankenanstalt	15
Stationsbezogene Daten	22
Definitionen der Stationsbezogenen Daten	22
Patient:innendaten (Nennerdaten).....	26
Definitionen der Patient:innendaten	27
Daten zu antimikrobieller Therapie und HAI.....	31
Daten zur antimikrobiellen Therapie	31
Definitionen der Daten zur antimikrobiellen Therapie	32
Daten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (HAI).....	34
Definitionen der Daten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen.....	36



Abkürzungsverzeichnis

AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
AM	Antimikrobielle Substanz (antimicrobial agent)
AMR	Antimikrobielle-Resistenz (antimicrobial resistance)
APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch
AU	Antibiotika-Anwendung (Antibiotic Use)
BSI	Bakteriämie
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA)
CDI	<i>Clostridioides difficile</i> Infektion
CI	ambulant erworbene Infektion
CVC/ZVK	Central vascular catheter/Zentraler Venenkatheter
DDD	definierte Tagesdosis (Defined Daily Dose)
EARS-Net	European Antimicrobial Resistance Surveillance Network
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EF	Ejektionsfraktion
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
ESAC	European Surveillance of Antimicrobial Consumption project
EU	Europäische Union
IPCAF	Infection Prevention and Control Assessment Framework
IU	Internationale Einheiten (International Units)
HAI	Gesundheitssystem-assoziierte Infektion (Healthcare-Associated Infection)
HAI-Net	Healthcare-Associated Infection surveillance Network (at ECDC)
HCV	Hepatitis-C-Virus
HFK	Hygienefachkräfte
HELICS	Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance project
HI	in einer Krankenanstalt erworbene Infektion (Healthcare-associated Infection)
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICU	Intensivstation (Intensive Care Unit)
IPSE	Improving Patient Safety in Europe project
IPK	Infektionsprävention und -kontrolle
KA	Krankenanstalt
ITS	Intensivstation
LI	in einer Langzeitpflegeeinrichtung erworbene Infektion
LTCF	Langzeitpflegeeinrichtung
MRE	Multiresistente Erreger
MOTT	Nicht-Tuberkulose-Mykobakterien
NHSN	National Healthcare Safety Network
PN	Pneumonie
PPS	Punkt-Prävalenz-Untersuchung (Point Prevalence Survey)
PVC/PVK	Peripheral vascular catheter/Peripherer Venenkatheter
SAPS	Simplified Acute Physiology Score



SPI	Struktur- und Prozessindikatoren
SSI	Postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection)
STD	Standardkrankenanstalt
SWP	Schwerpunktkrankenanstalt
TESSy	The European Surveillance System
VAP	Ventilator-assoziierte Pneumonie
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ZKA	Zentralkrankenanstalt

Hintergrund

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (healthcare-associated infections“; HAI) zählen zu wesentlichen Komplikationen in der medizinischen Versorgung. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) schätzt aufgrund der Zahlen einer europaweiten Punkt-Prävalenz-Studie im Zeitraum 2016-2017, dass jedes Jahr rund 3,8 Mio. Patientinnen und Patienten in europäischen Akutkrankenanstalten an zumindest einer Gesundheitssystem-assoziierten Infektion erkranken. (<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>).

Daher ist die Überwachung Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen in Krankenanstalten von großer Bedeutung. Die Erfassung aller Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Population (Punkt-Prävalenz-Untersuchung, PPS) ergänzt andere bestehenden Surveillance-Aktivitäten und stellt eine wichtige Grundlage zur Prävention dieser Infektionen dar.

Österreich setzte bereits 2012 und 2017 gemeinsam mit dem ECDC erfolgreich zwei europaweite PPS um. Zusätzlich evaluierte das Nationale Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene (NRZ HAI/KHH - Standort Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle der Medizinischen Universität Wien) in den Jahren 2015 und 2019 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Antibiotikagebrauch im Rahmen einer österreichweiten PPS. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wird von September bis November 2025 zum 7. Mal österreichweit eine PPS zur Erfassung aller Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen und des Antibiotikagebrauchs durchgeführt.

Die APPS 2025 basiert auf dem aktuellen ECDC-Protokoll Version 6.1 sowie auf den weiteren bisher vorliegenden Informationen des ECDCs.

Hauptänderungspunkte zur Erhebung 2016/2017 (ECDC-Protokoll Version 5.3):

- Daten zur Krankenanstalt:

- Wegfall der Fragen zu: Krankenhausverbund; Ausstattung mit diplomierten Pfleger:innen und Pflegefachassistent:innen, Implementierungsstand von



multimodalen Strategien für die Prävention von HAI; Einzelzimmern mit eigener Nasszelle;

- Hinzufügen von Fragen zu: Multimodalen Strategien entsprechend der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF); (Semi)-automatisierter HAI-Surveillance; Last von COVID-19 (aktuell und im letzten Jahr); Impfquote gegen COVID-19 und Influenza; Vorgaben zum Tragen von medizinischen Masken.

- Daten zu Patient:innen:

- Wegfall der Frage: Vorhandensein eines peripheren Gefäßkatheters;
- Hinzufügen des COVID-19 Impfstatus.

- Daten zum Antibiotikagebrauch:

- Wegfall der Angaben zu: Datum des Beginns der antimikrobiellen Therapie und Dosierung.

- Daten zu HAI und antimikrobiellen Resistenzen:

- Anpassung der Kriterien einer aktiven HAI;
- Hinzufügen von COVID-19 (SARS-CoV-2 Infektion): (COV-ASY, COV-MM, COV-SEV) als mögliche HAI sowie SARS-CoV-2 als möglichen Erreger von HAI (VIRCOV);
- Hinzufügen von Langzeit-Pflegeeinrichtungen als mögliche Infektionsquelle von HAI;
- Hinzufügen einer Frage zur Therapie mit Vasopressoren als Marker eines septischen Schocks;
- Anpassung der Bezeichnungen S/I/R/U (sensibel bei normaler Exposition/sensibel bei erhöhter Exposition/resistent/unbekannt) zur Empfindlichkeit gegenüber Antimikrobielle Therapie entsprechend der neuen EUCAST Terminologie.

- Kodiertabellen (Codebuch):

- Fachrichtungen: Hinzufügen der Fachrichtungen (MEDCOV: COVID-19 nicht-Intensiv und ICUCOV: COVID-19 Intensiv) als mögliches Krankheitsbild des/der Patient:in;
- Antibiotika ATC-Codes: Aktualisierung der Codes unter Hinzunahme der Neuerungen seit 2016;
- Mikroorganismen und Mikroorganismencodes:



- Umbenennung von *Enterobacter aerogenes* (ENBAER) zu *Klebsiella aerogenes* (KLEAER). Beide Codes werden für die PPS 2022-2023 akzeptiert;
- Umbenennung von *Klebsiella pneumoniae* (KLEPNE) zu *Klebsiella pneumoniae complex* (gleicher Code);
- GI-CDI: Umbenennung zu *Clostridioides difficile* Infektion;
- Anpassung der Definitionen von mikrobiologisch bestätigter Gefäßkatheter-assoziierten Bakteriämien (CRI3).

Zusätzliche Änderungen zur österreichischen PPS 2023:

- Aufnahme von Formular H4 (Strukturdaten der Krankenanstalt/Sepsis);
- Auf Patient:innenebene: Wegfall der Frage zur COVID-19 Impfung;
- Auf Krankenanstalt-Ebene: Wegfall der Fragen zu: Last von COVID-19 (aktuell und im letzten Jahr); Impfquote gegen COVID-19; Vorgaben zum Tragen von medizinischen Masken.



Ziele der PPS-Studie

Die Ziele der europäischen Prävalenzerhebung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (NI) und zur Anwendung von Antibiotika in Akutkrankenanstalten sind:

- Abschätzung des Gesamtauftritts Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen (HAI) und des Antibiotikagebrauchs in europäischen Akutkrankenanstalten
- Beschreibung der Patient:innen: Darstellung von operativen Eingriffe, Infektionen und verordneten antimikrobiellen Therapien stratifiziert nach medizinischen Disziplinen, Patient:innen-Typ und Krankenhaus-Typ
- Beschreibung von Schlüsselstrukturen und Abläufen für die Prävention von HAI und Antibiotikaresistenz auf Krankenhaus- und Stationsebene in europäischen Krankenhäusern
- Die Ergebnisse all jenen zur Verfügung zu stellen, die sie brauchen – auf Krankenhaus-Ebene, regionaler Ebene, nationaler Ebene sowie auf EU-Ebene
- Bewusstseinsbildung gegenüber HAI und antimikrobiellen Resistenzen zu fördern
- Surveillance-Strukturen und Surveillance-Kultur zu verbessern
- Probleme und somit Ziele für Verbesserungen zu identifizieren
- Auswirkungen von Strategien und Maßnahmen für die Zukunft zu evaluieren (auf lokaler/nationaler/regionaler/ EU-Ebene).



Einschluss- und Ausschlusskriterien

Krankenanstalten

Eingeschlossen werden alle Akutkrankenanstalten (nach der jeweiligen nationalen Definition) unabhängig von ihrer Größenklasse. Es besteht keine Mindest- oder Maximalgröße der Krankenanstalten.

Bei Krankenanstaltsverbänden sollten die Daten separat pro Krankenanstalt auf Krankenanstalt-Ebene erhoben werden.

Stationen

Einschlusskriterien:

Alle Stationen in Akutkrankenanstalten werden eingeschlossen (z.B. chronische Pflegestationen und Langzeitpflegestationen, akutpsychiatrische Stationen, neonatologische Intensivstationen)

Das Fachgebiet der jeweiligen Station wird erfasst um Standardisierungen und Stratifizierungen zu ermöglichen.

Ausschlusskriterien für Stationen:

- Notaufnahme (außer Aufnahmestationen, auf denen Patient:innen für mehr als 24 Stunden überwacht/behandelt werden)

Patient:innen

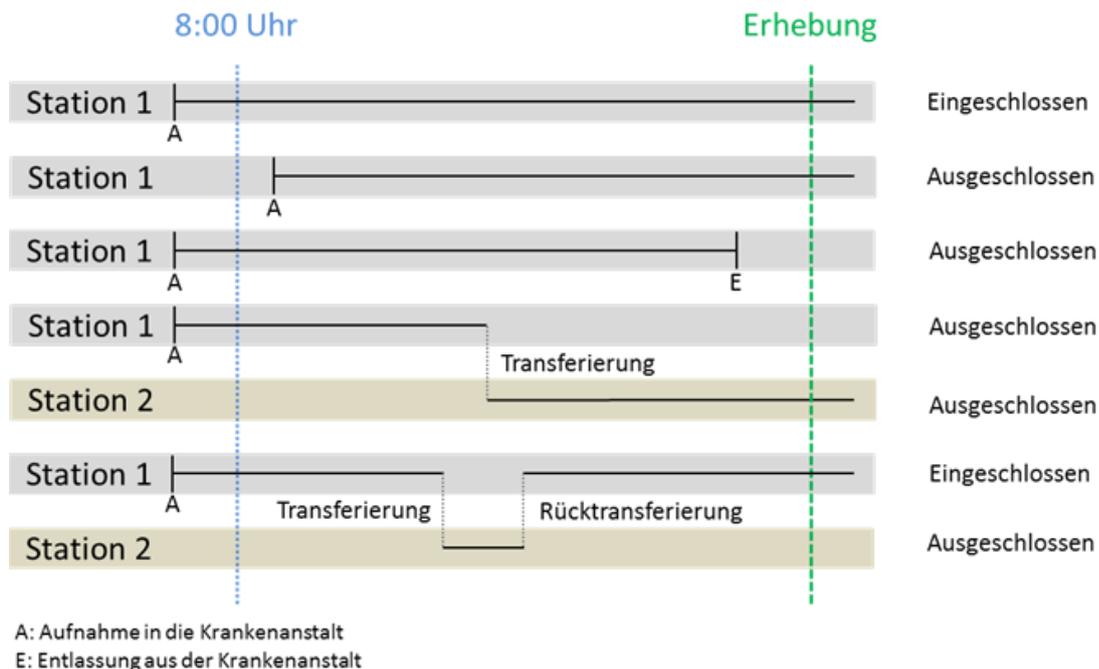
Einschlusskriterien:

Alle Patient:innen die um oder vor 8:00 Uhr morgens des Erhebungstages auf die Station aufgenommen wurden und zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht entlassen oder verlegt waren. Praktisch heißt das, dass Patient:innen die nach 8:00 Uhr morgens zu- oder abtransferiert wurden, nicht mehr in die Studie eingeschlossen werden. Neugeborene auf Entbindungs- und pädiatrischen Stationen, die um oder vor 8:00 Uhr morgens des Erhebungstages geboren wurden, sind mit einzuschließen.

Ausschlusskriterien für Patient:innen:

- Tagesstationäre Patient:innen (Aufenthalt <24h)
- Patient:innen in Ambulanzen
- Patient:innen in der Notaufnahme
- ambulant behandelte/operierte Patient:innen
- ambulante Dialysepatient:innen

Abbildung 1: Beispiele für eingeschlossene und ausgeschlossene Patient:innen



Anmerkungen:

- Die Entscheidung zu Einschluss oder Ausschluss von Patient:innen wird jeweils am Erhebungstag auf Basis der um 8:00 Uhr morgens vorliegenden Informationen getroffen.
- Patient:innen, die im Rahmen von Diagnostik/Eingriffen kurzfristig nicht auf der Station sind, werden mit der um 8:00 Uhr verfügbaren Information eingeschlossen.
- Patient:innen, die auf Tagesausgang sind, im Krankenanstalt-Informationssystem aber als stationär geführt werden, sind einzuschließen.

Datenerhebung

Die Datenerhebung beinhaltet Variablen auf Krankenanstalts-, Stations- und Patient:innenebene. Das ECDC sieht zwei Methoden der Datenerhebung vor: die Patient:innen-basierte und die stationsbasierte Methode. Bei der Patient:innen-basierte Methode (Standardmethode) muss für jede/n Patient:in ein Erfassungsbogen angelegt werden. Bei der stationsbasierten Methode („Light“-Methode) werden aggregierte Nennerdaten gesammelt, die pro Station erhoben werden. Bei beiden Methoden werden allgemeine Daten zu den Krankenanstalten und Stationen (optionaler Indikator) gesammelt. Individuelle Zählerdaten werden für jede/n Patient:in mit einer aktiven HAI (bezogen auf seinen Aufenthalt in dieser Akutkrankenanstalt) und/oder für jede/n Patient:in, der eine antimikrobielle Therapie zum Zeitpunkt der Erhebung bekommt, erhoben. In den in Österreich teilnehmenden Krankenanstalten kommt ausschließlich die Patient:innen-basierte Methode zur Anwendung, da in einer Pilot-PPS Studie gezeigt werden konnte, dass mit dieser Methode eine präzisere Risikoadjustierung erreicht werden kann.

Standard-Methode (Patient:innen-basiert)

- Strukturdaten der Krankenanstalt (**Formular H1-H4**): Ein Formular pro Krankenanstalt pro PPS-Studie.
- Stationsbezogene Daten (**Formular W**): Ein Formular pro eingeschlossener Station. Darin inkludiert sind Struktur- und Prozessindikatoren sowie Nennerdaten aller Patient:innen, die um 8:00 Uhr morgens auf der Station anwesend sind und nicht während der Erhebung entlassen wurden.
- Patient:innendaten (**Formular A**): Ein Formular pro eingeschlossener/m Patient:in. Erhebung von Risikofaktoren für jede/n Patient:in, mit oder ohne Infektion; **HAI Daten** (zu erheben für alle Patient:innen mit einer Infektion, die den Definitionen einer aktiven HAI entsprechen) und/oder **Antibiotikaverbrauchsdaten** (für all jene Patient:innen zu erheben, die eine antimikrobielle Therapie erhalten) werden auf demselben Formular erhoben.



Zeitraum der Datenerhebung

- Eine Station muss an einem Tag vollständig erfasst werden.
- Die gesamte Krankenanstalt sollte innerhalb von 2-3 Wochen erfasst werden.
- Da auf manchen Stationen zusätzliche Patient:innen für elektive Eingriffe an Montagen aufgenommen werden, wird empfohlen, auf solchen Stationen die Datenerhebung zwischen Dienstag und Freitag durchzuführen.

Angaben zu den datenerfassenden Personen

Die Datenerfassung sollte im Team erfolgen. Geeignet sind beispielsweise Hygienefachkräfte/Hygieniker gemeinsam mit dem vor Ort behandelnden Pflege-/Ärzt:innenteam.

Schulung der datenerfassenden Personen

Schulungsunterlagen werden vom NRZ HAI/KHH zur Verfügung gestellt. Es wird ein eintägiger Schulungskurs (26.05.2025 bzw. 01.09.2025) für die teilnehmenden Krankenanstalten stattfinden.

Datenverarbeitung und Datentransfer

Das NRZ HAI/KHH stellt die Erfassungsbögen als PDF Dokumente unter <https://krankenhaushygiene-infektionskontrolle.meduniwien.ac.at/forschung/nationales-referenzzentrum-nrz-hai-und-khh/apps-punkt-praevalenz-untersuchung/publikationen/unterlagen/> zum Download zur Verfügung. Dort findet man ebenfalls die für die Erhebung notwendigen Kodiertabellen.

Auf den Stationen werden die Papier-Erfassungsbögen von den Mitgliedern des Erfassungsteams ausgefüllt (optional ist auch die direkte Dateneingabe möglich). Die erhobenen Daten werden von den erhebenden KA über den Web-basierten Zugang in die zentrale Datenbank der Medizinischen Universität Wien eingegeben. Die Datenbereinigung und Datenanalyse erfolgt durch das NRZ HAI/KHH. Die Daten der Akutkrankenanstalten werden an das BMSGPK weitergeleitet. Jede teilnehmende KA erhält daraufhin eine Zusammenfassung und Analyse ihrer Daten.



Strukturdaten der teilnehmenden Krankenanstalten

Um die erhobenen Daten nach Art und Größe von Krankenanstalten sowie nach durchschnittlicher Aufenthaltsdauer der Patient:innen in der Krankenanstalt beschreiben zu können, werden Stammdaten zu den teilnehmenden Krankenanstalten erhoben. Der Fragebogen inkludiert auch Struktur- und Prozessindikatoren (SPIs) auf Krankenanstalten-Ebene im Kontext der *Council Recommendation 2009/c/151/01* vom 09. Juni 2009 zur Patient:innensicherheit inklusive der Prävention und Kontrolle von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen.

Formular H1. Strukturdaten der Krankenanstalt (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

**Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen
von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch**
Formular H1. Strukturdaten der Krankenanstalt



Code der Krankenanstalt: <input type="text"/>		Anzahl	Jahr	INC Stationen/ TOT ⁽¹⁾
Datenerhebung*: Von <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / 2025 bis: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / 2025 <small>TT/MM/JJJJ TT/MM/JJJJ</small>				
Größe der Krankenanstalt* (Gesamtbettenzahl): <input type="text"/>			2024	INC/TOT*
Anzahl an Normalpflegebetten: <input type="text"/>				
Anzahl an Intensivpflegebetten: <input type="text"/>				
Von der PPS Studie ausgeschlossenen Stationen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte mittels Fachgebietscodes angeben, welche Stationen ausgeschlossen wurden): _____			2024	INC/TOT
Gesamtzahl an Betten in den eingeschl. Stationen*: <input type="text"/>			2024	INC/TOT
Gesamtzahl an Patient:innen die in die PPS Studie eingeschlossen wurden*: <input type="text"/>			2024	INC/TOT
Art der Krankenanstalt: <input type="checkbox"/> Standardkrankenanstalt <input type="checkbox"/> Schwerpunktkrankenanstalt <input type="checkbox"/> Zentralkrankenanstalt <input type="checkbox"/> Spezialkrankenanstalt* (*bitte Fachgebietscode angeben: _____)			2025	INC/TOT
Eigentümer der Krankenanstalt: <input type="checkbox"/> Öffentlich <input type="checkbox"/> Privat, gemeinnützig <input type="checkbox"/> Privat, gewinnorientiert <input type="checkbox"/> Andere/Unk			2024	
	Anzahl der Entlassungen/Aufnahmen pro Jahr*			
	Anzahl der Patient:innentagen pro Jahr*			
	Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr)*		2024	INC/TOT*
	Anzahl der beobachteten Händehygiene- Gelegenheiten/Jahr		2024	INC/TOT
	Anzahl der Blutkultursets/Jahr		2024	INC/TOT
	Anzahl der Stuhlproben für CDI/Jahr		2024	INC/TOT
	Anzahl der Hygienefachkräften (Vollzeit)			
	Anzahl an Hygienebeauftragten Ärzt:innen oder FA für Hygiene und Mikrobiologie (Vollzeit)		2025	INC/TOT
	Anzahl an Antimicrobial Stewardship Beauftragten (Vollzeit)			
	Influenza Impfrate des medizinischen Personals pro Jahr		2024	
	Anzahl an Isolierzimmern für Patient:innen mit aerogen übertragbaren Krankheiten in der Krankenanstalt		2025	

* **Pflichtvariable**

(1) Daten wurden nur für inkludierte Stationen (INC) oder für die ganze Krankenanstalt (TOT) erhoben



Formular H2. Strukturdaten der Krankenanstalt (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch Formular H2. Strukturdaten der Krankenanstalt



Programm für Infektionsprävention und -kontrolle (IPK):

1. Gibt es ein jährliches IPK Programm, das von der ärztl. Direktion der Krankenanstalt abgezeichnet wird?

Ja Nein Unbekannt

2. Wird ein jährlicher IPK Bericht erstellt und wird dieser von der ärztl. Direktion der Krankenanstalt abgezeichnet?

Ja Nein Unbekannt

Teilnahme an Surveillance Netzwerken:

An welchen Surveillance Netzwerken hat Ihre Krankenanstalt im Vorjahr teilgenommen?

SSI ICU CDI Antibiotikaresistenz
 Antibiotikaverbrauch Andere: _____

Mikrobiologische/diagnostische Performance:

Können Ärzt:innen am Wochenende mikrobiologische Routinebefunde anfordern und die Ergebnisse bekommen?

Klinische Tests: Samstag Sonntag Unbekannt

Screening Tests: Samstag Sonntag Unbekannt

SSI: postoperative Wundinfektion; ICU: Intensivstation (HAls auf der ICU);
CDI: *Clostridioides difficile* Infektion

(1) YH: Ja, krankenhausweit; YW: Ja, auf bestimmten Stationen; Y: Ja;
N: Nein; NA: nicht zutreffend; Unk: Unbekannt

Kommentare:

Aktueller Grad der Automatisierung von HAI-Surveillance (ankreuzen):

	0. Manuell	1. Automatisierter Nenner	2. Semi-automatisiert	3. Voll-automatisiert	4. Anderes	9. Nicht durchgeführt
Postoperative Wundinfektion						
KH-assoziierte Bakteriämie						
ZVK-assoziierte Bakteriämie						
Katheter-assoziierte Harnwegsinfektion						
KH-assoziierte Pneumonie						
Beatmungsassoziierte Pneumonie						
<i>Clostridioides difficile</i> Infektion						

Umsetzbarkeit der Automatisierung von HAI-Surveillance ⁽¹⁾:

Datenquelle	Daten elektronisch verfügbar (YH/YW/N/Unk)	Daten sind strukturiert und eindeutig (Y/N/NA/Unk)
Chirurgische Eingriffe (Eingriffscode z.B. ICD-10, Datum des Eingriffes)		
Aufnahme- und Entlassungsdaten, Krankenhausebene		
Aufnahme- und Entlassungsdaten, Stationsebene		
Verwendung von ZVKs (Datum der Anlage/Entfernung, Art)		
Verwendung von mechanischer Beatmung (Beginndatum, Enddatum)		
Verwendung von Harnkatheter (Datum der Anlage/Entfernung, Art)		
Mikrobiologische Ergebnisse (Befund, Datum, Probenart)		
Antimikrobielle Therapie (ATC Code, Beginndatum, Enddatum)		

Formular H3. Strukturdaten der Krankenanstalt (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch Formular H3. Strukturdaten der Krankenanstalt/Multimodale Strategien

IPCAF Kernkomponente 5: **Multimodale Strategien zur Implementierung von Maßnahmen zur Infektionsprävention**
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.9>

1. Setzen Sie multimodale Strategien ein, um Maßnahmen zur Infektionsprävention zu implementieren? Ja Nein Unbekannt

2. Beinhalteten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente:

2.1 Veränderung in der Infrastruktur A) Nicht Teil der multimodalen Strategie
 B) Es bestehen Interventionen, die die notwendige Infrastruktur und eine durchgehende Verfügbarkeit von Versorgungsgütern sicherstellen
 C) **Zusätzlich** zu B) werden Ergonomie und Erreichbarkeit berücksichtigt (z.B. wo werden ZVK-Sets idealerweise positioniert)

2.2 Schulung und Training A) Nicht Teil der multimodalen Strategie
 B) Schulung erfolgt **ausschließlich** durch schriftliche Informationen und/oder mündliche Einweisung und/oder e-learning
 C) **Zusätzlich** zu B) werden interaktive Schulungen (z.B. Simulationen, bed-side training) angeboten

2.3 Monitoring und Feedback A) Nicht Teil der multimodalen Strategie
 B) Kontrolle der Compliance mittels Prozess- oder Outcomeindikatoren (z.B. Audits zur Händehygiene oder zum Umgang mit Gefäßkathetern)
 C) Kontrolle der Compliance **UND** zeitnahe Rückmeldung der Resultate an medizinisches Personal und andere Schlüsselpersonen

2.4 Kommunikation und regelmäßige Erinnerungen A) Nicht Teil der multimodalen Strategie
 B) Regelmäßige Erinnerungen, Aushänge oder andere Hilfsmittel, die die Intervention sichtbar machen und fördern
 C) **Zusätzlich** zu B) gibt es Methoden/Initiativen, die die Kommunikation zwischen Teams und Fachdisziplinen fördern (z.B. Etablierung von regelmäßigen Fallkonferenzen und Feedbackrunden)

2.5 Sicherheitsklima und Veränderung in der Arbeitskultur A) Nicht Teil der multimodalen Strategie
 B) Führungspersonen zeigen sichtbar ihre Unterstützung und fungieren als Vorbilder, die einen adaptiven Ansatz und eine Kultur fördern, die Infektionsprävention, Patient:innensicherheit und Qualität möglich macht
 C) **Zusätzlich** zu B) werden Teams und Einzelpersonen darin bestärkt, die jeweilige Intervention mit zu beeinflussen (z.B. durch partizipative Feedbackrunden)

3. Werden die multimodalen Strategien durch ein interdisziplinäres Team umgesetzt? Ja Nein Unbekannt

4. Besteht ein regelmäßiger Austausch mit Kolleg:innen aus den Bereichen Qualitätssicherung und Patient:innensicherheit um multimodale Strategien zu entwickeln und zu fördern? Ja Nein Unbekannt

5. Inkludieren diese Strategien Bundles oder Checklisten? Ja Nein Unbekannt

Kommentare: _____

Der Erhebungsbogen H3 (Strukturdaten der Krankenanstalt/Multimodale Strategien) zur Dokumentation von multimodalen Strategien wurde von dem ECDC auf Wunsch der WHO in die PPS 2023 aufgenommen. Weitere Details bezüglich der Kernkomponente 5 (Multimodale Strategien zur Implementierung von Maßnahmen zur Infektionsprävention) des von der WHO entworfenen IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework) sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.9>



Formular H4. Strukturdaten der Krankenanstalt (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch Formular H4. Strukturdaten der Krankenanstalt/Sepsis



Erhebung zum Vorgehen bei Sepsis in Krankenanstalten⁽¹⁾

1. Gibt es in Ihrer Krankenanstalt ein standardisiertes Vorgehen zur rechtzeitigen Erkennung und für die Behandlung von Sepsis?
 Ja Nein Nicht bekannt
2. Gibt es in Ihrer Krankenanstalt Anleitungen oder andere Dokumente, die eine Vereinheitlichung der Kodierung von Sepsis ermöglichen?
 Ja Nein Nicht bekannt
3. Gibt es im Patienteninformationssystem Ihrer Krankenanstalt ein elektronisches Kennzeichen für Patientinnen und Patienten mit Sepsis?
 Ja Nein Nicht bekannt
4. Kennen Sie das „1.Stunde-Bündel“ (hour 1 sepsis bundle) für Sepsis? Ja Nein
 - a. Wenn ja, wird es in Ihrer Krankenanstalt durchgeführt?
 Ja Nein Nicht bekannt
5. Werden in Ihrer Krankenanstalt Indikatoren für das Vorgehen (z.B. Diagnostik, Zeit bis zur Diagnose, Zeit bis zur antimikrobiellen Therapie, verwendete antimikrobielle Therapie) erhoben?
 Ja Nein Nicht bekannt
 - a. Wenn ja, welche? _____
6. Ist das „Konsensuspapier Sepsis“⁽²⁾ vom BMSGPK in Ihrer Krankenanstalt bekannt? Ja Nein

(1) Es wird als „Keine Angabe“ gewertet, wenn keine der Antwortmöglichkeiten ausgefüllt ist

(2) https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a926033b-8ebb-43bf-a233-c25dc945c684/Konsensuspapier_Sepsis_BMSGPK_2024.pdf

Kommentare: _____

Die Erhebung zum Vorgehen bei Sepsis in Krankenanstalten erfolgt für eine nationale Strategie gegen Sepsis anhand des Formulars H4. Sepsis ist eine der häufigsten Diagnosen von ambulant erworbenen und mit dem Gesundheitssystem assoziierten Infektionen. Morbidität und Mortalität sind immer noch beträchtlich. Das „1. Stunde-Bündel“ (hour 1 sepsis bundle) für Sepsis umfasst: Messung des Laktats im Blut, Abnahme von Blutkultur(en) vor Gabe antimikrobieller Therapie, Verabreichung initialer antimikrobieller Therapie, Gabe von 30 ml/kg kristalloide Flüssigkeit (z.B. Ringer-Laktat) bei Hypotension oder einem Laktat ≥ 4 mmol/L und die Gabe von Vasopressoren („SEP-1“). Rechtzeitige Erkennung und Behandlung reduziert die Mortalität. Die Behandlung der Sepsis wird vor allem in den Notfallaufnahmen oder in Intensivstationen erfolgen, die über das Vorgehen Auskunft geben können.

Definitionen der Strukturdaten der Krankenanstalt

Code der Krankenanstalt: Eindeutige Kennung für jede Krankenanstalt, welche für verschiedene Überwachungszeiten bzw. Jahre gleichbleiben sollte. Dieser Code wird durch das nationale PPS Koordinationszentrum zugeteilt und den Teilnehmern bekannt gegeben.



Datenerhebung: Beginn- und Enddatum der Punkt-Prävalenz-Studie in der gesamten Krankenanstalt. Wobei das Enddatum jenes Datum ist, an dem die letzten Daten auf der letzten Station in der Krankenanstalt erhoben wurden.

Größe der Krankenanstalt: Gesamtbettenzahl (systemisierte Betten) in der jeweiligen Krankenanstalt. Dazu zählen Betten, die (stationäre) Patient:innentage, Aufnahmen oder Entlassungen generieren können. Ausgeschlossen sind Betten, die nur für Tagespatient:innen bestimmt sind.

Anzahl an Normalpflegebetten: Anzahl an Normalpflegebetten (systemisierte Betten) in der gesamten Krankenanstalt.

Anzahl an Intensivpflegebetten: Anzahl an Intensivpflegebetten (systemisierte Betten) in der gesamten Krankenanstalt.

Ausgeschlossene Stationen: Wurden Stationen in ihrer Krankenanstalt von der PPS ausgeschlossen? Ja/Nein

Genauere Angaben zu ausgeschlossenen Stationen: Genauere Angaben darüber, welche Stationen ausgeschlossen wurden. Bitte Fachgebietscodes verwenden.

Gesamtanzahl an Betten in den eingeschlossenen Stationen: Summe aller Betten (systemisierte Betten) in den Stationen, die in die PPS eingeschlossen wurden.

Gesamtanzahl an Patient:innen, die in die PPS eingeschlossen wurden: Summe der Anzahl an Patient:innen, die in die PPS eingeschlossen wurden.

Art der Krankenanstalt: Standardkrankenanstalt (STD); Schwerpunktkrankenanstalt (SWP); Zentralkrankenanstalt (ZKA), Spezialkrankenanstalt (SKA). Bei SKA bitte anhand des Fachgebietscodes spezifizieren.

1. Eine **Standardkrankenanstalt** ist für die Basisversorgung zuständig und verfügt zumindest über bettenführende Abteilungen in dem Fachgebiet Chirurgie und Innere Medizin und zusätzlich über weitere Abteilungen zur Basisversorgung, wie z.B. für Röntgendiagnostik.
2. Eine **Schwerpunktkrankenanstalt** verfügt über bettenführende Abteilungen in mehreren Fachbereichen, darunter Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie (Behandlung von



Frühgeborenen und kranken Neugeborenen), Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie.

Weitere Einrichtungen: unter anderem für Strahlendiagnostik und Therapie für Physikalische Medizin, Intensivpflege oder Zahnheilkunde.

3. Eine **Zentralkrankenanstalt** deckt die gesamte Palette der medizinischen Versorgung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaften ab. Das AKH Wien oder das Landeskrankenhaus Graz sind Beispiele für Zentralkrankenanstalten. Anmerkung: Diese Definitionen stammen vom öffentlichen Gesundheitsportal Österreich www.gesundheit.gv.at.

4. Bei **Spezialkrankenanstalten** bitte den Fachgebietscode verwenden.

Eigentümer der Krankenanstalt: öffentlich, privat gemeinnützig, privat gewinnorientiert oder sonstiges.

Anzahl der Entlassungen/Aufnahmen: Anzahl der KA-Entlassungen im Jahr 2024. Falls Entlassungszahlen nicht zur Verfügung stehen, sind Aufnahmezahlen zu verwenden. Es sollten bevorzugt die Zahlen der eingeschlossenen Stationen verwendet werden (wenn diese Zahlen nicht zur Verfügung stehen, werden die Zahlen für die gesamte Krankenanstalt angegeben; zusätzlich wird erfasst, ob die Daten der eingeschlossenen Stationen oder der gesamten Krankenanstalt verwendet wurden).

Anzahl der Patient:innentage: Anzahl der Krankenhaus-Patient:innentage im Jahr 2024. Es gelten die Belagstage; die Patient:innentage sollten für die gleichen Stationen erfasst werden, welche bei der „Anzahl der Entlassungen/Aufnahmen“ berücksichtigt wurden.

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr): Gesamtmenge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs in Liter im Jahr 2024 für die eingeschlossenen Stationen (falls diese Zahlen nicht erfasst wurden, wird der Händedesinfektionsmittelverbrauch der gesamten KA angegeben; es ist zu vermerken, ob die Daten der eingeschlossenen Stationen oder der gesamten KA verwendet wurden).

Anzahl der beobachteten Händehygiene-Gelegenheiten/Jahr: Gesamtanzahl der beobachteten Gelegenheiten der Händehygiene (5-Momente der Händehygiene) im Jahr 2024. Es sollen nicht nur die korrekt durchgeführten, sondern die totale Anzahl der beobachteten Händedesinfektionsgelegenheiten angegeben werden.

Anzahl der Blutkultursets/Jahr: Gesamtanzahl der im mikrobiologischen Labor eingelangten und bebrüteten Blutkultursets im Jahr 2024. Falls die Anzahl der Blutkultursets/Jahr nicht



vorhanden ist, fügen Sie eine Schätzung durch die Division von [Gesamte Anzahl der verarbeiteten Blutkultur-Flaschen] mit [Gesamte Anzahl an Flaschen per Kulturauftrag] durch. Zählen Sie alle Blutkultursets pro Patient:in und nicht die Anzahl der Patient:innen, für die ≥ 1 Set verarbeitet wurde. Zählen Sie die die Blutkultursets, die vom Labor erhalten und inkubiert wurden, nicht die die Sets, die an das Labor gesendet wurden

Anzahl der Stuhlproben für CDI/Jahr: Gesamtanzahl an Stuhlproben, die im Jahr 2024 auf *Clostridioides difficile* Infektionen (CDI) untersucht wurden. Zählen Sie alle Stuhlproben pro Patient:in und nicht die Patient:innen, für die ≥ 1 Test durchgeführt wurde. Zählen Sie die Stuhlproben, die im Labor untersucht wurden (= mindestens ein CDI Test pro Stuhlprobe), nicht die Anzahl, die zur Analyse an das Labor gesendet wurde.

Anzahl an Hygienefachkräften (Vollzeit-Äquivalente): Angabe, wie viele Hygienefachkräfte aktuell in der Krankenanstalt tätig sind. Angabe in Vollzeit-Äquivalenten (z.B. „2“ bei zwei HFKs mit 40h Woche; „1“ bei zwei HFKs mit 20h Woche; „0,5“ bei einer HFK mit 20h Woche) für das Jahr 2025.

Anzahl an hygienebeauftragten Ärzt:innen oder Fachärzt:innen für Hygiene und Mikrobiologie (Vollzeit-Äquivalente): Angabe, wie viele hygienebeauftragte Ärzt:innen oder Fachärzt:innen für Hygiene und Mikrobiologie aktuell in der Krankenanstalt tätig sind. Angabe in Vollzeit-Äquivalenten für das Jahr 2025.

Anzahl an Antimicrobial Stewardship-Beauftragten (Vollzeit-Äquivalente): Angabe, wie viele Antimicrobial Stewardship-Beauftragte aktuell in der Krankenanstalt tätig sind. Angabe in Vollzeit-Äquivalenten für das Jahr 2025.

Antibiotic Stewardship bezeichnet die Tätigkeit einer Person, die von der Krankenanstalt angestellt wird und für die speziellen Aufgaben des Antibiotic Stewardships bezahlt wird (d.h. Aufgaben des Antibiotic Stewardship werden in der Jobbeschreibung explizit genannt). NICHT gemeint ist die Zeit, die der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin mit Antibiotic Stewardship Aufgaben verbringt (z.B. Evaluierung eines verordneten Antibiotikums). Falls die Krankenanstalt über einen Arzt/eine Ärztin mit dem Zuständigkeitsbereich „Infektionskontrolle“ verfügt und Antibiotic Stewardship Teil des Aufgabenbereichs ist, bitte Vollzeit-Äquivalente anteilig abschätzen und angeben.

Influenza-Impfrate des medizinischen Personals/Jahr: Anteil des gegen Influenza immunisierten medizinischen Personals im Jahr 2024.



Anzahl der Isolierzimmer für Patient:innen mit aerogen übertragbaren Krankheiten:

Angabe, wie viele Isolierzimmer für Patient:innen mit aerogen übertragbaren Krankheiten in der Krankenanstalt im Jahr 2025 vorhanden sind. Gemeint sind Isolierzimmer mit Unterdruck und Vorraum.

Spalte „Inkludierte Stationen/Total für die Krankenanstalt“: Daten der Krankenanstalt wurden nur für die eingeschlossenen Stationen angegeben (Code: INC, die empfohlene Vorgangsweise) oder die Strukturdaten wurden für die gesamte Krankenanstalt (Code: TOT) erhoben. Wiederum für jede Variable der Strukturdaten extra angeben.

Jährliches Programm für Infektionsprävention und –kontrolle (IPK): Ist ein jährlicher Plan für Infektionsprävention und –kontrolle vorhanden? Wenn ja, wird dieser von der ärztl. Direktion der Krankenanstalt abgezeichnet?

Jährlicher Bericht für Infektionsprävention und –kontrolle (IPK) erstellt: Ist ein jährlicher Bericht für die Infektionsprävention und –kontrolle vorhanden? Wenn ja, wird dieser von der ärztl. Direktion der Krankenanstalt abgezeichnet?

Teilnahme an Surveillance Netzwerken: Nimmt die Krankenanstalt einem oder mehreren der folgenden Surveillance-Module (national oder regional) teil: Surveillance von postoperativen Wundinfektionen (SSI), Surveillance von HAIs in Intensivstationen (ICU), Surveillance von *C. difficile* Infektionen (CDI), Surveillance von Antibiotikaresistenz nach dem EARS-Net Protokoll (Surveillance von Antibiotikaresistenz invasiver Isolate von *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterococcus* spp., *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* und/oder *A. baumannii*), Surveillance zum Antibiotikaverbrauch in Krankenanstalten (Surveillance auf 5. ATC Level bei definierter täglicher Dosis (DDD) pro 1.000 Patient:innentage) und andere HAI oder Antibiotikaresistenz Surveillance-Module (nationale/regionale Protokolle, für die kein europäisches oder ECDC Protokoll existiert). NICHT gemeint ist lokale Surveillance ohne Weitergabe von Daten an ein regionales oder nationales Netz.

Andere Surveillance Netzwerke: Freitext. An welchen anderen Surveillance-Netzwerken nimmt die Krankenanstalt teil?

Mikrobiologische/diagnostische Performance am Wochenende: Können Ärzt:innen am Wochenende mikrobiologische Routinebefunde anfordern und die Ergebnisse bekommen? Geben Sie jeweils für Samstag und Sonntag separat sowie für klinische beziehungsweise Screening Untersuchungen Ja/Nein/Unbekannt an.

Aktueller Grad der Automatisierung von HAI-Surveillance: Gegenstand der Automatisierung sind die häufigsten Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen:

postoperative Wundinfektionen, Bakteriämien, Harnwegsinfektionen, Pneumonien und *Clostridioides difficile* Infektionen. Die Automatisierung der HAI-Surveillance ist in vier Arten unterteilt:

- 0. Vollständig manuell: Sowohl die Auswahl der in die Surveillance einzuschließenden Patient:innen (z.B. auf Basis von verwendeten invasiven Devices /chirurgischen Eingriffen/Prozeduren) als auch die anschließende Erfassung von HAI erfolgt durch manuelle Befunddurchsicht und Dateneingabe.
- 1. Automatisierter Nenner: Automatisierte Auswahl (z.B. aus dem Krankenhaus Informationssystem, keine manuellen Schritte) der in die Surveillance einzuschließenden Patient:innen/chirurgischen Eingriffe/Prozeduren (z.B. auf Basis von Aufnahmen auf bestimmten Stationen, chirurgischen Eingriffen, Verwendung von invasiven Devices, wie ZVK) und direkte Übertragung in eine Datenbank zu Surveillancezwecken. Die Erfassung der HAI erfolgt anschließend durch manuelle Befunddurchsicht und Dateneingabe.
- 2. Semi-automatisiert: Automatisierte Auswahl und Einschluss der Nennerdaten (siehe Antwortmöglichkeit 1). Zusätzlich markiert ein automatisierter Algorithmus auf Basis von Informationen aus elektronischen Patient:innenakten, Patient:innen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine HAI in der Datenbank zu Surveillancezwecken. Die Bestätigung, ob tatsächlich eine HAI vorliegt erfolgt durch manuelle Befunddurchsicht und ggf. Änderung.
- 3. Vollständig automatisiert: Automatisierte Auswahl und Einschluss der Nennerdaten (siehe Antwortmöglichkeit 1). Zusätzlich erfolgt eine vollständig automatisierte Erfassung der HAI aus der elektronischen Patient:innenakte ohne manuelle Bestätigung.
- 4. Anderes: Elektronisch verfügbare Datenbanken werden entweder genutzt, um Patient:innen welche in die Surveillance eingeschlossen werden vorzuselektieren (Nennerdaten) und/oder um Patient:innen vorzuselektieren, bei denen eine manuelle Bestätigung, ob eine HAI vorliegt (z.B. auf Basis von mikrobiologischen Befunden), erforderlich ist. Dabei besteht jedoch keine direkte automatisierte Verbindung zur Datenbank für Surveillancedaten, sondern es handelt sich dabei um einen Prozess, der manuelle Schritte beinhaltet.
- 9. Nicht durchgeführt: für diese Art von HAI wird keine Surveillance durchgeführt



Umsetzbarkeit der Automatisierung von HAI-Surveillance: Geben Sie separat für „Daten elektronisch verfügbar“ Ja, krankenhaushausweit/Ja, auf bestimmten Stationen/Nein/Unbekannt an und für „Daten sind strukturiert und eindeutig“ Ja/Nein/NA=nicht zutreffend/Unbekannt an.



Stationsbezogene Daten

Als Stationsdaten werden das Fachgebiet der Station und die Anzahl der Patient:innen, die am Erfassungstag anwesend waren, erfasst. Hauptgebiet der Station ist jenes, in dem mindestens 80% der Patient:innen behandelt werden.

Formular W. Stationsbezogene Daten: (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

**Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen
von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch**
Formular W. Stationsbezogene Daten



Name der Station (Abk.)/ID der Einheit* [_____] Erhebungsdatum *(1): ____ / ____ / 2025 <i>TT / MM / JJJJ</i> Gesamtanzahl der Patient:innen auf der Station (2) [_____] Fachgebiet der Station *(3) <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> NEO <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> SUR <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> GER <input type="checkbox"/> PSY <input type="checkbox"/> RHB <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> OTH <input type="checkbox"/> MIX <input type="checkbox"/> UNK Überprüfung der Verordnung nach 72h: Gibt es innerhalb von 72 Stunden nach Beginn einer antimikrobiellen Therapie ein formelles Prozedere zur Überprüfung ob die begonnene Therapie noch indiziert ist? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	Angaben zur Station	Anzahl	Jahr
	Anzahl der Patient:innentage/Jahr*(4) Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel Liter/Jahr*(4) Anzahl der beobachteten Händehygiene-Gelegenheiten/Jahr*(4) Anzahl der Betten Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspender Anzahl der Mitarbeiter:innen (Gesundheitspersonal) auf der Station am Tag der Erfassung Anzahl der Mitarbeiter:innen (Gesundheitspersonal) mit Händedesinfektionsmittelspender am Kittel Anzahl der Patient:innenzimmer* Anzahl der Einzelbettzimmer* Anzahl der belegten Betten um 00:01 Uhr am Tag der Erfassung		2024 2024 2025
Kommentare/Beobachtungen: _____ _____ _____			

(1) Patient:innen der gleichen Station sollten, wenn möglich, am gleichen Tag erfasst werden; (2) Vor oder um 8 Uhr auf der Station aufgenommen und zum Zeitpunkt der Erfassung nicht entlassen; (3) Hauptfachgebiet der Station: ≥ 80% der Patient:innen gehören zu diesem Fachgebiet, sonst "MIX" wählen; (4) Jahr: Vorjahr oder zuletzt verfügbares Jahr;
* Pflichtvariable

Definitionen der Stationsbezogenen Daten

Name der Station (Abk.)/ID der Einheit: Eindeutige Identifikationsnummer der Station oder abgekürzter Stationsname (Pseudonymisierungsliste bitte archivieren!); Ist unbedingt erforderlich, um Nenner- und HAI/AU-Daten zusammenführen zu können. Der Name/ID soll auch bei zukünftigen Punkt-Prävalenz-Erhebungen verwendet werden.

Erhebungsdatum: Tag, an dem die Daten dieser Station erfasst worden sind. Daten von einer Station sollen an einem Tag erfasst werden (TT.MM.JJJJ). Das heißt, Patient:innen der gleichen Station sollten am gleichen Tag erfasst werden



Fachgebiet der Station: Hauptfachgebiet der Station (auf $\geq 80\%$ der Patient:innen zutreffend). Falls weniger als 80% der Patient:innen einer einzelnen Fachrichtung zuzuordnen sind, bitte „gemischte Station“ (MIX) auswählen.

PED=Pädiatrie, NEO=Neonatologie, ICU=Intensivstation, MED=konservative Fachgebiete, SUR=operative Fachgebiete, GO=Gynäkologie und Geburtshilfe, GER=Geriatric, PSY=Psychiatrie, RHB=Rehabilitation, LTC=Langzeitpflege, OTH=Sonstige, MIX=Gemischt

In der Regel wird der Code des Fachgebietes aus den ersten 3 Buchstaben des Ärzt:innen-/Patient:innenfachgebietes gebildet. Eine Ausnahme stellt der Code ICUNEO (NICU) und ICUPED (PICU) dar. Hierbei werden NEO und PED als Fachgebietscode herangezogen. Für weitere Spezialisierungen können das Fachgebiet der Station mit dem Krankheitsbild der Patient:innen kombiniert werden: z.B. in der Pädiatrie: Stationsfachgebiet PED + Patient:innenkrankheitsbild: ICUPED = pädiatrische ICU, PED + SURCARD = pädiatrische Herzchirurgie, PED + MEDONCO = pädiatrische Onkologie. Eine Station mit gesunden Neugeborenen werden dem Code GO zugeteilt, wenn diese in der Geburtshilfe befindet; und PED, wenn diese in der Pädiatrie befindet.

Gesamtanzahl der Patient:innen auf der Station: Gesamtanzahl der Patient:innen die vor oder um 8:00 Uhr morgens in die Station aufgenommen wurden und während der Erhebung nicht entlassen worden sind.

Hinweis: wie kodiert man pädiatrische Patient:innen? Bitte den Stationscode PED für pädiatrische Stationen verwenden. Falls der Stationscode PED ist, bitte Patient:innen weiter spezifizieren nach patienteneigenem Krankheitsbild bzw. Fachrichtung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, z.B.: MEDGEN, MEDSUR etc. PEDGEN wird nur für pädiatrische Patient:innen auf Erwachsenenstationen verwendet. Siehe Kodiertabelle 1 in Anhang 1.

Überprüfung der Verordnung nach 72h: Gibt es an dieser Station eine standardisierte Vorgehensweise, nach der die Angemessenheit einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von 72 Stunden nach der Verordnung bewertet wird? Eine standardisierte Überprüfung sollte dokumentiert und von der Leitung unterstützt werden. Die Überprüfung sollte nicht von den behandelnden Ärzt:innen, sondern von einer anderen Person/einem anderen Team durchgeführt werden. Die Überprüfung sollte zumindest Breitspektrum- oder Reserve-Antibiotika einschließen. Ja/Nein ankreuzen.

Anzahl der Patient:innentage pro Jahr: Anzahl der Patient:innentage in der untersuchten Station im Jahr 2024.



Verbrauch von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Liter pro Jahr: Menge von alkoholischem Händedesinfektionsmittel in Liter, welches im Jahr 2024 an die Station geliefert wurde.

Anzahl der beobachteten Händehygiene-Gelegenheiten pro Jahr: Anzahl der beobachteten Händedesinfektionsmöglichkeiten auf der Station im Jahr 2024. Es sollen nicht nur die korrekt durchgeführten, sondern die totale Anzahl der beobachteten Händedesinfektionsgelegenheiten angegeben werden.

Anzahl der Betten: Gesamtanzahl der Patient:innenbetten auf der Station am Tag der Erhebung. Betten am Gang sowie Betten von Neugeborenen werden eingeschlossen.

Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspender: Anzahl der Betten auf der Station, die mit Händedesinfektionsmittelspender im unmittelbaren Patient:innen-Versorgungsbereich nach Empfehlungen der WHO Leitlinien zu Handhygiene im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009 (2009 WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care) ausgestattet sind. Spender am Eingang des Patient:innenzimmers werden nicht als „im unmittelbaren Patient:innen-Versorgungsbereich“ betrachtet. Händedesinfektionsmittelspender, die zum Zeitpunkt der Erhebung leer sind werden mitberücksichtigt.

Als Patient:innen-Versorgungsbereich ist der Bereich definiert, an dem folgende drei Elemente zusammentreffen: die/der Patient:in, das medizinische Personal und die Behandlung/Pflege des/der Patienten/-in, welche in direktem Kontakt mit der/dem Patient:in oder seiner/ihrer unmittelbaren Umgebung erfolgt. Die grundlegende Idee besteht darin, eine unkomplizierte Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel in der direkten Patient:innenumgebung zu gewährleisten. Das heißt, dass das Händedesinfektionsmittel möglichst einfach zugänglich und vorzugsweise innerhalb einer Armlänge von dort erreichbar sein soll, wo die/der Patient:in versorgt wird. Darüber hinaus empfiehlt die WHO, die Händedesinfektionsmittelspender so zu platzieren, dass ein Verlassen der unmittelbaren Patient:innenumgebung zur Händedesinfektion nicht notwendig ist.

Anzahl der Mitarbeiter:innen (Gesundheitspersonal) auf der Station am PPS-Tag: Anzahl des medizinischen Personals, welches zum Zeitpunkt der PPS auf der Station anwesend ist. Zweck dieser Variable ist es, den Nenner jener Personen zu ermitteln, die alkoholisches Händedesinfektionsmittel bei sich tragen. Deshalb sollten keine Personen eingeschlossen werden, bei denen keine Information zur Verfügung steht, ob sie alkoholisches Händedesinfektionsmittel bei sich tragen.



Anzahl der Mitarbeiter:innen mit Händedesinfektionsmittelspender im Kittel: Anzahl des medizinischen Personals auf der Station, welches alkoholisches Händedesinfektionsmittel bei sich trägt (z.B. in der Tasche).

Anzahl der Patient:innenzimmer: Gesamtanzahl der Patient:innenzimmer auf der Station am Tag der Erhebung.

Anzahl der Einzelbettzimmer: Gesamtanzahl der Einzelzimmer auf der Station am Tag der Erhebung. Zimmer mit mehr als einem Bett, die für Einzelbelegung und zu Isolationszwecken vorgesehen sind, werden inkludiert.

Anzahl der belegten Betten um 00:01 Uhr am Tag der Erfassung: Anzahl der Betten, die um Mitternacht belegt sind.



Patient:innendaten (Nennerdaten)

In den in Österreich teilnehmenden Krankenanstalten kommt ausschließlich die Patient:innen-basierte Methode (Standardmethode) zur Anwendung.

Es werden demographische Daten und Risikofaktoren aller Patient:innen erhoben, die um oder vor 8:00 Uhr morgens des Erhebungstages auf die Station aufgenommen wurden und zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht entlassen oder verlegt waren. Inkludiert sind auch jene Patient:innen, die keine antimikrobielle Therapie bekommen bzw. keine HAI haben.

Formular A. Patient:innendaten: (Version zum Ausdrucken, siehe Homepage)

Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotika-Gebrauch
Formular A. Patient:innendaten, antimikrobielle Therapie und HAI-Daten



Patient:innendaten (Erfassung für jede/n Patient:in) * Pflichtvariable

Name der Station (Abk.)* [_____]

Erhebungsdatum: ___ / ___ / 2025 (TT/MM/JJJJ)

Patient:innenzahl*: [_____]

Alter* in Jahren: [] Jahre; Alter, wenn <2 Jahre: [] Monate

Geschlecht*: M/ F/ A/ Unk Geburtsgewicht Neugeborene: []g

KA-Aufnahmedatum*: TT//MM//JJJJ Fachgebiet*: [_____]

Operation seit Aufnahme:

keine OP Minimal invasive/nicht-NHSN Operation

NHSN Operation Unbekannt

McCabe Score:

Nicht tödliche Erkrankung Progressiv tödliche Erkrankung

Akut tödliche Erkrankung Unbekannt

Zentralvenöse Katheter*: Nein Ja Unk

Harnkatheter*: Nein Ja Unk

Intubation*: Nein Ja Unk

Patient:in erhält antimikrobielle Therapie*(1): Nein Ja

Patient:in hat eine aktive HAI*(2): Nein Ja WENN JA

Antimikrobielle Therapie (AM)* (Generika oder Markenname)	Art Verbreitung*	Indikation*	Diagnose*	Indikation dokumentiert*	Änderung der AM? (+ Grund)

Art der Verbreitung: P: parenteral, O: oral, R: rektal, I: inhalation; Indikation: Behandlung von ambulant erworbenen Infektionen (CI), von in einer Langzeitpflegeeinrichtung erworbenen Infektionen (LI) oder von in einem Krankenhaus erworbenen Infektionen (HI); Perioperative Prophylaxe: SP1: Einzeldosis, SP2: <= 1 Tag, SP3: > 1 Tag; MP: Prophylaxe mit nichtoperativer Indikation; O: andere Indikation; Ul: unbekannte Indikation; Diagnose: bei CI, LI, HI; siehe Codebuch; Indikation dokumentiert: J/N; Änderung der AM? (+ Grund): N=keine Änderung; E=Eskalation; D=Deeskalation; S=Wechsel von IV nach oral; A=wegen Nebenwirkungen; OU=verändert, andere/unbekannte Gründe; U=unbekannt

Code für HAI*	HAI 1			HAI 2		
	MO code*	AMR	P D R	MO code*	AMR	P D R
Relevantes Device vor HAI-Beginn in situ*(3)	O Ja O Nein O Unbekannt			O Ja O Nein O Unbekannt		
Infektion bei Aufnahme vorhanden*	O Ja O Nein			O Ja O Nein		
Beginndatum*(4)	/ /			/ /		
Infektionsquelle*	O gegenwärtiges KH O anderes KH O LTCF O andere Quelle/ unk			O gegenwärtiges KH O anderes KH O LTCF O andere Quelle/ unk		
HAI mit derzeitiger Station assoziiert	O Ja O Nein O Unbekannt			O Ja O Nein O Unbekannt		
Vasopressortherapie (Sepsis)	O Ja O Nein O Unbekannt			O Ja O Nein O Unbekannt		
Wenn Bakteriämie: Quelle(5)						
Mikroorganismus 1						
Mikroorganismus 2						
Mikroorganismus 3						

(1) Am Studientag, ausgenommen chirurgische Prophylaxe 24 h vor 8 Uhr morgens am Tag der Erhebung; wenn ja, ausfüllen der Daten der antimikrobielle Anwendung; (2) Infektionsbeginn am/nach Tag 3, ODER postoperative Wundinfektionskriterien erfüllt (OP in den letzten 30 bzw. 90 Tagen), ODER Entlassung aus Akut-Krankenhaus innerhalb der letzten 48 Stunden, ODER CDI und Entlassung aus Akut-Krankenhaus vor weniger als 28 Tagen ODER Infektionsbeginn vor Tag 3 nach invasiver Diagnostik/invasivem Device am Tag 1 oder Tag 2 UND [HAI Fallkriterien erfüllt am Tag der Erhebung ODER Patient:in bekommt (irgendeine) Behandlung für HAI UND Fallkriterien werden erfüllt zwischen erstem Tag der Behandlung und dem Tag der Erhebung]; wenn ja, HAI Daten ausfüllen.

(3) Verwendung relevanter Devices vor HAI (auch intermittierend) (Intubation für PN, ZVK/PVK für BSI, Harnkatheter für UTI)
(4) Nur für Infektionen nicht akut/vorhanden bei Aufnahme (TT/MM/JJJJ); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AM: getestete Antibiotika; S: aureus; OXA: GLY; Enterococci: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; P: aeruginosa und Acinetobacter spp.; CAR; SIR: S=sensitiv, I=sensitiv bei erhöhter Exposition, R=resistent, U=unbekannt; PDR: Panresistenz; N=nein, P=möglich, C=bestätigt, U=unbekannt



Definitionen der Patient:innendaten

Datum der Erhebung: Datum, an dem die Datenerhebung auf der jeweiligen Station durchgeführt wurde. Eine Station muss an einem Tag vollständig erfasst werden.

Patient:innenzahl: Anonymisierte Patient:innenzahl, die es erlaubt, eine Verknüpfung zwischen Patient:innendaten und HAI oder Antibiotikaverbrauchsdaten herzustellen. Darf nur aus Ziffern bestehen, muss fortlaufend und eindeutig sein. KEINE Patientenidentifikationsnummer oder Aufnahmezahl verwenden.

Alter: Alter des/der Patienten/-in.

Geschlecht: Geschlecht des/der Patienten/-in: M (männlich), F (weiblich), A (Anderes), Unk (Unbekannt).

Krankenanstaltsaufnahmedatum: Datum, an dem die/der Patient:in für diese Behandlungssequenz in die Krankenanstalt aufgenommen wurde.

Fachgebiet: Fachgebiet des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin oder Fachgebiet aufgrund dessen des/der Patienten/-in in die Krankenanstalt aufgenommen wurde (Krankheitsbild des/der Patienten/-in). Bitte gemäß der Kodiertabelle 1 in Anhang 1 kodieren.

Anmerkungen:

1. Sollte das Fachgebiet des/der behandelnden Spezialisten/-in von dem Fachgebiet des/der Patienten/-in abweichen, dann muss dem Patient:innenfachgebiet die Priorität gegeben werden.
2. Wenn die/der Patient:in auf einer Intensivstation aufgenommen wurde, so ist vorzugsweise der Code der Intensivstation für das Fachgebiet zu verwenden.
3. LTC und MIX sind hauptsächlich als Fachgebiet einer Station anzuwenden und sollten nur ausnahmsweise als Fachrichtung des Krankheitsbildes des/der Patienten/-in verwendet werden (z.B.: verwende MEDGEN, GER, RHB statt LTC; verwende nur das Fachgebiet der Hauptkrankheit des/der Patienten/-in statt MIX)

Operation seit Aufnahme: Angabe ob die/der Patient:in während seines gegenwärtigen Aufenthaltes operiert wurde oder nicht: keine OP, minimal invasive/nicht-NHSN Operation, NHSN Operation, Unbekannt. Eine Operation ist definiert als eine Prozedur bei der eine Inzision der Schleimhaut und/oder Haut durchgeführt wird (nicht nur eine Nadelpunktion). Das muss nicht unbedingt im Operationssaal stattfinden.



Beispiele für nicht-NHSN Operationen:

- Geburtshilfliche Eingriffe (nicht Sectio)
- Zahnextraktionen
- Transurethrale Prostataresektion
- Inzision und Drainage eines Abszesses mit sekundärer Wundheilung
- Vorfußamputation eines diabetischen Fußes mit sekundärer Wundheilung
- Alle Eingriffe mit sekundärer Wundheilung
- Tonsillektomie
- Anlage eines Fixateurs externe
- Extraventrikulärer Drain
- Hysteroskopische Entfernung eines Fibroms

Beispiele für NHSN Operationen (siehe Codebuch).

McCabe Score: Dient der Klassifikation des Schweregrades der Grundkrankheit. Der McCabe Score soll unabhängig von der aktuellen HAI erhoben werden. Das heißt, bei Patient:innen mit aktiver HAI wird der Gesundheitszustand vor der Infektion bewertet.

1. Nicht-tödliche Erkrankung (erwartetes Überleben mindestens 5 Jahre für mehr als 50% der Patient:innen mit dieser Krankheit)
2. Progressiv tödliche Erkrankung (erwartetes Überleben zwischen 1 und 5 Jahren, für mehr als 50% der Patient:innen mit dieser Erkrankung)
3. Akut tödliche Erkrankung (erwarteter Exitus innerhalb eines Jahres für mehr als 50% der Patient:innen mit dieser Erkrankung)
4. Unbekannt

Beispiele für unterschiedliche Krankheitsbilder und ihrer Zuteilung zu unterschiedlichen McCabe Score-Kategorien:

Progressiv tödliche Erkrankung innerhalb von 5 Jahren: („*Ultimately fatal disease*“)

- Chronische Leukämie, Myelome, Lymphome, metastasierende Karzinome, Nierenerkrankungen im Endstadium (Transplantation nicht möglich)
- Motoneuronen Erkrankung, Multiple Sklerose ohne Ansprechen auf Therapie
- Alzheimer/Demenz
- Diabetes mit erforderlicher Amputation oder nach Amputation

Akut tödlich verlaufende Erkrankungen: Tod < 1 Jahr: („*Rapidly fatal disease*“)



- hämatologische Erkrankungen im Endstadium (Transplantation nicht möglich), Herzinsuffizienz (EF<25%), Lebererkrankungen im Endstadium (ungeeignet für Transplantation mit rezidivierendem Aszites, Enzephalopathie oder Varizen)
- Multiorganversagen auf einer Intensivstation – APACHE II Score >30, SAPS II Score >70
- Lungenerkrankungen mit Cor pulmonale

Nicht tödlich verlaufenden Erkrankungen: („*Non-fatal disease*“)

- Diabetes
- Karzinome oder hämatologische Malignome mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von mehr als 80%
- Entzündliche Erkrankungen
- Chronische gastrointestinale Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen
- Infektionen (inkl. HIV, HCV, Hepatitis B – ausgenommen progressiv/akut tödlicher Verlauf)
- Alle anderen Erkrankungen

Zentralvenöse Katheter: Die/der Patient:in hat einen zentralvenösen Katheter am Erhebungstag; Ja/Nein/Unbekannt.

Ein zentralvenöser Katheter ist laut CDC wie folgt definiert: Intravaskulärer Katheter, der in der Nähe des Herzens oder am Herz oder in einem der großen Gefäße für Infusionen, Blutabnahmen oder hämodynamisches Monitoring verwendet wird. Als große Gefäße werden die Aorta, die Pulmonalarterie, die Vena cava superior, die Vena cava inferior, die Vena brachiocephalica, die Vena jugularis interna, die Vena subclavia, die Vena iliaca externa, die Vena iliaca communis, die Vena femoralis communis und bei Neonaten die Umbilikalarterie oder Umbilikalvene definiert.

Anmerkungen:

- Weder die Insertionsstelle noch die Art des Katheters sind ausschlaggebend für die Klassifizierung eines zentralvenösen Katheters; stattdessen muss der ZVK in einem der großen Gefäße oder nahe dem Herzen enden, um als zentralvenöser Katheter definiert zu werden.
- Schrittmacherelektroden oder andere nicht kanülierte Devices, die in großen Gefäßen eingeführt sind, werden nicht als zentralvenöse Katheder angesehen, weil keine Flüssigkeiten darüber infundiert werden können oder Blut entnommen werden kann.



(Quelle: CDC. Central line-associated bloodstream infection (CLABSI) event. June 2010. Available from http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf.)

Harnkatheter: Die/der Patient:in hat einen Harnkatheter am Erhebungstag;
Ja/Nein/Unbekannt.

Intubation: Die/der Patient:in ist zum Zeitpunkt der Erhebung intubiert, unabhängig davon ob eine mechanische Beatmung stattfindet oder nicht (Endotrachealtubus oder Tracheotomie);
Ja/Nein/Unbekannt.

Patient:in erhält antimikrobielle Therapie: Die/der Patient:in bekommt zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens eine systemische antimikrobielle Therapie; ja/nein.

Bitte überprüfen Sie auch, ob innerhalb der letzten 24 Stunden vor 8:00 Uhr am Tag der Erhebung eine präoperative antibiotische Prophylaxe gegeben wurde. Wenn ja, ist auch diese zu erfassen.

Patient:in hat eine aktive HAI: Die/der Patient:in hat am Erhebungstag eine aktive HAI;
Ja/Nein/Unbekannt, wenn ja bitte die Daten bezüglich HAI erheben.

Anmerkungen:

Patient:innendaten müssen für jede/n Patient:in erhoben werden, der vor oder um 8:00 Uhr des Erhebungstages an dieser Station aufgenommen ist, egal ob eine HAI vorliegt oder nicht. Ausgenommen sind nur Tagesaufnahmen (siehe auch Einschlusskriterien).

Mütter: Sowohl die Mutter, als auch das Neugeborene werden mitgezählt, wenn sie um 8:00 Uhr am Erhebungstag aufgenommen sind.

Neugeborene:

- Es werden alle Infektionen, die nach der Geburt auftreten eingeschlossen.
- GOBAB wird als Fachgebiet angegeben, es sei denn das Neugeborene steht unter der Behandlung von Pädiatern (PEDBAB/PEDNEO/PEDGEN/ICUNEO).

Geburtenstation: Bei Spontangeburt ohne Intervention, werden Infektionen der Mutter als HAI diagnostiziert, wenn diese am Tag 3 nach der Geburt oder später beginnen.

Daten zu antimikrobieller Therapie und HAI

Eine Datenerhebung erfolgt nur bei Patient:innen, **die zum Erhebungszeitpunkt eine antimikrobielle Therapie bekommen oder wenn die/der Patient:in eine aktive Infektion hat, die im Zusammenhang mit einem Spitalsaufenthalt (derzeitige oder andere Krankenanstalt) steht.**

(Ausnahme: eine präoperative antibiotische Prophylaxe innerhalb der letzten 24 Stunden vor 8:00 Uhr am Tag der Erhebung wird ebenfalls erhoben)

Eine bestehende antimikrobielle Therapie kann oft zur Diagnose einer HAI führen. Manche Patient:innen haben eine HAI, die nicht antimikrobiell behandelt wird (z.B. virale Infektionen, etc.). Deshalb ist es notwendig, auch andere Informationsquellen heranzuziehen. Anderenfalls kann es sein, dass der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin eine Infektion behandelt, die nicht den in der PPS angewandten HAI Falldefinitionen (Siehe Anhang 1 - Codebuch) entspricht. Daher unterscheidet sich die Liste der „Diagnosen für Antibiotikaaanwendung“ (Tabelle 5 des Codebuchs) von der HAI Falldefinitionsliste. Die Liste der „Indikationen für Antibiotikaaanwendung“ (Tabelle 4 des Codebuchs) beinhaltet auch die Option „Behandlung von CI/LI/HI Infektionen“. Es ist nicht Ziel dieser PPS, die antimikrobiellen Verbrauchsdaten mit den Informationen der HAIs (z.B. Mikroorganismen) zu korrelieren. Beide Datensets werden unabhängig voneinander gesammelt.

Daten zur antimikrobiellen Therapie

Eine präoperative antibiotische Prophylaxe soll dann erhoben werden, wenn sie am Tag vor der Operation (in den 24 Stunden vor 8:00 Uhr am Tag der Erhebung) verabreicht wurde. Alle anderen antimikrobiellen Therapien sollten nur dann erhoben werden, wenn sie am Erhebungstag weiterhin angewendet werden. Wenn das Antibiotikum am Tag der Erhebung geändert wurde, soll nur das letzte Antibiotikum aufgenommen werden, das zum Zeitpunkt der Erhebung verabreicht wurde. Außerdem sollen die Änderung und der Grund der Änderung vermerkt werden.

Anmerkung: Ziel ist es festzustellen, was der Arzt/die Ärztin beabsichtigt zu behandeln. Dazu werden alle Patient:innenakten gesichtet und zusätzliche Informationen von Pflegepersonal, Pharmazeut:innen oder Ärzt:innen erfragt. Die Angemessenheit der Verschreibung wird nicht beurteilt. Es soll auch nicht versucht werden, die bestehende Behandlung zu ändern. Zu keinem Zeitpunkt soll sich das behandelnde Team überwacht fühlen.



Definitionen der Daten zur antimikrobiellen Therapie

Antimikrobielle Therapie (Generika oder Markenname): In der RDA-Auswahlliste können sowohl generische Namen z.B. Amoxicillin, als auch nationale Markennamen ausgewählt werden.

Die Therapie der Tuberkulose ist ausgeschlossen, aber Tuberkulostatika werden angegeben, wenn sie zur Behandlung von nicht-tuberkulösen Mykobakterien (MOTT) oder als Reserveantibiotikum für multiresistente Erreger (MRE) verwendet werden. Siehe Anhang 1 – Codebuch.

Applikation: Administrationsweg der antimikrobiellen Therapie; P=Parenteral; O=Oral; R=Rektal; I=Inhalation.

Indikation: Die/der Patient:in bekommt eine systemische, antimikrobielle Therapie wegen:

- Behandlung: **CI:** ambulant („community“) erworbene Infektion;
LI: Infektion, die in einer Langzeitpflegeeinrichtung erworben wurde;
HI: Infektion, die in einer Akutkrankenanstalt erworben wurde
- Chirurgische Prophylaxe: **SP1:** Einzeldosis; **SP2:** Tagesdosis; **SP3:** länger als ein Tag. Um die Dauer zu bestimmen, überprüfen Sie ob eine präoperative Prophylaxe innerhalb der letzten 24 Stunden vor 8:00 Uhr am Tag der Erhebung gegeben wurde und **falls Ja**, ob sie auch vorgestern oder am Tag der Erhebung verabreicht wurde.
- **MP:** medizinische Prophylaxe (Prophylaxe mit nicht-operativer Indikation)
- **O:** andere Indikation (z.B. Erythromycin als prokinetisches Agens)
- **UI:** unbekannte Indikation/unbekannter Grund

Diagnose: Diagnosegruppen je nach anatomischer Lokalisation (Infektionsort): siehe Diagnose in der Codeliste für antimikrobielle Therapieanwendungen; soll nur dann ausgefüllt werden, wenn die Indikation gemäß dem Codebuch „Behandlung einer CI/LI/HI Infektion“ lautet; soll nicht angeführt werden, wenn es sich um eine Prophylaxe oder eine andere Indikation handelt (verwenden sie dann den Code NA=nicht zutreffend).

Indikation dokumentiert: Ja/Nein. Ja soll dann angekreuzt werden, wenn der Grund für die antimikrobielle Therapie auch in der Patient:innengeschichte dokumentiert wurde.

Änderung der AM? (+Grund): Wurde die Therapie (oder der Applikationsweg) für die aktuelle Indikation verändert, und falls ja, was war der Grund der Änderung? Falls die Therapie mehr als einmal verändert wurde bitte nur den Grund der letzten Änderung angeben.



- N = keine Änderung
- E = Eskalation, auf klinischer oder mikrobiologischer Grundlage, z. B. bei fehlender klinischer Besserung oder weil der Mikroorganismus resistent gegen das Antibiotikum ist (beinhaltet auch Wechsel von oraler zu intravenöser Therapie desselben Antibiotikums). Beinhaltet außerdem die Dosissteigerung eines Antibiotikums mit dem Ziel der Erhöhung des Wirkspiegels (eine Dosisanpassung zur Aufrechterhaltung eines konstanten Wirkspiegels, wie z.B. häufig bei der Therapie mit Vancomycin stattfindet, ist damit nicht gemeint). Die Angabe der Änderung gilt für das gesamte Therapieregime der Infektion (z.B. besteht die Therapie aus zwei Medikamenten, wird die „E“ in den Datensätzen beider Medikamente eingetragen).
- D = De-Eskalation, auf klinischer oder mikrobiologischer Grundlage z. B. bei klinischer Besserung oder weil der Mikroorganismus sensibel auf ein weniger breites Antibiotikum ist
- S = Wechsel intravenös (IV) zu oral desselben Antibiotikums. Auch ein Wechsel zwischen Antibiotika derselben Substanzklasse, z.B. IV Ampicillin/Sulbactam zu oral Amoxicillin/Clavulansäure oder IV Ceftriaxon zu oral Cefuroxime-Axetil
- A = Änderung aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen
- OU = Änderung, anderer oder unbekannter Grund
- U = Unbekannt ob AM-Therapie im Laufe des stationären Aufenthalts verändert wurde



Daten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (HAI)

Begriffe und Anmerkungen

Eine **aktive Gesundheitssystem-assoziierte Infektion** (im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in einer Akutkrankenanstalt/LTCF), die am Erhebungstag vorliegt ist folgendermaßen definiert:

Auftreten einer HAI		HAI-Definition
AB TAG 3	UND	Definition einer HAI ist erfüllt am Tag der Erhebung
ODER vor Tag 3		
Am <u>Tag 1 (=Aufnahmedatum)</u> oder am <u>Tag 2</u> : SSI Kriterien sind erfüllt und treten innerhalb von 30 Tagen nach OP auf (90 Tagen für tiefe SSI und SSI von Organen und Körperhöhlen bei OP mit Implantat)		
ODER		ODER
<u>Tag 1 oder Tag 2</u> UND die/der Patient:in wurde in den letzten 48h aus einer Akutkrankenanstalt/LTCF entlassen		
ODER		Patient:in bekommt eine AM-Therapie UND HAI war vorhanden vom Tag 1 der Behandlung bis zum Erhebungstag
<u>Tag 1 oder Tag 2</u> UND die/der Patient:in hat eine CD Infektion und wurde in den letzten 28 Tagen aus einer Akutkrankenanstalt/LTCF entlassen		
ODER		
<u>Tag 1 oder Tag 2</u> UND der/dem Patient:in wurde bei diesem Spitalsaufenthalt vor HAI-Beginn ein relevantes Device eingesetzt		

- Eine Infektion ist aktiv, wenn am Erhebungstag Zeichen und Symptome einer Infektion vorhanden sind oder Zeichen und Symptome in der Vergangenheit vorhanden waren und die/der Patient:in am Erhebungstag noch immer eine Therapie für diese Infektion erhält.
- Beginn der Symptome war am Tag 3 (Aufnahmetag=Tag 1) der gegenwärtigen Aufnahme oder später ODER die Infektion entsteht vor Tag 3, wobei die/der Patient:in in den letzten zwei Tagen aus einer anderen Akutkrankenanstalt oder Langzeitpflegeeinrichtung entlassen wurde.
- Die/der Patient:in wurde mit einer Infektion aufgenommen (oder entwickelt Symptome innerhalb von zwei Tagen), die die Falldefinition einer akuten postoperativen Wundinfektion erfüllt. Das heißt, die postoperative Wundinfektion trat innerhalb von 30



Tagen nach einer Operation auf (oder, im Fall von einer Operation **mit Implantat** und einer postoperativen **tiefen Wundinfektion** oder **postoperativen Wundinfektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet**, innerhalb von **90 Tagen** nach der Operation) und die/der Patient:in zeigt Symptome, die der Falldefinition entsprechen und/oder bekommt eine antimikrobielle Therapie für diese Infektion.

- Die/der Patient:in wurde weniger als 28 Tage nach einer vorhergehenden Entlassung aus einer Akutkrankenanstalt oder Langzeitpflegeeinrichtung mit einer *C. difficile* Infektion aufgenommen (oder entwickelt Symptome innerhalb von zwei Tagen).
- Ein relevantes Medizinprodukt wurde am Tag 1 oder Tag 2 eingesetzt, welches vor Tag 3 in einer HAI resultiert.
- Ergebnisse von Tests oder Untersuchungen, die am Erhebungstag nicht zur Verfügung standen sollen nicht im Nachhinein vervollständigt werden und sollen auch nicht berücksichtigt werden.
- **„Device-assoziierte HAI“** = Medizinprodukte-assoziierte Gesundheitssystem-assoziierte Infektion ist eine HAI bei einer/einem Patient:in der ein relevantes „Device“ hat das **innerhalb von 48 Stunden vor Auftreten der Infektion (auch intermittierend) vorhanden war**. Der Begriff „Device-assoziiert“ wird nur für Pneumonie, Bakteriämie und Harnwegsinfektionen verwendet. **Relevante Devices sind Tuben, zentralvenöse und periphere Katheter sowie Harnwegskatheter**. Ist das Intervall länger als 48 Stunden, muss es beweisende Evidenz dafür geben, dass die Infektion mit der Device-Verwendung assoziiert ist. Für **Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen** muss der Harnwegskatheter **innerhalb von 7 Tagen vor einem positiven Laborbefund bzw. vor den Zeichen und Symptomen**, die die Kriterien für eine Harnwegsinfektion erfüllen, vorhanden sein. (Siehe dazu: Horan et al. *Definitions of key terms used in the NNIS system. Siehe auch: American Journal of Infection Control 1997, 25:112-6*)
- **„COVID-19 HAI“** = Erkrankt die/der Patient:in in einer anderen Krankenanstalt oder Langzeitpflegeeinrichtung an COVID-19 gilt die Infektion erst dann als Gesundheitssystem-assoziiert, wenn sie frühestens 8 Tage nach Aufnahme in diese KA aufgetreten ist (=Symptombeginn oder positiver Test). SARS-CoV2-Infektionen, die in der aktuellen Krankenanstalt auftreten werden ab Tag 3 erfasst.

Bakteriämie (primäre Bakteriämie und sekundäre Bakteriämie) wird immer als separate HAI dokumentiert, mit Spezifikation der Quelle in einem separaten Feld: peripherer oder zentralvenöser Katheter, andere Infektionsquelle – S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH; die einzigen Ausgenommen hiervon sind CRI3 (Mikrobiologisch bestätigte Katheter-assoziierte Bakteriämie) und neonatale Bakteriämie: Bei Vorliegen dieser Infektionen, soll die



BSI nicht zusätzlich erfasst werden. (siehe auch Falldefinitionen). Mikrobiologisch bestätigte Katheter-assoziierte Bakteriämie werden nur als CRI3 angegeben. Neonatale Bakteriämien werden nur als NEO-LCBI oder nur als NEO-CNSB, zusammen mit der Quelle der Bakteriämie angegeben.

Definitionen der Daten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen

Code für HAI (= Code für Gesundheitssystem-assoziierte Infektion): Es soll die Unterkategorie spezifiziert werden, z.B. PN2 für eine „Pneumonie mit Erregernachweis aus möglicherweise kontaminiertem Sekret“ (Codeliste, siehe Anhang 1 - Codebuch), CVS-VASC. Ein Falldefinitionscode soll nur einmalig pro Patient:in vergeben werden (einzelne Episoden der gleichen Infektion sollen nicht getrennt voneinander erfasst werden). Für Pneumonie und Harnwegsinfektion soll nur eine Unterkategorie angegeben werden (bei Pneumonie gilt folgende Hierarchie PN1>PN2>PN3>PN4>PN5; bei Harnwegsinfektion gilt: UTI-A>UTI-B). Für laborbestätigte Bakteriämie nur einen der folgenden Codes angeben: BSI, CRI3 (CRI3>BSI). Bei neonataler Bakteriämie gilt: NEO-LCBI>NEO-CNSB [>BSI].

Vorhandensein eines relevanten in situ-Devices vor Beginn der HAI: Ja/Nein/Unbekannt. Spezifizieren für PN, BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB und UTI. Ja=relevantes invasives Device, war zum Zeitpunkt der HAI-Diagnose oder bis 48 Stunden (7 Tage bei Harnwegkatheter) zuvor in situ vorhanden, z.B. Tubus für Pneumonie, ZVK/PVK für Bakteriämie, Harnwegkatheter für Harnwegsinfektion; UNK=Unbekannt.

Infektion bei Aufnahme vorhanden: Ja/Nein. Ja=Zeichen und Symptome einer Infektion waren bei Krankenanstaltaufnahme vorhanden.

Beginndatum: Zeitpunkt des Beginns der Infektion (TT.MM.JJJJ); wird nicht erfasst, wenn Zeichen und Symptome schon zum Aufnahmezeitpunkt vorhanden waren, aber unbedingt dokumentieren falls die Infektion während der derzeitigen Hospitalisierung beginnt. Es wird der Zeitpunkt der ersten Zeichen oder Symptome der Infektion erfasst; wenn unbekannt, wird das Datum des Therapiebeginns oder das Datum der ersten diagnostischen Beprobung angegeben. Wenn kein Abstrich abgenommen wurde oder keine Behandlung erfolgt ist, dann bitte abschätzen.

Infektionsquelle: Die Infektion ist mit (1) der aktuellen Krankenanstalt assoziiert; (2) einer anderen Akutkrankenanstalt assoziiert; (3) einer Langzeitpflegeeinrichtung assoziiert; (4) mit einer anderen Quelle assoziiert oder unbekannt. Infektionen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme schon vorhanden sind können mit einem Voraufenthalt in der jeweiligen Krankenanstalt oder einer Transferierung aus einer anderen Akutkrankenanstalt assoziiert sein. Die Kategorie



„andere Ursache oder unbekannt“ kann z.B. für Infektionen mit einem Symptombeginn nach Tag 2 des aktuellen Krankenanstaltaufenthaltes verwendet werden.

HAI mit derzeitiger Station assoziiert: Ja/Nein/Unbekannt

Therapie mit Vasopressoren (Sepsis): (Adrenalin, Noradrenalin, Phenylephrin, Dobutamin, Dopamin etc.) z.B. zur Behandlung einer Hypotonie im Rahmen einer Sepsis.

Wenn Bakteriämie: Quelle: Wenn es sich um eine laborbestätigte Bakteriämie handelt, Quelle angeben: Katheter-assoziiert (zentral: C-CVC, peripher: C-PVC), sekundär zu einer anderen Infektion: Pneumonie (S-PUL), Harnwegsinfektion (S-UTI), gastrointestinale Infektion(S-DIG), postoperative Wundinfektion (S-SSI), Haut- oder Weichteilinfektion (S-SST), andere Infektion (S-OTH) z.B. Meningitis, keines der oben genannten, bestätigte Bakteriämie (BSI) mit unbekannter Ursache (UO); die sekundäre BSI wird als separate HAI zusätzlich zu der primären Infektion angegeben, sofern diese den Falldefinitionen entspricht. Ausgenommen hiervon sind CRI-3 und neonatale Bakteriämien (s. oben bei Punkt „Bakteriämie“ bzw. bei den entsprechenden Falldefinitionen)

Mikroorganismen: Mikrobiologische Laborbefunde des Erhebungstages verwenden (auf am Erhebungstag noch nicht vorhandenen Befunde, wird nicht gewartet!). Mittels des „sechs Buchstaben Mikroorganismuskodes“ bis zu drei isolierten Mikroorganismen (siehe Anhang 1 – Codebuch, Tabelle 8) angeben.

Antimikrobielle Resistenzmarker: Für bestimmte Erreger (gemäß Anhang 1 – Codebuch, Tabelle 9) angeben ob der Mikroorganismus gegenüber bestimmten antimikrobiellen Resistenzmarkern sensitiv (S), empfindlich bei erhöhter Exposition (I) oder resistent (R) ist. Sofern die Resistenzlage unbekannt ist bitte (U) angeben.

Panresistenz (PDR): der Mikroorganismus ist resistent gegenüber allen gängigen Antibiotika. Nicht PDR = N (sensitiv hinsichtlich mindestens 1 AM), mögliche PDR = P (R gegenüber allen im KH getesteten AM), bestätigte PDR = C (IR gegenüber allen AM durch Referenzlabor bestätigt), UNK=unbekannt.