



Sehr geehrte KISS-Teilnehmer,

das Jahr 2016 ist so gut wie vergangen. Es gibt diesmal umfangreiche und wichtige Neuerungen in KISS, die Sie in Ihrer Surveillance-Arbeit direkt betreffen und in Kürze in Kraft treten. Mit diesem KISS-Newsletter möchten wir Sie hierüber informieren.

Bitte beachten Sie diese Änderungen für die von Ihnen betreuten KISS-Module!

Achten Sie bitte auch auf Anpassungen der KISS-Protokolle, die ab ca. Mitte Dezember verfügbar sein werden (gültig werden die Änderungen dann zum 01. Januar 2017). Die aktualisierten KISS-Protokolle finden Sie auf den entsprechenden Seiten der KISS-Module auf der Homepage des NRZ (www.nrz-hygiene.de). Protokolländerungen werden auch unter "News" der Seite angekündigt.

Aktualisierung der Definitionen für nosokomiale Infektionen (bisher „CDC-Definitionen“, zukünftig „KISS-Definitionen“)

Ab dem 01.01.2017 treten im KISS (**ITS-KISS, STATIONS-KISS, ONKO-KISS, OP-KISS, AMBU-KISS**) neue Definitionen für die Diagnose einer nosokomialen Infektion in Kraft. Die bisherigen Definitionen (Heft mit CDC-Definitionen 7. Auflage 2011) verlieren zum 31.12.2016 ihre Gültigkeit. Ab dem 01.01.2017 sind für die Surveillance im KISS die neuen Definitionen (bisher als CDC-Definitionen, zukünftig als KISS-Definitionen bezeichnet) anzuwenden. Die spezifischen Änderungen für die einzelnen Infektionsarten sind den Festlegungen in den neuen KISS-Definitionen zu entnehmen.

Voraussichtlich Dezember 2016/Januar 2017 werden die aktualisierten Heftchen mit den neuen KISS-Definitionen zur Verfügung stehen. Bereits im Dezember wird die PDF-Version der Heftchen mit den Definitionen auf der Homepage des NRZ zum Download bereitgestellt.

Wichtige allgemeine Änderungen

Unterscheidung mitgebracht vs. nosokomial (für postoperative Wundinfektionen gilt eine abweichende Festlegung)

Zur Unterscheidung einer nosokomialen von einer mitgebrachten Infektion wird eine feste Zeitgrenze eingeführt. Eine Infektion wird als nosokomiale Infektion klassifiziert, wenn das Infektionsdatum (=Tag mit dem ersten Symptom) frühestens der Tag 3 des

Krankenhausaufenthaltes ist. Bei Infektionen mit einem Infektionsdatum vor Aufnahme, an Tag 1 oder Tag 2 des Krankenhausaufenthaltes handelt es sich demnach um mitgebrachte Infektionen.

Allgemeine Definition für „nosokomial“ bei postoperativen Wundinfektionen

Eine nosokomiale postoperative Wundinfektion ist eine Infektion, die innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach einer Operation im Operationsgebiet auftritt und die Kriterien (A1, A2 oder A3) erfüllt, unabhängig davon, ob der Patient zum Infektionsdatum im Krankenhaus, oder bereits entlassen ist.

Nosokomiale postoperative Wundinfektion bei vorbestehender Infektion

Wenn bei der Operation bereits eine Infektion im OP-Gebiet festgestellt worden war, kann eine nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1, A2, oder A3) nur diagnostiziert werden wenn

- die postoperative Infektion in einem zuvor nicht von der Infektion betroffenen Bereich des Operationsgebietes bzw. der Inzision auftritt,

oder

- frühestens 14 Tage nach Operation und Ausheilung der vorherigen Infektion diagnostiziert werden.

Infektionsdatum

Das Infektionsdatum ist der Tag mit dem ersten (spezifischen oder unspezifischen) Symptom. Sofern das erste Symptom ein unspezifisches Symptom (z.B. Fieber) ist und gleichzeitig anderer Ursachen für dieses Symptom vorliegen, dann ist das Infektionsdatum der Tag mit dem ersten spezifischen Zeichen/Symptom für die Infektion. Spezifische Symptome für Infektionen sind:

- Ergebnisse aus einer Laborprobe zur Diagnostik eines Erreger (z.B. Urinkultur, Blutkultur, mikrobiologische Untersuchung von Trachealsekret)
- Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT, Ultraschall)
- Prozedur- oder Untersuchungsergebnisse
- Diagnose des Arztes
- Beginn einer AB-Therapie

Fieber gilt als „Joker“

Fieber darf auch bei Vorliegen anderer möglicher Ursachen als Symptom für eine nosokomiale Infektion gewertet werden. Fieber kann somit auch gleichzeitig als Symptom zur Erfüllung der Definitionen für mehrere Infektionen verwendet werden z.B. für:

- symptomatische HWI D1
- B1 mit Hautkeimen
- Pneumonie
- Wundinfektion

Sperrfrist für neue Infektion der gleichen Art

Beginnend mit dem Infektionsdatum (bei mitgebrachter oder nosokomialer Infektion) kann innerhalb der nächsten 14 Tage keine Infektion der gleichen Art die Kriterien erfüllen.

Weitere Änderungen:

- Bei Harnwegsinfektionen wird nur noch nach D1 und D2 differenziert (die Unterscheidungen in D1a, D1b, D1c fallen weg)

- Es wird eine zusätzliche Sepsisdefinition für bestimmte Patienten mit Immundefizienz/ -suppression, die B3 „Mukosa-Barrierestörung-assoziierte Sepsis“, eingeführt
- Bei der Aspirationspneumonie ist nicht mehr der Ort der Aspiration für die örtliche Zuordnung ausschlaggebend, sondern es wird in Angleichung an andere nosokomiale Infektionen die Tagesregel angewandt (Definition nach Tagesregel nosokomial ab Tag 3)

ITS-KISS, Infektionssurveillance

Neue KISS-Definition zur Diagnose nosokomialer Infektionen

Ab dem 01.01.2017 treten im KISS (**ITS-KISS**, STATIONS-KISS, ONKO-KISS, OP-KISS) neue Definitionen für die Diagnose einer nosokomialen Infektion in Kraft (s.o.)

Neue Definition für Device-Assoziation

Zusätzlich zum zeitlichen Bezug von Infektionsdatum zum Tag mit Device wird ab 01.01.2017 eine Mindestliegedauer des Device gefordert.

NEUE Definition: Eine Device-Assoziation liegt vor, wenn am Infektionstag (=erste Symptome) oder am Tag vor dem Infektionstag das Device mind. den 3. Tag vorhanden ist/war.

Neues optionales Device *ECLS (ExtraCorporeal Life Support)*

Ab dem 01.01.2017 wird es möglich sein die Infektionssurveillance auch für das neue Device *ECLS* durchzuführen. *ECLS* sind Extrakorporale Methoden zur Oxygenierung sowie Decarboxylierung des Blutes. Hierzu zählen:

Pumpengetriebene Lungenersatzverfahren

- ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation)/ECLA (Extracorporeal Lung Assist)
- ECCO2-R (extrakorporale CO2-Elimination)
- ILA-actiVve

Pumpenlose extrakorporale Lungenassistenz

- pECLA (pumpenlose ECLA)
- ILA[®] (interventionelle extrakorporale Lungenunterstützung)

Nähere Erläuterungen hierzu werden in Kürze dem Protokoll ITS-KISS Version Dezember 2016 zu entnehmen sein.

Erregerliste in webKess erweitert

Bei der Eingabe der Erreger für eine nosokomiale Infektion wurden die Möglichkeiten der Erregerauswahl in webKess erweitert.

STATIONS-KISS, Infektionssurveillance

Neue KISS-Definition zur Diagnose nosokomialer Infektionen

Ab dem 01.01.2017 treten im KISS (ITS-KISS, **STATIONS-KISS**, ONKO-KISS, OP-KISS, AMBU-KISS) neue Definitionen für die Diagnose einer nosokomialen Infektion in Kraft (s.o.)

Neue Definition für Device-Assoziation

Zusätzlich zum zeitlichen Bezug von Infektionsdatum zum Tag mit Device wird ab 01.01.2017 eine Mindestliegedauer des Device gefordert.

NEUE Definition: Eine Device-Assoziation liegt vor, wenn am Infektionstag (=erste Symptome) oder am Tag vor dem Infektionstag das Device mindestens den 3. Tag vorhanden ist/war.

Nähere Erläuterungen hierzu werden in Kürze dem Protokoll STATIONS-KISS Version Dezember 2016 zu entnehmen sein.

Erregerliste in webKess erweitert

Bei der Eingabe der Erreger für eine nosokomiale Infektion wurden die Möglichkeiten der Erregerauswahl in webKess erweitert.

Erweiterung der gefäßkatheterassoziierten Infektionen um die F1 („Arterien- und Veneninfektion“) seit 01.01.2016

Seit dem 01.01.2016 muss eine Surveillance aller Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen (B1, B2 **und** F1) erfolgen. **Bitte bei der Surveillance von Gefäßkathetern an die F1 denken!**

ITS-KISS und STATIONS-KISS, Erreger-Surveillance

Unterscheidung mitgebrachte und stationär erworbene Infektion

Hier gilt die Festlegung in: „Unterscheidung mitgebracht vs. nosokomial (für postoperative Wundinfektionen gilt eine abweichende Festlegung)“

Für die Dokumentation wird von nun an erhoben, ob die ersten Symptome der MRE-Infektion/CDAD bereits vor Aufnahme auf die Station bestanden, oder ob sie erst auf der Station aufgetreten sind mit dem jeweiligen Datum. Die Einteilung in „mitgebrachte“ und „erworbene“ Infektion erfolgt dann rechnerisch im KISS.

Unterscheidung mitgebrachter und stationär erworbener MRE

Die Klassifikation des MRE-Erwerbs in „mitgebracht“ und „stationär erworben“ ändert sich nicht. Trotzdem wird die Dokumentation des MRE-Erwerbssortes entsprechend angepasst mit der Angabe, ob der Nachweis des MRE bereits vor Aufnahme erfolgte oder während des Aufenthaltes auf der Station mit der Angabe des Erstnachweisdatums.

Die Einteilung in „mitgebrachte“ und „erworbene“ Erreger erfolgt ebenfalls rechnerisch im KISS, wobei weiterhin der Erstnachweis vor Aufnahme, am Aufnahmetag (Tag 1), am ersten und zweiten Tag nach der Aufnahme (Tage 2 und 3) als „mitgebrachter MRE“ gelten, der Erstnachweis ab Tag 4 als „erworbener MRE“.

Welche Auswirkungen eine Angleichung der zeitlichen Grenze für den MRE-Erwerb entsprechend der erworbenen Infektionen für die Einteilung in „mitgebrachte“ und „erworbene“ MRE hätte, werden wir in den kommenden Jahren analysieren.

Schwere CDAD-Fälle

Für die Dokumentation der schweren CDAD-Fälle werden die Kriterien entsprechend der im Mai 2016 veränderten Meldepflicht angepasst. Statt der Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion wird die stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion als Kriterium für den schweren CDAD-Fall aufgenommen.

Screening

Weiterhin möchten wir Sie an die jährliche Angabe zum Screening und zum Vorhandensein eines Alert-Systems pro Erreger erinnern. Falls Sie die entsprechende Umfrage für das Jahr 2016 noch nicht ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dies zeitnah nachzuholen.

Die Eingabemaske finden Sie in webKess im Kapitel „MRE-Surveillance“ unter dem Reiter „Jährliche Angaben“.

OP-KISS

Änderungen zur Surveillancedauer

Ab 2017 wird die maximale Surveillancedauer in OP-KISS von 1 Jahr auf 90 Tage verkürzt.

Außerdem wird eine feste Zuordnung einer Indikatoroperationsart zu einer bestimmten Surveillancedauer (30 Tage oder 90 Tage) etabliert, unabhängig davon, ob bei einem einzelnen Eingriff Fremdmaterial verwendet wurde oder nicht. Die jeweilige Surveillancedauer für einen Indikatoroperationsart wird in den Anlagen zu den Indikatoroperationen angegeben und im OP-KISS Protokoll aufgeführt.

In diesem Zuge wird auch die „Reoperationsregel“ zum Einschluss eines Patienten in KISS angepasst. Eine Indikatoroperation wird nicht in die Erfassung aufgenommen, wenn der Patient innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen im selben Operationsgebiet schon einmal operiert wurde.

Aktualisierung der Definition zur Festlegung einer postoperativen Wundinfektion

Mit Beginn des Jahres 2017 wird es eine Neuauflage der Definitionen zur Festlegung von nosokomialen Infektionen geben. Diese beinhalten auch einige Änderungen hinsichtlich der Erfassung von postoperativen Wundinfektionen. Siehe oben unter „Aktualisierung der Definitionen für nosokomiale Infektionen (neue CDC-Definitionen)“.

Novellierung der Auswahl an Erregern für eine postoperative Wundinfektion

In allen Surveillancemodulen zur Infektionserfassung (u.a. OP-KISS) wird die Liste der bei einer Infektion auswählbaren Erreger deutlich erweitert und hinsichtlich der multiresistenten Erreger an die Nomenklatur der KRINKO angeglichen.

Unsere Anlagen zu den Indikatoroperationen werden jährlich aktualisiert.

Sie finden die Anlagen Anfang des Jahres 2017 auf unserer Homepage:

<http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/op-kiss/indikator-op/> .

CDAD-KISS

Zur Unterscheidung einer stationär erworbenen von einer mitgebrachten CDAD wird eine feste Zeitgrenze eingeführt. Eine CDAD wird als nosokomiale Infektion klassifiziert, wenn das Infektionsdatum (=Tag mit dem ersten Symptom) frühestens der Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist. Bei Infektionen mit einem Infektionsdatum vor Aufnahme, an Tag 1 oder Tag 2 des Krankenhausaufenthaltes handelt es sich demnach um mitgebrachte Infektionen.

Für die Dokumentation der schweren CDAD-Fälle werden die Kriterien entsprechend der im Mai 2016 veränderten Meldepflicht angepasst. Statt der Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion wird die stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion als Kriterium für den schweren CDAD-Fall aufgenommen.

MRSA-KISS

Keine Änderungen.

HAND-KISS

Intermediate Care Stationen

Es ist geplant, zukünftig in HAND-KISS die Intermediate Care Stationen (IMC) als eigenen Stationstyp auszuwerten. Bitte überprüfen Sie Ihre aktuellen Stationen in Bezug auf den zugeordneten Stationstyp und ordnen Sie gegebenenfalls eine IMC dem entsprechenden Stationstyp zu. Dies gilt ebenso für Stroke Units und KMT-Stationen. Der Hintergrund der Änderung ist, dass diese Stationen in der Art und Behandlungsintensität weder mit einer Normalstation noch mit einer Intensivstation verglichen werden können. Die Änderung finden Sie zeitnah im aktualisierten HAND-KISS Protokoll.

Verknüpfung in den Stammdaten

Für viele Fragestellungen (siehe vorherigen Punkt) wird es immer wichtiger, Zusammenhänge von HAND-KISS und ITS-KISS innerhalb eines Hauses zu identifizieren. Wir bitten Sie deshalb nochmal zu überprüfen, ob Sie in HAND-KISS die Intensivstationen mit dem ITS-Kürzel verknüpft haben (falls die Station an ITS-KISS teilnimmt) und bitten Sie dies ggf. nachzuholen.

NEO-KISS

Umstellung der Berechnung der SIR

In 2017 wird die geplante Umstellung der standardisierten Infektionsrate (SIR) auf die bereits vorgestellte neue Berechnungsmethodik erfolgen, die neben dem Geburtsgewicht auch den Lebenstag der Patienten zur Risikoadjustierung berücksichtigt.

Novellierung der Auswahl an Erregern

In allen Surveillancemodulen zur Infektionserfassung (u.a. NEO-KISS) wird die Liste der bei einer Infektion auswählbaren Erreger deutlich erweitert und hinsichtlich der multiresistenten Erreger an die Nomenklatur der KRINKO angeglichen.

Sperrfrist für neue Infektion der gleichen Art

Beginnend mit dem Infektionsdatum (bei mitgebrachter oder nosokomialer Infektion) kann innerhalb der nächsten 14 Tage keine Infektion der gleichen Art die Kriterien erfüllen.

Definition der Device-Tage für Gefäßkatheter

NEU ab 01.01.2017: PVK werden auch bei gleichzeitigem Vorhandensein von ZVK gezählt!

Bei gleichzeitigem Vorhandensein von unterschiedlichen Gefäßkathetern wird jeder Katheter an dem gültigen Tag gezählt. Ein Beispiel: der Patient hat an einem Tag einen PVK und einen ZVK -> in dem Fall wird 1 PVK-Tag und 1 ZVK-Tag gezählt.

Neue Definition für Device-Assoziation

Zusätzlich zum zeitlichen Bezug von Infektionsdatum zum Tag mit Device wird ab 01.01.2017 eine Mindestliegedauer des Device gefordert.

NEUE Definition: Eine Device-Assoziation liegt vor, wenn am Infektionstag (=erste Symptome) oder am Tag vor dem Infektionstag das Device mind. den 3. Tag vorhanden ist/war.

ONKO-KISS

Ab dem 01.01.2017 tritt ein neues Surveillanceprotokoll in Kraft. Das neue Protokoll ist für Sie auf der NRZ-Webseite abrufbar. Da sich eine Vielzahl von Veränderungen zu dem bis dato bestehenden Protokoll ergeben haben und mit einer Auflistung dieser Änderungen der Newsletter zu umfangreich würde, ist zur besseren Übersicht der ONKO-KISS Vortrag des 20. Erfahrungsaustausches vom September 2016 geeignet. Diesen finden Sie in webKess, Reiter „KISS-Intern“.

Des Weiteren werden wir für Sie weitere separate Dokumente (Flowcharts zur Infektionserfassung, separater Patientenverlaufsbogen) im neuen Jahr nach und nach auf der NRZ-Seite zum Download zur Verfügung stellen.

Die Eingabemaske in webKess wird ab dem 01.04.2017 fertiggestellt sein, sodass Sie die in die Surveillance einzuschließenden Patienten bis zu diesem Datum auf Papierbögen erfassen müssten und dann in webKess nachtragen können. Als ONKO-KISS Teilnehmer werden Sie im ersten Quartal 2017 von uns noch einmal ein Schreiben mit genaueren Informationen erhalten.

Die nach dem bis dato bestehenden Protokoll erfassten Patienten können noch bis zum 15.02.2017 wie gewohnt in webKess eingegeben werden. Sie werden wie üblich eine Auswertung der Daten erstellen können.

„Aktion Saubere Hände“, Compliance Beobachtung

Die der Compliance-Beobachtung zugrunde liegenden 5 Indikationen zu Händedesinfektion wurden in Bezug auf die Indikation „Vor aseptischen Tätigkeiten“ erweitert. Wenn Sie die

Indikation „Vor aseptischen Tätigkeiten“ auswählen, ist es möglich die aseptische Tätigkeit weiter zu differenzieren und einer von sechs Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Diese Differenzierung ist nur ein Angebot! Haben sie keine weitere Differenzierung der aseptischen Indikation erfasst, wählen Sie „keine Angabe“.

Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung aseptische Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> vor Patk	<input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> vor asept	<input type="checkbox"/> i.v. Medikamente zubereiten
<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> nach inf	<input type="checkbox"/> Manip. i.v. / i.a. Zugänge
	<input type="checkbox"/> nach Patk	<input type="checkbox"/> Verbandsw. / Manip. Drainage
	<input type="checkbox"/> nach Um	<input type="checkbox"/> Punktionen / Zugänge legen
		<input type="checkbox"/> Kontakt Schleimhäute
		<input type="checkbox"/> keine Angabe
Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Eine ausführliche Anleitung und den Beobachtungsbogen finden Sie hier:

<http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/messmethoden/beobachtung-der-compliance/>

Europaweite Punkt-Prävalenzstudie PPS

Die Erfassungsphase der Prävalenzerhebung zum Vorkommen von nosokomialen Infektion und zur Anwendung von Antibiotika in Deutschland (PPS 2016) ist abgeschlossen.

Wir bedanken uns ausdrücklich für die motivierte Teilnahme. Jetzt steht die Validierung der Daten und das Berechnen von Referenzdaten an.

Allgemeines

Noch ein weiterer Hinweis: wenn Sie im Jahr 2017 Interesse am Besuch eines KISS-Erfahrungsaustausches haben denken Sie bitte an ein frühzeitiges Planen und Buchen, die Plätze sind leider sehr schnell vergriffen. Die Termine stehen fest, die Anmeldung ist voraussichtlich ab Anfang März 2016 möglich: <http://www.nrz-hygiene.de/nrz/veranstaltungen/>. Sobald die Anmeldung möglich ist, senden wir Ihnen eine Rundmail.

Wenn Sie Fragen zu den Neuerungen im Newsletter haben: bitte richten Sie diese an kiss-support@charite.de (wenn sie technischer Art sind) oder an die jeweiligen Modulverantwortlichen Ärzte: <http://www.nrz-hygiene.de/support/>

Sollten Sie nicht bei dem letzten Erfahrungsaustausch anwesend gewesen sein, beachten Sie bitte in webKess - KISS-Intern die hinterlegten Vorträge. In diesen finden Sie die hier vorgestellten Informationen oft detaillierter.

Wir wünschen Ihnen ein paar ruhige Tage, auch wenn die Feiertage diesmal nicht so günstig liegen, frohe Weihnachten und einen guten Rutsch in das Jahr 2017.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr KISS-Team

Kontakt:

Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Hindenburgdamm 27

12203 Berlin

Tel.: 030 / 8445 3680

Email: nrz@charite.de

<http://www.nrz-hygiene.de>