

# **COSIK**

## **COVID-19-Surveillance in Krankenhäusern**

### **Surveillance-Protokoll**

**Durchführung einer Krankenhaus-Surveillance  
zur Erhebung von Daten zu Infektionen, Schweregrad und Todesfällen in Zu-  
sammenhang mit SARS-CoV-2 in Deutschland, 2021**

**Abteilung für Infektionsepidemiologie  
Fachgebiet FG 37 Nosokomiale Infektionen,  
Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch  
am Robert Koch-Institut, Berlin**

**Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin  
gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und  
Humboldt-Universität Berlin**

**Version 3.3. Juni 2021**



**Änderungshistorie:**

1. Anpassungen: Faldefinitionen für nosokomial Patient und nosokomial medizinisches Personal und Personal mit Patientenkontakt (Version 3.0)
2. Neu: Tickbox zur Angabe der Vollständigkeit der erfassten ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie (Version 3.0)
3. Neu: Definition für Entlassungen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose (Version 3.1)
4. Anpassung der Definition für Patiententage beatmungspflichtiger Patienten (Version 3.1)
5. Anpassungen: Erfüllung mehrerer Faldefinitionen für Patienten, Punkt 5.1. (Version 3.2)
6. Anpassungen: Faldefinitionen für nosokomialer Patient (Formulierung „Tag des Aufenthaltes“) und neu aufgenommener Patient mit COVID-19-Aufnahmediagnose oder mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis (Verweis Reinfektion) (Version 3.3)

**Kontaktadressen:**

Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet FG 37  
Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch  
Fachgebietsleiter Dr. Tim Eckmanns  
Robert Koch-Institut  
Seestr. 10  
13353 Berlin  
Tel.: 030/18754 3485  
Fax: 030/18754 3533  
Homepage:  
[www.rki.de/cosik](http://www.rki.de/cosik)

**Ansprechpartner:**

Dr. Tim Eckmanns, Leiter des Fachgebiets 37, Robert Koch-Institut  
Dr. Muna Abu Sin, stellvertretende Leitung Fachgebiet 37, Robert Koch-Institut  
Dr. Jane Hecht, Fachgebiet 37, Robert Koch-Institut  
Dr. Felix Reichert, Fachgebiet 37, Robert Koch-Institut

**Kontakt-Informationen:**

Kontakt am Robert Koch-Institut, Tel.: 030-18754-3195/-3944  
E-Mail: [cosik@rki.de](mailto:cosik@rki.de)

**Kooperationspartner**

Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
Direktorin Prof. Dr. med. Petra Gastmeier,  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin  
Hindenburgdamm 27  
12203 Berlin  
Tel.: 030/450 577 612  
Fax: 030/450 577 920  
Homepage: [www.nrz-hygiene.de](http://www.nrz-hygiene.de)

Kontakt zum webKess-Support-Team:  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
AG Medizinische Informatik und Datenmanagement  
Leitung Dr. rer. medic. Michael Behnke  
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Hilfestellung für technische Fragen:  
<https://www.nrz-hygiene.de/support/#c156>  
Tel.: 030-450-577-612  
E-Mail: [webkess@charite.de](mailto:webkess@charite.de)



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund und Rationale</b>	<b>6</b>
2.1.	SARS-CoV-2, COVID-19 und Meldepflicht	6
2.2.	Begründung der Durchführung einer Krankenhaus-Surveillance	6
2.3.	Nutzen für die teilnehmenden Krankenhäuser	6
<b>3</b>	<b>Ziele von COSIK</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Voraussetzung zur Teilnahme von Krankenhäusern an COSIK und Verpflichtungen innerhalb von webKess</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Methoden</b>	<b>8</b>
5.1.	Falldefinitionen	8
5.2.	Datenerhebung und Beschreibung der Erhebungsbögen	11
5.2.1	COSIK – Krankenhauserhebungsbogen aggregiert	11
5.2.2	COSIK – Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik	11
5.2.3	COSIK – Erhebungsbogen Personal mit Patientenkontakt (optional)	13
5.2.4	COSIK – Erhebungsbogen aggregiert für ITS/IMC und Stationen mit Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Therapie	13
5.2.5	COSIK – Mitternachtsstatistik Erhebungsbogen ITS/IMC und Stationen mit Option NIV oder High-Flow-Therapie	16
5.3.	Krankenhausreport (Hausauswertung)	18
5.4.	Datenübermittlung	20
5.5.	Training des Surveillancepersonals	22
5.6.	Datenübermittlung	22
5.7.	Datenanalyse und -veröffentlichung	22
<b>6</b>	<b>Zeitplan</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>Datenschutz</b>	<b>22</b>
<b>8</b>	<b>Referenzen</b>	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>Impressum</b>	<b>23</b>



**Disclaimer: Im Dokument wird zur besseren Lesbarkeit ausschließlich „Patient“ bzw. „Patienten“ verwendet. Die Begriffe umfassen Erkrankte jeden Geschlechts.**

## 1 Zusammenfassung

Zur Beurteilung der epidemiologischen Situation zu COVID-19 in Deutschland und der Situation in Krankenhäusern ist es wichtig, systematisch repräsentative Daten zur Anzahl der Hospitalisierten, der Schwere des klinischen Verlaufs von COVID-19 sowie zum Anteil von COVID-19-Patienten an der Versorgung im Krankenhaus und auf Intensivstation zeitnah zu erheben und auszuwerten.

Dazu implementiert das Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit der Informatik-Arbeitsgruppe des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin eine systematische Krankenhaus-Surveillance von Infektionen mit SARS-CoV-2 und assoziierten Todesfällen in Deutschland mit dem Namen COVID-19-Surveillance in Krankenhäusern (COSIK). Eine ähnliche Surveillance wurde im Rahmen der Pandemischen Influenza 2009 etabliert (PIKS<sup>1</sup>).

Mit den Ergebnissen von COSIK können einerseits den Krankenhäusern selbst Rückmeldungen zur hausinternen COVID-19-Situation gegeben und andererseits einrichtungsübergreifend Empfehlungen, Infektionsschutzmaßnahmen und Risikokommunikation an die aktuelle Situation angepasst werden. Zusätzlich werden mit den Daten Informationen erfasst, welche zur Beurteilung der Belastung des Gesundheitssystems speziell in den Krankenhäusern notwendig sind.

Das Projekt COSIK nutzt das webbasierte elektronische System webKess (<https://webkess.charite.de/webkess2>) als etablierte Plattform zur Dateneingabe. COSIK ist für alle Krankenhäuser in Deutschland offen.

Folgende Informationen werden aggregiert pro Kalenderwoche im gesamten Krankenhaus und auf allen Intensivstationen erhoben:

- Zahlen zu Neuaufnahmen einschließlich nosokomialer Fälle mit COVID-19, entsprechende Patiententage, Daten zu Beatmungspflichtigkeit und Todesfällen mit und ohne COVID-19-Diagnose.

Optional werden aggregiert pro Kalenderwoche Angaben zu Infektionen beim medizinischen Personal erfasst.

Die Daten der Vorwoche werden vom erfassenden Krankenhauspersonal spätestens am zweiten Arbeitstag der Folgewoche in eine Dateneingabemaske auf dem web-basierten elektronischen Erfassungssystem „webKess“ in das Modul COSIK eingegeben. Die aggregiert erfassten Informationen werden vom Robert Koch-Institut (RKI) ausgewertet und auf der RKI-Internetseite (siehe [www.rki.de/cosik](http://www.rki.de/cosik)) in regelmäßigen Abständen veröffentlicht.

Die erhobenen Daten stehen den Krankenhäusern in einem standardisierten Krankenhausreport zur eigenen internen Auswertung im zeitlichen Verlauf zur Verfügung. Dieser ermöglicht u.a. eine Beurteilung der COVID-19-bedingten Belastung der eigenen Einrichtung. Das RKI hat Zugriff auf die krankenhausspezifischen, im Modul erfassten Daten. Auswertungen und Veröffentlichung der Daten erfolgen nur in aggregierter Form, sodass eine Re-Identifizierung der Klinik nicht möglich ist. Die erhobenen aggregierten Daten werden regelmäßig auf der RKI-Internetseite veröffentlicht und der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht.

## **2 Hintergrund und Rationale**

### **2.1. SARS-CoV-2, COVID-19 und Meldepflicht**

Die namentliche Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) von Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“) (CoronaMeldeV) wurde auf den Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie den Tod in Bezug auf eine Infektion, die durch 2019-nCoV (SARS-CoV-2) hervorgerufen wird, ausgedehnt. Die erweiterte Meldepflicht trat am 01.02.2020 in Kraft. Neben der namentlichen Meldepflicht nach § 7 Absatz 1 Satz 1 IfSG für den direkten oder indirekten Nachweis des Erregers sind gemäß § 7 Abs. 4 IfSG alle Untersuchungsergebnisse auf SARS-CoV-2 nichtnamentlich an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden.

### **2.2. Begründung der Durchführung einer Krankenhaus-Surveillance**

Die Meldepflicht ergänzend wurden seit Beginn der Pandemie andere Surveillancesysteme etabliert bzw. erweitert. Dazu zählen die syndromische Surveillance schwerer respiratorischer Erkrankungen einschließlich COVID-19 (ICOSARI) sowie das DIVI Intensivregister, welches tagesaktuell die Versorgungskapazitäten und Fallzahlen zu intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Patienten erfasst mit dem Ziel, die Verfügbarkeiten von Beatmungsbetten und von erweiterten Therapiemaßnahmen bei akutem Lungenversagen in Deutschland sichtbar zu machen.

Daten zur Anzahl der Hospitalisierten, der Schwere des klinischen Verlaufs sowie zur relativen Belastung der klinischen Einrichtungen und des Gesundheitssystems durch SARS-CoV-2 sind wichtige Indikatoren für die Beurteilung der epidemiologischen Situation und der Einschätzung des Ausmaßes der Epidemie

Ein übergeordnetes Surveillancesystem, mit welchem diese Indikatoren auf Krankenhausebene systematisch und zeitnah erfasst werden können, ist ein wichtiger Bestandteil zur Beurteilung des Pandemieverlaufes und existiert in Deutschland bisher nicht. Deshalb implementiert das Robert Koch-Institut (RKI) eine Krankenhaus-Surveillance von Infektionen mit SARS-CoV-2 und assoziierten Todesfällen in Deutschland, mit dem Namen COVID-19-Surveillance in Krankenhäusern (CO-SIK). Die analysierten Daten bilden einen entscheidenden Baustein bei der Anpassung von Empfehlungen, Infektionsschutzmaßnahmen und Risikokommunikation in der aktuellen Situation.

### **2.3. Nutzen für die teilnehmenden Krankenhäuser**

Die erhobenen Daten stehen den Krankenhäusern in Form eines individuellen Krankenhausreports zur internen Auswertung zur Verfügung. Dadurch wird eine Analyse der SARS-CoV-2-bedingten Situation und Belastung des Krankenhauses ermöglicht. Ein Krankenhausreport kann intern abgerufen und somit auch die Indikatoren im zeitlichen Verlauf analysiert werden. Das RKI wird in regelmäßigen Abständen aggregierte Daten veröffentlichen, die bei der Beurteilung des individuellen Krankenhausreports zum Vergleich herangezogen werden können.



### 3 Ziele von COSIK

Ziele von COSIK sind:

1. Erhebung der Anzahl von Infektionen, nosokomialen Infektionen, Entlassungen und Todesfällen in Zusammenhang mit SARS-CoV-2 im stationären Bereich
2. Beschreibung der Schwere von COVID-19 im stationären Verlauf
3. Erhebung von Infektionen mit SARS-CoV-2 unter medizinischem Personal
4. Einschätzung des Anteils von COVID-19-Patienten an der Versorgung im Krankenhaus und auf Intensivstation.

Auf Basis der erhobenen Daten können Änderungen im zeitlichen Verlauf zeitnah erfasst und beschrieben werden.

### 4 Voraussetzung zur Teilnahme von Krankenhäusern an COSIK und Verpflichtungen innerhalb von webKess

Die teilnehmenden Krankenhäuser und Intensivstationen müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Zustimmung zur Anwendung der im Protokoll aufgeführten Falldefinitionen
- Strikte Anwendung der Festlegungen des Surveillance-Protokolls
- Dateneingabe und Übermittlung einmal wöchentlich über [www.webkess.de](http://www.webkess.de).
- Bereitschaft zur Mitteilung deskriptiver Parameter des Krankenhauses (z. B. Bettenanzahl).

Innerhalb des webKess Moduls COSIK wird den Krankenhäusern zugesichert,

- bei der Durchführung der Surveillance beraten und fachlich unterstützt zu werden,
- dass die Daten nur anonymisiert vorliegen und bearbeitet werden und dass mit allen Daten streng vertraulich umgegangen wird.

#### 4.1. Anmeldung und Registrierung

Die Registrierung erfolgt über webKess, unter [www.webkess.de](http://www.webkess.de). Im Dokument „Ablaufdiagramm Registrierung“ werden der Prozess und die Schritte für die Anmeldung zur Teilnahme an COSIK beschrieben (siehe [www.rki.de/cosik](http://www.rki.de/cosik) ).



## 5 Methoden

Die Erfassung der Daten für das Krankenhaus (KH), die Intensivstation (ITS), Intermediate Care-Bereiche oder -Stationen (im weiteren IMC genannt) und Stationen mit der Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Sauerstoff-Therapie (High flow nasal cannula, HFNC\*) erfolgt wochenweise und fortlaufend. Bei mehreren dieser Stationen innerhalb eines Krankenhauses erfolgt die Erfassung für diese zusammengefasst.

### 5.1. Falldefinitionen

Bei Erfüllung mehrerer Falldefinitionen sollen die Patienten in beiden Kategorien gezählt werden ([Ausnahme: Patient mit erstmaligen SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial](#)).

#### **Neu ins Krankenhaus aufgenommenener Patient mit COVID-19-Aufnahmediagnose oder mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis:**

Patient, der im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche, neu stationär in die Einrichtung aufgenommen wurde mit COVID-19-Diagnose ([symptomatische Infektion](#)), welche durch einen SARS-CoV-2-PCR-Nachweis (entsprechend ICD-10 Code U07.1!) oder nur klinisch-epidemiologisch bestätigt ist (ICD-10 Code U07.2!) oder ohne Symptome, aber mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis (asymptomatische Infektion)<sup>1</sup>. Eine [wahrscheinliche und sichere Re-Infektion](#)<sup>2</sup> zählt als [neuer Fall](#). Die Labordiagnostik kann bis zu 2 Wochen vor und bis spätestens 7 Tage nach dem Aufnahmedatum durchgeführt worden sein. Falls im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche, in der die stationäre Aufnahme erfolgt ist, noch keine COVID-19-Diagnose bzw. kein SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt, wird der Patient in der Woche gezählt, in der die COVID-19-Diagnose gestellt wird bzw. der SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt – sofern es kein nosokomialer Fall ist.

#### **Neu auf eine Intensivstation (ITS) oder auf eine Intermediate Care (IMC) oder auf eine Station mit Option der nichtinvasiven Beatmung (NIV) oder High-Flow-Therapie aufgenommenener Patient mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose:**

Patient, der im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche, mit COVID-19-Diagnose oder mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis neu auf eine Intensivstation aufgenommen wurde, unabhängig davon, ob ein entsprechender Laborbefund vorliegt. Die Aufnahme auf die Intensivstation kann als interne Verlegung oder als Aufnahme oder Verlegung von extern erfolgt sein. COVID-19 kann durch einen Labortest nachgewiesen (entsprechend ICD-10 Code U07.1!) oder nur klinisch-epidemiologisch bestätigt worden sein (ICD-10 Code U07.2!), oder es kann nur ein SARS-CoV-2-PCR-Nachweis ohne COVID-19-Diagnose vorliegen (asymptomatische Infektion). Die Labordiagnostik kann bis zu 2 Wochen vor und bis spätestens 7 Tage nach dem Aufnahmedatum in die Klinik (Normalstation oder ITS) durchgeführt worden sein. Falls im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche, in der die Aufnahme auf die Intensivstation erfolgt ist, noch keine COVID-19-Diagnose bzw. kein SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt, wird der Patient in der Woche gezählt, in der die COVID-19-Diagnose gestellt wird bzw. der SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt.

\* HFNC = High flow nasal cannula

<sup>1</sup> Eine Aufnahme nach einer abgelaufenen Infektion erfüllt nicht die Falldefinition.

<sup>2</sup> Entsprechend [Definition für die Reinfektion mit SARS-CoV-2](#) des RKI





**Patient mit erstmaligen SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial:**

Darunter fallen folgende Definitionen:

Sicher nosokomiale Infektion: Erstmaliger SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder Erkrankungsbeginn am > 14. Tag des stationären Aufenthaltes<sup>3</sup> in der Klinik

Wahrscheinliche nosokomiale Infektion:

a) Erstmaliger SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder Erkrankungsbeginn an Tag 8-14 des stationären Aufenthaltes<sup>2</sup>

oder

b) Erstmaliger SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder Erkrankungsbeginn an Tag 3-7 des stationären Aufenthaltes<sup>2</sup> UND starker Verdacht auf eine Übertragung im Krankenhaus<sup>4</sup>. Dazu zählt bspw. auch der gleichzeitige Aufenthalt mit einem anderen Fall auf derselben Station.

oder

c) Wiederaufnahme eines Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder Erkrankungsbeginn  $\leq 7$  Tage nach Entlassung UND starkem Verdacht auf eine Übertragung im Krankenhaus.

COVID-19 kann durch einen Labortest nachgewiesen (entsprechend ICD-10 Code U07.1!) oder nur klinisch-epidemiologisch bestätigt worden sein (ICD-10 Code U07.2!) oder nur mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis ohne COVID-19-Diagnose (entspricht asymptomatische Infektion). Der Aufenthalt auf derselben Station wie ein COVID-19-Fall oder Verdachtsfall wird auch als Kontakt angesehen. Der Kontakt zu einem COVID-19-Fall oder -Verdachtsfall während des stationären Aufenthaltes fand in den 14 Tagen vor Symptombeginn oder Probenentnahme zur SARS-CoV-2 Diagnostik bzw. COVID-19-Diagnose statt.

Gezählt werden Fälle, die eine von beiden o.a. Definitionen erfüllen. Ein nosokomialer Fall wird ausschließlich als nosokomial gezählt und nicht zusätzlich als neu aufgenommener Patient mit COVID-19-Aufnahmediagnose oder mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis.

**Medizinisches und Personal mit Patientenkontakt und erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose:**

Personal, bei dem im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche erstmalig ein SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt oder die Diagnose COVID-19 gestellt wurde. Die Definition ist unabhängig davon erfüllt, ob SARS-CoV-2 ambulant oder nosokomial erworben wurde. Als Personal mit Patientenkontakt wird Personal mit direktem oder indirektem Patientenkontakt verstanden, also auch Reinigungskräfte und Servicepersonal.

**Medizinisches und Personal mit Patientenkontakt und erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial:**

Personal, bei dem im jeweiligen Beobachtungszeitraum, d. h. in der jeweiligen Woche erstmalig ein SARS-CoV-2-PCR-Nachweis vorliegt oder die Diagnose COVID-19 - gestellt wurde nach relevantem Kontakt zu einem COVID-19-Fall in der jeweiligen Einrichtung. Das schließt den Kontakt zu SARS-CoV-2-positivem anderen Personal ein, z.B. Arbeit auf derselben Station oder gemeinsame Pausenräume<sup>5</sup>. Der Kontakt zu einem COVID-19-Fall fand in den 14 Tagen vor Symptombeginn oder Probenentnahme zur SARS-CoV-2-Diagnostik bzw. COVID-19-Diagnose statt. Der Fall wird dann in der Kategorie „Medizinisches Personal/Personal mit Patientenkontakt und erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose“ gezählt. Übertragungen im privaten Umfeld (hierzu zählen auch private Kontakte von Personal untereinander, die außerhalb des Arbeitsplatzes stattfinden) werden nicht als nosokomial eingestuft.

<sup>3</sup> Tag der Aufnahme = Tag 1

<sup>4</sup> Angelehnt an die [Falldefinition des ECDC](#)

<sup>5</sup> Entsprechend engen [Kontaktpersonen nach RKI-Definition](#)

und Punkt 4 [Kontaktpersonenmanagement in der medizinischen Versorgung](#) in „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“

**Als Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose werden definiert:**

Ein Patiententag entspricht einem Patienten pro behandelten Tag. Alle Patiententage von Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, die im jeweiligen Beobachtungszeitraum stationär sind, werden im Rahmen der Surveillance gezählt werden. D. h. jeder SARS-CoV-2- oder COVID-19-Fall im Krankenhaus führt immer zu einem SARS-CoV-2/COVID-19-Patiententag, auch wenn nachfolgend negative SARS-CoV-2-Teste vorliegen und unabhängig davon, ob der Patient mit SARS-CoV-2 oder COVID-19 im jeweiligen Beobachtungszeitraum neu aufgenommen wurde oder bereits zuvor stationär war.

**Als Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose auf ITS/IMC und Stationen mit Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Therapie:**

Alle Patiententage von Patienten auf o.a. Stationen, die mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, im jeweiligen Beobachtungszeitraum auf der Intensivstation lagen, werden im Rahmen der Surveillance gezählt. D. h. jeder SARS-CoV-2- oder COVID-19-Fall auf Intensivstation führt immer zu einem SARS-CoV-2/COVID-19-Patiententag, auch wenn nachfolgend negative SARS-CoV-2-Teste vorliegen und unabhängig davon, ob der Patient mit SARS-CoV-2 oder COVID-19 im jeweiligen Beobachtungszeitraum neu auf die Intensivstation aufgenommen wurde oder bereits zuvor auf der Intensivstation lag.

**Als Patiententage beatmungspflichtiger Patienten werden definiert:**

Alle Patiententage von Patienten auf Intensivstation, die invasiv (unabhängig von der Zeitdauer) oder nichtinvasiv (an einem Tag über mindestens 6h) beatmet wurden.

**Hinweis:** Ein Beatmungstag mit nichtinvasiver Beatmung fällt an, wenn ein Patient an einem Tag über mindestens 6h wie folgt beatmet wurde: über maschinelle Positivdruckbeatmung (kontrolliert, assistiert oder im Pressure Support Mode) mit unterschiedlichen Druckniveaus in In- und Expiration über Maskensysteme (Nasen-, Gesichts-, Ganzgesichtsmaske oder Beatmungshelm) ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines Endotrachealtubus. Dabei ist es unerheblich, ob die Beatmung kontinuierlich oder diskontinuierlich stattgefunden hat, wesentlich ist die Gesamtbeatmungszeit von mind. 6h für diesen Tag.

Hinweis zu CPAP: Die alleinige Anwendung eines kontinuierlichen positiven Atemwegsdrucks (CPAP) über Maskensysteme stellt KEINE Beatmung dar und wird daher NICHT als NIV-Beatmungsform (Non invasive ventilation, NIV) erfasst.

Hinweis zu HFNC: Die alleinige Anwendung einer High-Flow-Sauerstofftherapie stellt KEINE Beatmung dar. Deshalb fließen diese Tage nicht in die „Patiententage beatmungspflichtiger Patienten“ ein, sondern werden separat erfasst.

Treffen an einem Tag bei ein und demselben Patienten sowohl die Definitionen für die nichtinvasive Beatmung als auch für die invasive Beatmung über Tubus/Tracheostoma (INV) zu, so zählt für die Erfassung in webKess die INV.

**Als Entlassungen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose werden definiert:**

Alle Patienten, die mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose im jeweiligen Beobachtungszeitraum aus der Einrichtung entlassen oder nach extern verlegt wurden oder verstorben sind.

## 5.2. Datenerhebung und Beschreibung der Erhebungsbögen

In Abhängigkeit von den Strukturen und Ressourcen vor Ort können viele der Daten über das zentrale Controlling generiert werden. Falls dies nicht der Fall sein sollte, stehen Erhebungsbögen zur Erfassung und Dokumentation der Daten zur Verfügung. Diese sind im Folgenden beschrieben.

### 5.2.1 COSIK – Krankenhauserhebungsbogen aggregiert

Der Erhebungsbogen dient der Übersicht und Zusammenfassung der wöchentlich zu erhebenden und in webKess zu übermittelnden Daten des Krankenhauses. Ggf. können die Daten durch das Controlling zur Verfügung gestellt werden (voraussichtlich mit Ausnahme der optionalen Variable „nosokomiale Infektion“).

Wenn dies nicht möglich ist, kann die COSIK - Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik zur Unterstützung der Datenerfassung genutzt werden (siehe unter 5.2.2).

Kalenderwoche (Datum von-bis)*				
Neuaufnahmen gesamt**				
Neuaufnahmen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***				
Optional: Patienten mit erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial				
Todesfälle gesamt**				
Todesfälle mit COVID-19-Diagnose***				
Entlassungen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***				
Patiententage gesamt**				
Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***				

\* Gesamtes Krankenhaus, pro Kalenderwoche (=jeweiliger Beobachtungszeitraum)

\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling

\*\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling. Die ICD-10-Codes lauten U07.1! und U07.2! Hierbei handelt es sich um Sekundärcodes, die zwingend mit einem Primärcode verwendet werden müssen (z.B. J06, J12, J16, J20-22 oder andere).

**Hinweise zu Patiententage:** nach Möglichkeit Abfrage Controlling, falls dies nicht möglich ist, Summenbildung Anzahl der Patienten pro Tag im Beobachtungszeitraum, siehe auch Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik 5.2.2

### 5.2.2 COSIK – Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik

In dem Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik werden die Daten täglich mit Datenstand zu einer festgelegten Tageszeit (z. B. im Rahmen der Mitternachtsstatistik) dokumentiert. Aus dem Wochenbogen werden Summen für die einzelnen Zeilen gebildet.

Dieser Bogen kann verwendet werden, falls eine Abfrage und Bereitstellung der Daten nicht über das Controlling möglich sind. Die Eingabe und Übermittlung der wochensummierten erhobenen Daten erfolgen in webKess.



### COSIK - Krankenhauserhebungsbogen Mitternachtsstatistik

Kalenderwoche (Datum von-bis)*:								Summe	Bemerkung
Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	n.a.	
Neuaufnahmen gesamt**									
Neuaufnahmen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***									
Optional: Patienten mit erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial									
Todesfälle gesamt**									
Todesfälle mit COVID-19-Diagnose ***									
Entlassungen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***									
Patienten gesamt**									Summe entspricht Patiententage
Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose***									Summe entspricht Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose

\* Gesamtes Krankenhaus, pro Kalenderwoche (=jeweiliger Beobachtungszeitraum)

\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling

\*\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling. Die ICD-10-Codes lauten U07.1! und U07.2! Hierbei handelt es sich um Sekundärcodes, die zwingend mit einem Primär-code verwendet werden müssen (z.B. J06, J12, J16, J20-22 oder andere).

### 5.2.3 COSIK – Erhebungsbogen Medizinisches und Personal mit Patientenkontakt (optional)

Der Erhebungsbogen dient der Übersicht und kann zur internen Erfassung genutzt werden. Die Eingabe und Übermittlung der erhobenen Daten erfolgen in webKess. Die Erhebung zu medizinischem Personal ist optional.

Kalenderwoche (Datum von-bis):								Summe
Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	n.a.
Medizinisches und Personal mit Patientenkontakt und erstmaligem SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose								
Davon: Anzahl medizinisches und Personal mit Patientenkontakt und erstmaligen SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose, nosokomial								

### 5.2.4 COSIK – Erhebungsbogen aggregiert für ITS/IMC und Stationen mit Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Therapie

Der Erhebungsbogen dient der Übersicht und Zusammenfassung der wöchentlich zu erhebenden und in webkess zu übermittelnden Daten für die ITS/IMC und Stationen mit Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Therapie. Falls eine Einrichtung mehrere dieser Stationen hat, werden diese zusammengefasst. [In der Eingabemaske gibt es die Möglichkeit zur Erfassung der Vollständigkeit der Angaben. Bitte kreuzen Sie an, ob im jeweiligen Beobachtungszeitraum alle ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie in die Erfassung eingeschlossen wurden oder nur eine Auswahl mit besonderer COVID-19-Belastung.](#)

Ggf. können die Daten durch das Controlling zur Verfügung gestellt werden. Wenn dies nicht möglich ist, kann die COSIK – Intensivstation(en)-Erhebungsbogen Mitternachtsstatistik zur Unterstützung genutzt werden (siehe 5.2.5).



**COSIK –Erhebungsbogen aggregiert für ITS/IMC und Stationen mit Option der nichtinvasiven Beatmung/High-Flow-Sauerstofftherapie**

Kalenderwoche (Datum von-bis)				
Neuaufnahmen gesamt**				
Neuaufnahmen mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose ***				
Optional: Patienten gesamt mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose (ITS/IMC)***				
Patiententage gesamt				
Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				
Optional: Beatmungspflichtige Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose **				
Patiententage beatmungspflichtiger Patienten gesamt				
Davon:				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit NIV				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit INV				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit ECLS				
Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				
Davon:				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit NIV mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19 Diagnose				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit INV mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				
- Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit ECLS mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				
Optional: Patienten mit HFNC und SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				
Optional: Patiententage von Patienten mit HFNC und SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose				

**ITS = Intensivstation(en), IMC = Intermediate Care, NIV=nichtinvasive Beatmung, INV=invasive Beatmung, ECLS=Extracorporeal life support, HFNC=High flow nasal cannula (High-Flow-Sauerstofftherapie)**

\* Gesamte Intensivstation(en), pro Kalenderwoche (=jeweiliger Beobachtungszeitraum)

\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling

\*\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling. Die ICD-10-Codes lauten U07.1! und U07.2!, hierbei handelt es sich um Sekundärcodes, die zwingend mit einem Primärcode verwendet werden müssen (z.B. J06, J12, J16, J20-22 oder andere)

**Hinweise zu Patiententage:** nach Möglichkeit Abfrage Controlling, falls dies nicht möglich ist, Summenbildung der Anzahl der Patienten pro Tag im Beobachtungszeitraum, siehe auch Intensivstation(en)-Erhebungsbogen Mitternachtsstatistik 5.2.5

**Optional: Patienten gesamt mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose pro Woche auf ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie:**

Hinweis: Bei der Anzahl aller Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose pro Woche handelt es sich um die im Beobachtungszeitraum von einer Woche auf der ITS/IMC und Stationen mit Option NIV oder High-Flow-Therapie liegenden Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose. Dazu gehören alle vor und während des Beobachtungszeitraums (= jeweilige Kalenderwoche) aufgenommenen sowie im Beobachtungszeitraum entlassenen, verlegten oder verstorbenen Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose. Hier werden nicht die Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt/Tag gezählt oder die Summe der einzelnen Tage gebildet. Die Information zur Anzahl an Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose/ Woche trägt zusammen mit den Patiententagen dazu bei, die dahingehende Belastung der Intensivstationen einzuschätzen und gibt Aufschlüsse über die Liegedauer (Hohe Anzahl an Patientenanzahl vs. niedrige Anzahl an Patienten bei gleichen Patiententagen entspricht eher kürzerer Aufenthalt vs. längerem Aufenthalt resp. auf ITS/IMC und Stationen mit Option NIV oder High-Flow-Therapie)

**Patiententage gesamt (ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie):** Summenbildung der Anzahl der Patienten pro Tag im Beobachtungszeitraum

Hinweis: Für die Berechnung der Patiententage, werden die Patienten an einem Zeitpunkt des Tages (typischerweise um Mitternacht) gezählt. Durch Berechnung der Patiententage ist es möglich, Aussagen über die Belegung und damit u.a. der Belastung einer Station treffen zu können

**Patiententage mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose (ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie):** Summenbildung der Anzahl der Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose pro Tag im Beobachtungszeitraum

**Optional: Beatmungspflichtige Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose**

Hinweis: Hier werden nicht die Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt/Tag (z.B. Mitternacht) gezählt und dann die Summe der einzelnen Tage gebildet. Bei der Anzahl aller beatmungspflichtigen Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose/Woche handelt es sich um die im Beobachtungszeitraum auf der Intensivstation liegenden beatmungspflichtigen Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose. Dazu gehören alle vor und während des Beobachtungszeitraums (= jeweilige Kalenderwoche) aufgenommenen sowie im Beobachtungszeitraum entlassenen, verlegten oder verstorbenen beatmungspflichtigen Patienten mit SARS-CoV-2-Nachweis oder mit COVID-19-Diagnose.

**Patiententage beatmungspflichtiger Patienten gesamt** Summenbildung der Anzahl der beatmungspflichtigen Patienten pro Tag im Beobachtungszeitraum, davon

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten gesamt nichtinvasive Beatmung (NIV)/Woche

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten gesamt invasive Beatmung (INV)/Woche

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten gesamt Extracorporal life support (ECLS)/Woche

**Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose** Summenbildung der Anzahl der beatmungspflichtigen Patienten pro Tag im Beobachtungszeitraum, davon

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose gesamt nichtinvasive Beatmung (NIV)/Woche

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose gesamt invasive Beatmung (INV)/Woche

Optional: Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose gesamt Extracorporal life support (ECLS)/Woche

### 5.2.5 COSIK – Mitternachtsstatistik Erhebungsbogen ITS/IMC und Stationen mit Option NIV oder High-Flow-Therapie

Der Erhebungsbogen dient der Übersicht und kann zur internen Erfassung genutzt werden, insbesondere wenn Daten nicht über das Controlling abgefragt und wöchentlich zur Verfügung gestellt werden können. Die Eingabe und Übermittlung der erhobenen Daten erfolgt in webKess.

Kalenderwoche (Datum von-bis)*:								Summe	Bemerkung
Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	n.a.	
Neuaufnahmen gesamt									
Neuaufnahmen mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose**									
Patienten gesamt***									Summe entspricht Patiententagen gesamt
Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose***									Summe entspricht Patiententage mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose
Beatmungspflichtige Patienten gesamt, davon									Summe entspricht Patiententage aller beatmungspflichtiger Patienten
Optional: Patienten mit NIV									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit NIV
Optional: Patienten mit INV									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit INV
Optional: Patienten mit ECLS									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit ECLS
Beatmungspflichtige Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose, davon									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose
Optional: Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose und NIV									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit NIV mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose
Optional: Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose und INV									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit INV mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose
Optional: Patienten mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose und ECLS									Summe entspricht Patiententage beatmungspflichtiger Patienten mit ECLS mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose
Optional: Patienten mit HFNC und SARS-CoV-2-PCR-Nachweis oder COVID-19-Diagnose									Summe entspricht Patiententage von Patienten mit HFNC mit SARS-CoV-2 oder COVID-19-Diagnose

*NIV=nichtinvasive Beatmung, INV=invasive Beatmung, ECLS=Extracorporeal life support, HFNS=Hifg flow nasal cannula*





- \* Gesamte Intensivstation(en), pro Kalenderwoche (=jeweiliger Beobachtungszeitraum, sinnvoll ist die Erfassung jeweils täglich mitternachts):
- \*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling
- \*\*\* nach Möglichkeit Abfrage Controlling. Die ICD-10-Codes lauten U07.1! und U07.2!, hierbei handelt es sich um Sekundärcodes, die zwingend mit einem Primär-code verwendet werden müssen (z.B. J06, J12, J16, J20-22 oder andere)

Bitte geben Sie in der Eingabemaske an, ob im jeweiligen Beobachtungszeitraum alle ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie in die Erfassung eingeschlossen wurden oder nur eine Auswahl mit besonderer COVID-19-Belastung.

**Sind alle ITS/IMC und Stationen mit Option der NIV oder High-Flow-Therapie aus Ihrem Haus in der Erfassung eingeschlossen?**

- ja
- nein, nur eine Auswahl mit besonderer COVID-Belastung

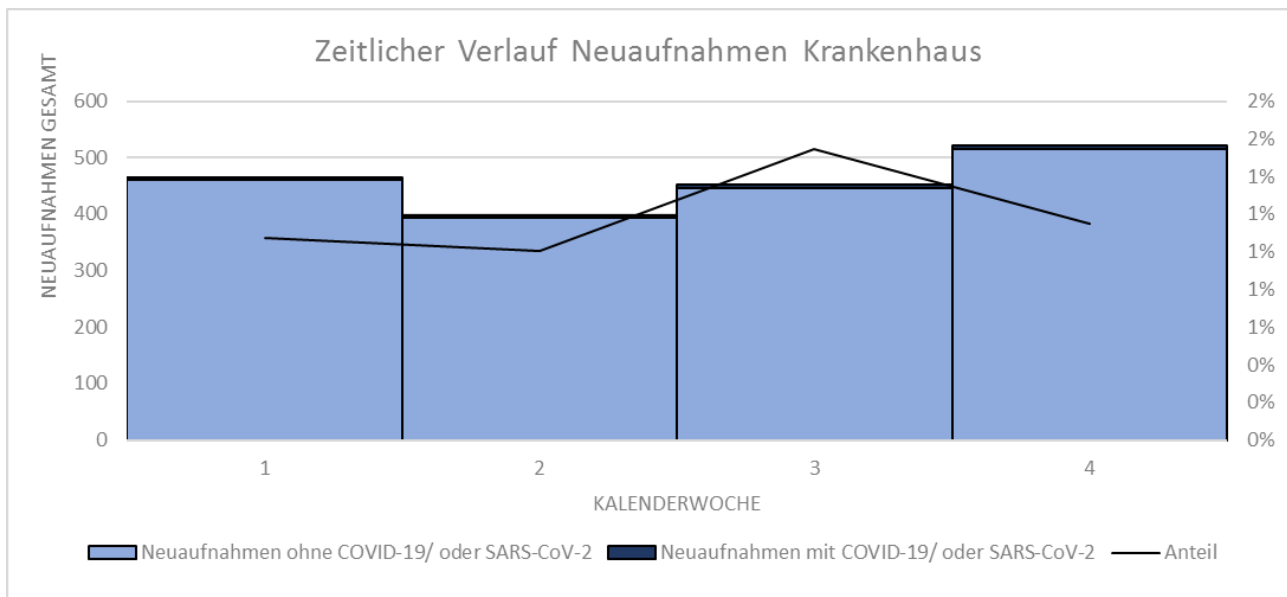
### 5.3. Krankenhausreport (Hausauswertung)

Auf Basis der vom Krankenhaus eingegebenen Daten wird ein interner Krankenhausreport (Hausauswertung) generiert, der einrichtungsbezogen über webKess im passwortgeschützten Bereich unter dem Reiter [Auswertung] unmittelbar erstellbar ist.

- **Wöchentlich aggregiert, auf Krankenhausebene:**

Kalenderwoche	42	43	44	...
Anteil Neuaufnahmen mit COVID-19/SARS-CoV-2* an allen Aufnahmen (%)				
Anteil Neuaufnahmen Fälle* an allen Aufnahmen (%)				
Anzahl Neuaufnahmen Fälle				
Anzahl Neuaufnahmen Krankenhaus gesamt				
Anteil Patiententage Fälle an allen Patiententagen (%) (Belastung Krankenhaus)				
Anzahl Patiententage Fälle				
Anzahl Patiententage Krankenhaus gesamt				
Neuaufnahmen Fälle pro 1000 Patiententage Krankenhaus gesamt				
Inzidenzdichte Entlassene Fälle pro 1000 Patiententage Fälle				
Anzahl Entlassene Fälle				
Anteil Todesfälle COVID-19 an allen Todesfällen (%)				
Anzahl Todesfälle COVID-19				
Anzahl Todesfälle gesamt				
Inzidenzdichte Todesfälle mit COVID-19 pro 1000 Patiententage Fälle				
Optional:				
Inzidenzdichte nosokomiale Fälle pro 1000 Patiententage Fälle				
Anzahl nosokomiale Fälle				

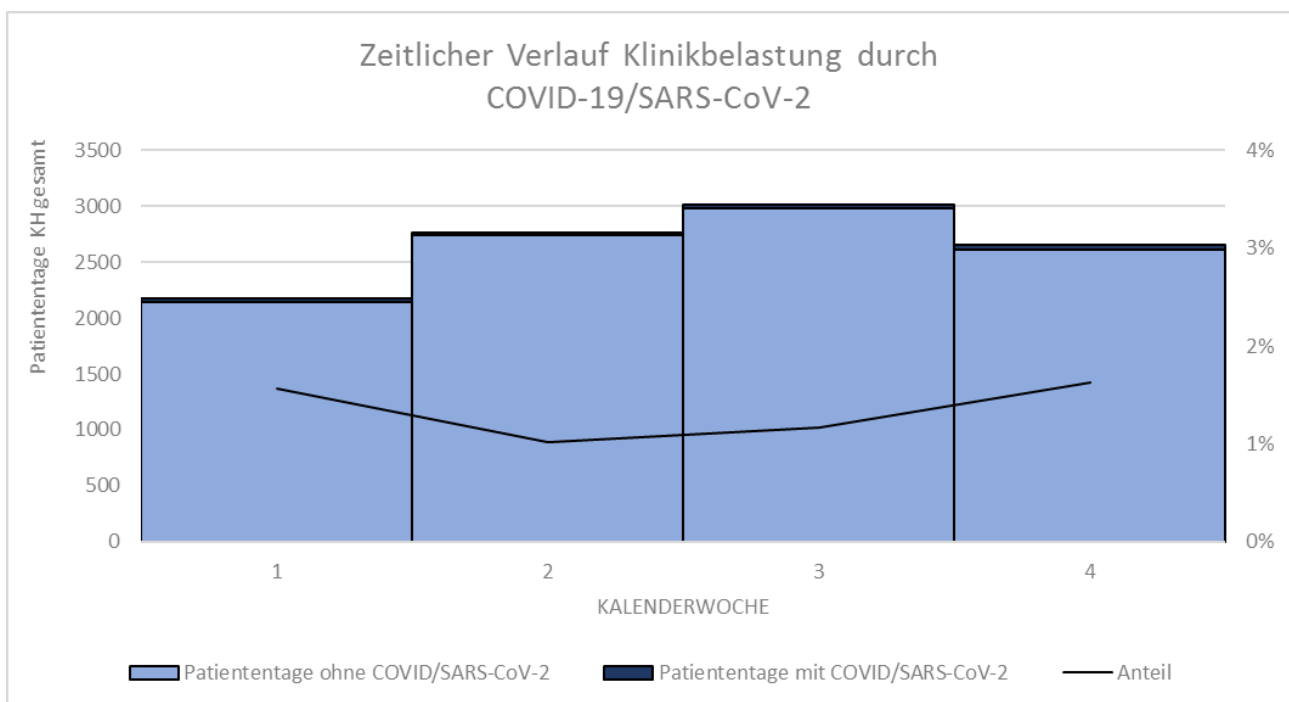
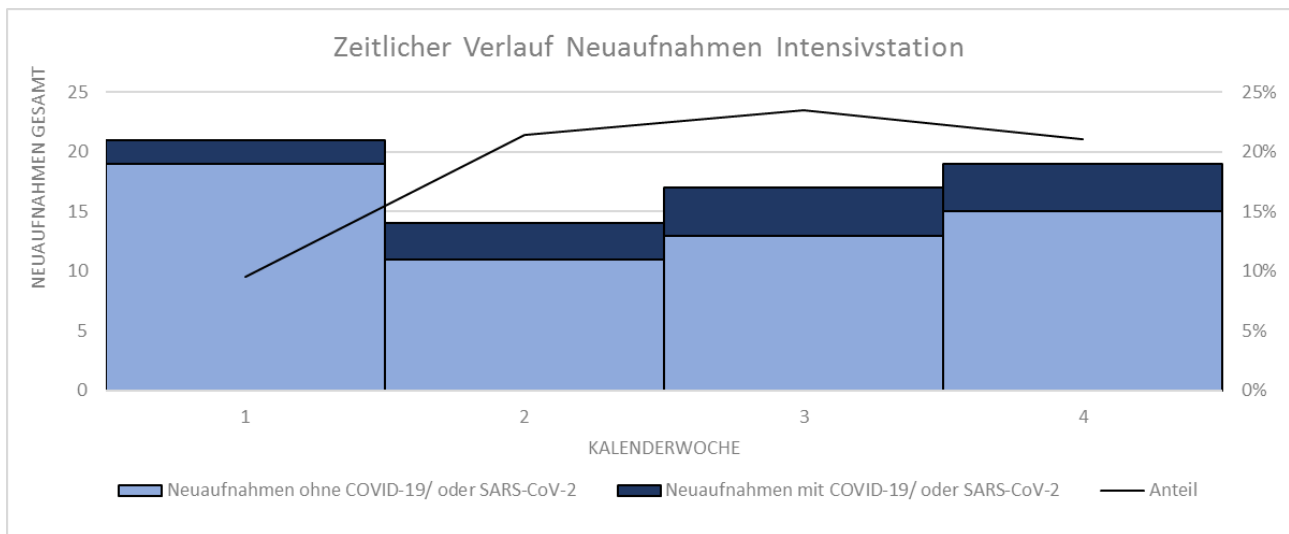
\* Fall= Patient mit COVID-19-Diagnose oder SARS-CoV-2-PCR-Nachweis



- **Wöchentlich aggregiert, auf Intensivstationsebene/Intermediate Care und Stationen mit Option NIV oder High-Flow-Therapie**

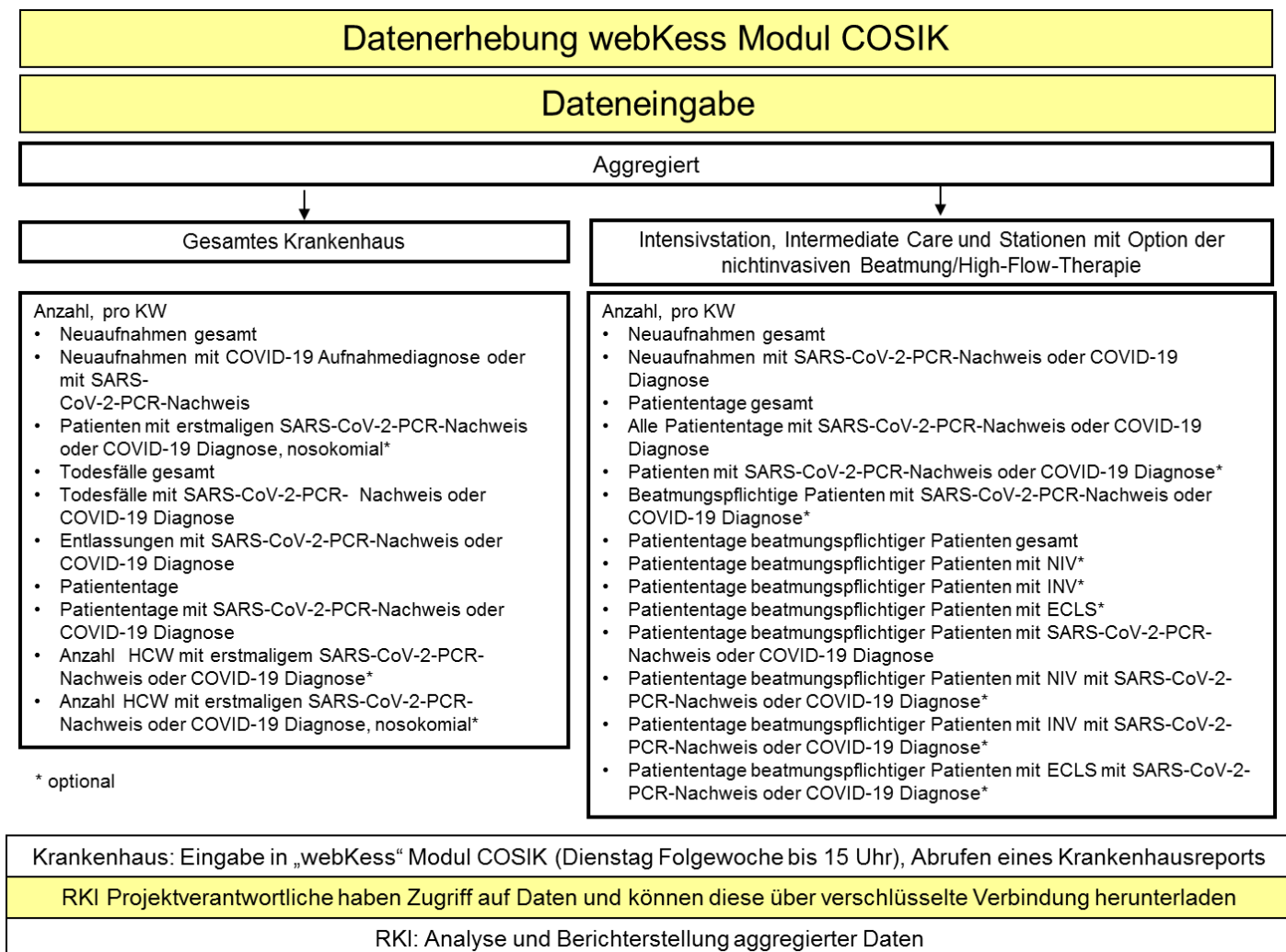
Kalenderwoche	42	43	44	...
Anteil Neuaufnahmen ITS mit COVID-19/SARS-CoV-2* an allen Aufnahmen ITS (%)				
Anteil Neuaufnahmen Fälle* an allen Aufnahmen (%)				
Anzahl Neuaufnahmen Fälle				
Anzahl Neuaufnahmen gesamt				
Anteil Patiententage Fälle an allen Patiententagen (%) (Belastung)				
Anzahl Patiententage Fälle				
Anzahl Patiententage gesamt				
Anteil Patiententage beatmungspflichtiger Fälle an Patiententage beatmungspflichtiger Patienten (%)				
Anzahl Patiententage beatmungspflichtiger Fälle				
Anzahl Patiententage beatmungspflichtiger Patienten				
Anteil Patiententage beatmungspflichtiger Fälle an Patiententagen Fälle (%)				

\* Fälle bezeichnet hier Patienten mit COVID-19-(Aufnahme-) Diagnose und/oder SARS-CoV-2-PCR-Nachweis



#### 5.4. Datenübermittlung

Die Daten werden wöchentlich vom Krankenhaus in eine Dateneingabemaske des webbasierten elektronischen Erfassungssystems „webKess“ in das neue Modul COSIK eingegeben. Die Daten sollten möglichst am zweiten Arbeitstag (Dienstag) der Folgeweche um 15 Uhr in die Eingabemaske eingestellt werden (siehe Abbildung 1).



**Abbildung 1:** Flussdiagramm: Ablauf der Erhebung, Eingabe, Analyse, Interpretation und Veröffentlichung der Daten; COVID-19 Surveillance im Krankenhaus 2021

Der Login-Bereich findet sich unter der Internet-Adresse: [www.webkess.de](http://www.webkess.de)

Für die Neuregistrierung eines Krankenhauses in COSIK oder eines Benutzers in webKess besuchen Sie bitte diese Seite:

<https://webkess.charite.de/webKess2/Docs/webKess-Anleitung.pdf>

### **5.5. Training des Surveillancepersonals**

Eine online zur Verfügung stehende Präsentation kann neben dem Surveillanceprotokoll als Einführung in die Surveillance und Trainingsmaterial für das mit der Surveillance beauftragte Personal genutzt werden. Bei Bedarf werden FAQ und Informationsbriefe zu COSIK erstellt.

### **5.6. Datenübermittlung**

Den Projektverantwortlichen am RKI wird ein Zugriff auf die im webKess Modul COSIK vorliegenden Daten eingerichtet, um diese abrufen zu können (csv).

### **5.7. Datenanalyse und -veröffentlichung**

Die erfassten Informationen werden vom RKI ausgewertet und in aggregierter Form, die keine Identifizierbarkeit der teilnehmenden Krankenhäuser zulässt, regelmäßig auf der RKI-Internetseite veröffentlicht (PDF-Format) und können von den teilnehmenden Krankenhäusern als Vergleichsdaten für den intern abrufbaren Krankenhausreport herangezogen werden.

## **6 Zeitplan**

Oktober-Dezember 2020: Pilotphase mit 10 Kliniken

Februar 2021: Freischaltung für alle Kliniken deutschlandweit

## **7 Datenschutz**

Für die Studie liegt ein positives Votum vom Datenschutzbeauftragten des RKI vor.

Das webKess-System ist datenschutzrechtlich geprüft. Die Daten werden anonymisiert erhoben.

<https://webkess.charite.de/webKess/Docs/Datenschutz.aspx>

## **8 Referenzen**

1. PIKS: Pandemische Influenza Krankenhaus Surveillance: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/PIKS/PIKS\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/PIKS/PIKS_node.html)
2. Information zur neu implementierten Pandemischen Influenza-Krankenhaus-Surveillance (PIKS), Epidemiologisches Bulletin 50/2009, 521, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/50\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/50_09.pdf?__blob=publicationFile)
3. Pandemische Influenza A/H1N1 Krankenhaus Surveillance(PIKS): Erste Ergebnisse, Epidemiologisches Bulletin 04/2010, 31-34, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/04\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/04_10.pdf?__blob=publicationFile)

## 9 Impressum

### **Robert Koch-Institut (RKI)**

**Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet FG 37 Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch**

**Fachgebietsleiter Dr. Tim Eckmanns**

Seestr. 10

13353 Berlin

**E-Mail: [COSIK@rki.de](mailto:cosik@rki.de)**

**Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin**

**Direktorin Prof. Dr. med. Petra Gastmeier,**

Charité-Universitätsmedizin Berlin

gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin

Hindenburgdamm 27

12203 Berlin

Tel.: 030/450 577 612

Fax: 030/450 577 920

### **Kontakt zum webKess-Support-Team:**

Institut für Hygiene und Umweltmedizin

AG Medizinische Informatik und Datenmanagement

Leitung Dr. rer. medic. Michael Behnke

Charité-Universitätsmedizin Berlin

Hilfestellung für technische Fragen

<https://www.nrz-hygiene.de/support/#c156>

Tel.: 030-450-577-612

E-Mail: [webkess@charite.de](mailto:webkess@charite.de)

### **Inhaltlicher Support RKI:**

FG37 030-18754-

Dr. Muna Abu Sin, stellvertretende Leitung

Dr. Jane Hecht - 3195

Dr. Felix Reichert - 3944

E-Mail: [cosik@rki.de](mailto:cosik@rki.de)