

## Formular H1 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID [  ]

Erhebungsdatum: von  /  /  bis:  /  /   
tt/ mm / jjjj tt/ mm / jjjj

Krankenhausgrösse (totale Bettenzahl)   
 Anzahl Akutbetten   
 Anzahl Intensivpflege-Betten

Wurden Stationen von der Erhebung ausgeschlossen?

Nein  Ja, Ausschluss von folgenden Stationen:

Bettenzahl der teilnehmenden Stationen:

Zahl der Patienten in der Erhebung:

Versorgungstyp

Primär  Sekundär  Tertiär

Spezialklinik: \_\_\_\_\_

Krankenhausträger:

Öffentlich  Privat, nicht profitorientiert

Privat, profitorientiert  Andere/Unbekannt

Das Krankenhaus ist Teil eines Verbundes (KHV):

Nein  Ja → *Verbund*: \_\_\_\_\_ KHV-ID

Daten beziehen sich auf :  Krankenhaus  KHV

KHV-Versorgungstyp:  Prim  Sek  Tert  Spez

Anzahl Betten im KHV

Anzahl Akutbetten im KHV

	Anzahl	Jahr	Inc./ Total (1)
Aufnahmen/Entlassungen pro Jahr			Inc Tot
Anzahl Patiententage pro Jahr			
Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr)			Inc Tot
Anzahl Händehygienebeobachtungen pro Jahr			Inc Tot
Anzahl Blutkultur-Sets pro Jahr			Inc Tot
Anzahl Stuhluntersuchungen auf <i>C. difficile</i>			Inc Tot
Vollzeitstellen Hygienefachkräfte			
Vollzeitstellen Hygieniker (Arzt/Mikrobiologe)			Inc Tot
Vollzeitstellen „Antimicrobial Stewardship“			
Vollzeitstellen Pflegefachkräfte			
Vollzeitstellen Pflegeassistenten			Inc Tot
Vollzeitstellen Intensivpflegefachkräfte			
Vollzeitstellen Intensivpflegeassistenten			
Isolationszimmer für luftübertragene Keime			

## Formular H2 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID [ \_\_\_\_\_ ]

Erhebungsdatum: von \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ bis: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 tt/ mm / jjjj                      tt/ mm / jjjj

### Programm zur Infektionsprävention und –Kontrolle (IPK):

Gibt es einen jährlichen IPK-Plan, bewilligt durch die Geschäftsleitung des Krankenhauses?     Ja     Nein

Gibt es einen jährlichen von der Geschäftsleitung genehmigten IPK-Bericht?                       Ja     Nein

### Teilnahme an Surveillance-Netzwerken:

An welchen Surveillance-Netzwerken nahm ihr Krankenhaus im letzten Jahr teil? (*alle zutreffenden markieren*)

- SSI    IPS    CDI    Antibiotikaresistenzen  
 Antibiotikaverbrauch    Keinem    Andere:

\_\_\_\_\_

### Mikrobiologie/Verfügbarkeit:

Kann das Klinikpersonal am Wochenende routinemässig mikrobiologische Tests in Auftrag geben und erhält routinemässig Ergebnisse?

- Klinische Untersuchungen:     Samstag     Sonntag  
 Screenings (z.B. MRSA):         Samstag     Sonntag

SSI: Postoperative Wundinfektionen; IPS: Intensivpflegestation (nosokomiale Infektionen in der IPS); CDI: *Clostridium difficile* Infektionen.

Welche der folgenden Programme zur Infektionsprävention sind in ihrem Krankenhaus etabliert? (J = Ja; N = Nein; U = Unklar)

	Guideline	Evidenzbasierte Prävention-Massnahmen	Training	Checkliste	Audit	Surveillance	Feedback
<b>Intensivpflegestation</b>							
Pneumonie							
Sepsis							
Harnwegsinfektionen							
Antibiotikagebrauch							
<b>Gesamtspital/Andere Stationen</b>							
Pneumonie							
Sepsis							
Postoperative Wundinfektionen							
Harnwegsinfektionen							
Antibiotikagebrauch							

Evidenzbasierte Präventionsmassnahmen: 3-5 Evidenzbasierte Massnahmen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Training: Training und/oder Schulung; Checkliste: selbsterstellt (kein Audit); Audit: Prüfung von Kompetenzen durch eine Team-externe Person

## Formular H3 – Krankenhausdaten

Krankenhaus-ID [ \_\_\_\_\_ ]

Erhebungsdatum: von \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ bis: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 tt/ mm / jjjj                      tt/ mm / jjjj

**Optional: Stations-Messgrößen auf Gesamtkrankenhaus erhoben:**

	Anzahl	Inc/Total <sup>1</sup>
Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspendern im unmittelbaren Patientenpflegebereich		
Anzahl der Betten, die auf Vorhandensein von Händedesinfektionsmittelspendern untersucht wurden		
Anzahl Patientenzimmer im Krankenhaus		
Anzahl der Einzel-Patientenzimmer im Krankenhaus		
Anzahl der Einzel-Patientenzimmer mit eigener Toilette und Dusche		
Anzahl der belegten Betten um 00:01 eines Stichtages im Erhebungszeitraum (Dienstag bis Freitag)		
Anzahl der um 00:01 eines Stichtages im Erhebungszeitraum (Dienstag bis Freitag) auf Belegung untersuchten Betten		

Trägt das medizinische Personal (MedP) in Ihrem Krankenhaus Fläschchen mit Händedesinfektionsmittel auf sich?

- Nein  
 Ja, 0-25% des MedP  
  Ja, 25-50% des MedP  
  Ja, 50-75% des MedP  
  Ja, >75% des MedP  
  Ja, Prozentsatz nicht einschätzbar

Gibt es in Ihrem Krankenhaus einen formale Prozess, die Angemessenheit einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von 72 Stunden nach Einleitung zu überprüfen?

- Nein     
  Ja, auf allen Stationen     
  Ja, auf ausgewählten Stationen     
  Ja, nur auf Intensivpflegestation

<sup>1</sup>Inc = Daten nur für eingeschlossene Stationen gesammelt (empfohlen); Tot = Daten für das gesamte Krankenhaus (falls alle Stationen eingeschlossen werden, also Inc = tot: bitte „Inc“ markieren)

## Formular S – Stationsdaten

Erhebungsdatum<sup>1</sup>:      /      /      Krankenhaus-ID [            ] Stations-ID [            ]  
*tt / mm / jjjj*

Fachrichtung der Station<sup>2</sup>  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Anzahl Patienten auf Station<sup>3</sup> [            ]

Gibt es ein formales (schriftlich festgehaltenes) Procedere auf Abteilung, die Antibiotikatherapie nach 72 Stunden zu evaluieren?  Ja  Nein

	Anzahl	Jahr <sup>4</sup>
Anzahl Patiententage pro Jahr auf Station		
Händedesinfektionsmittelverbrauch (Liter/Jahr) auf Station		
Anzahl Händehygienebeobachtungen pro Jahr auf Station		
Anzahl Betten auf Station		
Anzahl Betten mit Händedesinfektionsmittel (-Spender) im unmittelbaren Pflegebereich		
Anzahl medizinischer Fachkräfte auf Station am Erhebungstag		
Anzahl medizinischer Fachkräfte auf Station mit eigenem Händedesinfektionsmittel		
Anzahl Zimmer auf Station		
Anzahl Einzelzimmer auf Station		
Anzahl Einzelzimmer mit eigener Toilette/Dusche auf Station		
Anzahl der belegten Betten auf Station um 00:01 des Erhebungstages		

<sup>1</sup>Die Erhebung pro Station sollte an einem einzigen Tag durchgeführt werden; <sup>2</sup>Hauptfachrichtung der Station:  $\geq 80\%$  der Patienten gehören zu dieser Fachrichtung, ansonsten „MIX“ (gemischt) angeben; <sup>3</sup>Anzahl Patienten, die vor 08:00 des Erhebungstages auf Station eingetreten sind und diese zum Zeitpunkt der Erhebung nicht verlassen; <sup>4</sup>Jahr: jüngstes Jahr, für welches die Daten erhältlich sind.

# Formular P – Patientendaten

Krankenhaus-ID [ ] Stations-ID [ ]

Erhebungsdatum: \_\_ / \_\_ / 20\_\_ (tt/mm/jjjj)

Patienten-ID [ ]

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

Geschlecht:  M  W

Datum der Krankenhausaufnahme: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Fachrichtung des Patienten [ ]

**Operativer Eingriff seit Krankenhausaufnahme:**

Nein  Minimal invasiver Eingriff /Non-NHSN  Unklar

NHSN-Eingriff → [ ]

**McCabe score:**

Kein fataler Ausgang  Fataler Ausgang innerhalb von 5 Jahren

Fataler Ausgang innerhalb von 12 Monaten  Unklar

**Neugeborenes, Geburtsgewicht:** [ ] Gramm

**Kind <16 Jahre, Gewicht** [ ] Kg; **Grösse** [ ] cm

**Zentraler Gefässkatheter:**  Nein  Ja  Unk

**Peripherer Gefässkatheter:**  Nein  Ja  Unk

**Urinkatheter:**  Nein  Ja  Unk

**Beatmung (intubiert):**  Nein  Ja  Unk

Patient erhält **Antibiotika** <sup>(1)</sup>:  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Aktive **Healthcare-assoziierte Infektion** <sup>(2)</sup>:  Nein  Ja \_\_\_\_\_

(1) Zum Zeitpunkt der Erhebung, Ausnahme chirurgische Antibiotikaprophylaxe 24h vor 08:00 am Erhebungstag – falls ja, Daten zur Antibiotikaverwendung ausfüllen; wenn > 3 Antibiotika verabreicht werden, bitte einen zusätzlichen Bogen anfügen; (2) [Infektionsbeginn ≥ Tag 3 ODER Kriterien zur postoperativen Wundinfektion erfüllt (Operation innerhalb der letzten 30/90 Tage) ODER Entlassung aus Akutkrankenhaus < 48h (und Wiedereintritt) ODER *C. difficile* Infektion und Entlassung aus Akutkrankenhaus < 28 Tagen] UND [Kriterien zur Healthcare-assoziierte Infektion am Erhebungstag erfüllt ODER Patient am Erhebungstag unter Behandlung für eine Healthcare-assoziierte Infektion (Kriterien zur Healthcare-assoziierte Infektion zuvor erfüllt)] – Falls ja, Daten zur Healthcare-assoziierte Infektion ausfüllen; wenn > 2 Healthcare-assoziierte Infektionen bitte einen zusätzlichen Bogen anfügen.

Antibiotikum (AB) (Substanz)	Route	Indikation	Diagnose	Indikation dokumentiert	Datum Beginn AB	Änderung der AB (+ Grund)	Falls Änderung: Datum Beginn 1. AB	Tagesdosis		
								Anzahl Gaben	Einzel-dosis	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

**Route:** P: parenteral, O: oral, R: rektal, I: inhalativ; **Indikation:** Ambulant erworbene Infektion (CI), in Langzeitpflege erworbene Infektion (LI) in Akutpflege erworbene Infektion (HI) Infektion; Chirurgische Prophylaxe: SP1: Einzeldosis, SP2: während 1 Tag, SP3: > 1 Tag; MP: Medizinische Prophylaxe; O: andere Indikation; UI: Indikation unklar; **Diagnose:** siehe Liste, nur für CI-LI-HI; **Indikation** (in der Krankengeschichte) **dokumentiert:** Ja/Nein; **Änderung der AB (+ Grund):** N = Kein Wechsel; E = Eskalation; D = De-Eskalation; S = Wechsel IV zu oral; A = Nebenwirkungen; OU = Anderer/unbekannter Grund; U = Unklar ob geändert; **Falls Änderung: Datum Beginn 1. AB** bezieht sich auf das 1. AB für die vorliegende Indikation; **Tagesdosis:** z.B. 3 x 1 g; g = Gramm, mg = Milligramm, IU = Internationale Einheiten, MU = Million Einheiten

	HAI 1	HAI 2
<b>HAI Code</b>		
<b>Relevantes Device</b> <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk
<b>HAI bei Aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>HAI Grund für Eintritt</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk
<b>Infektionsbeginn</b> <sup>(4)</sup>	/ / (tt/mm/jjjj)	/ / (tt/mm/jjjj)
<b>Infektionsquelle</b>	<input type="checkbox"/> Gegenwärtiges Krankenhaus <input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Unklar	<input type="checkbox"/> Gegenwärtiges Krankenhaus <input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Unklar
<b>HAI ist mit dieser Station assoziiert</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unk
<b>Bei BSI: Quelle</b> <sup>(5)</sup>		
	MO code	MO code
	AB-Resistenz AB <sup>(6)</sup> SIR	AB-Resistenz AB <sup>(6)</sup> SIR
	P D R	P D R
<b>Mikroorganismus 1</b>		
<b>Mikroorganismus 2</b>		

(3) Relevante Anwendung von medizinischen "Devices" vor Infektionsbeginn (Tubus für PN1-PN5, ZVK/PVK für Sepsis [BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB], Hamwegskatheter für UTI-A und UTI-B; (4) Nur falls bei Krankenhausaufnahme nicht präsent; (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AB: *S. aureus*: OXA+ GLY; *Enterococcus* sp.: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; *P. aeruginosa* und *Acinetobacter* sp.: CAR; SIR: empfindlich, I=intermediär, R=resistent, U=unklar; PDR: Resistenz gegenüber allen relevanten Antibiotika: N = Nein, P = möglicherweise, C=bestätigt, U=unklar