

# Formular H1 – Krankenhausdaten

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

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

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			



Nationales Zentrum  
für Infektionsprävention



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

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

**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



Nationales Zentrum für Infektionsprävention



## Formular H3 – Krankenhausdaten

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

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

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 / yyyy

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: ≥ 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/yyyy)

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

Zentraler Gefäßkatheter:  No  Yes  Unk

Peripherer Gefäßkatheter:  No  Yes  Unk

Urinkatheter:  No  Yes  Unk

Beatmung (intubiert):  No  Yes  Unk

Patient erhält Antibiotika <sup>(1)</sup>:  No  Yes

Aktive Healthcare-assoziierte Infektion<sup>(2)</sup>:  No  Yes

(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) infection; Chirurgische Prophylaxe: SP1: Einzeldosis, SP2: während 1 Tag, SP3: > 1 Tag; MP: Medizinische Prophylaxe; O: andere Indikation; UL: Indikation unklar; **Diagnosis:** 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; **Fall 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"/> Unklar				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar			
<b>HAI bei Aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Infektionsbeginn</b> <sup>(4)</sup>	/ / (tt/mm/yyyy)				/ / (tt/mm/yyyy)			
<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"/> Unklar				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar			
<b>Bei BSI: Quelle</b> <sup>(5)</sup>								
	MO code	AB-Resistenz		P D R	MO code	AB-Resistenz		P D R
		AB <sup>(6)</sup>	SIR			AB <sup>(6)</sup>	SIR	
<b>Mikroorganismus 1</b>								
<b>Mikroorganismus 2</b>								
<b>Mikroorganismus 3</b>								

(3) Relevante Anwendung von medizinischen "Devices" vor Infektionsbeginn (Tubus für PN1-PN5, ZVK/PVK für Sepsis [BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB], Harnwegskatheter 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