

Krankenhaus-ID: EUPPS2016DE

Erhebungsdatum: Von / / Bis / /
 tt / mm / jjjj tt / mm / jjjj

Krankenhausgröße (totale Bettenzahl)

Bettenzahl ohne Reha

Anzahl an ITS-Betten

Wurden Stationen von der Erhebung ausgeschlossen?

Nein Ja, Ausschluss von folgenden Stationen:

Bettenzahl der teilnehmenden Stationen:

Krankenhaustyp:

- Regelversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung
- Spezialklinik, spezialisiert in: _____

Krankenhaussträger: Öffentlich Privat, nicht profitorientiert

Privat, profitorientiert Andere/Unbekannt

Krankenhaus Teil eines Krankenhausverbunds/Konzerns (Khsv)?

Nein Ja → falls ja, welches:

Daten beziehen sich auf: Einzelnes Krankenhaus

Alle Krankenhäuser des Krankenhausverbunds/Konzerns

Name des Khsv:

Totale Bettenzahl des ges. Khsv:

Krankenhaustyp des Khsv²:

- Regelversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung
- Spezialklinik

Bettenzahl ohne Reha des ges. Khsv

² bitte höchsten Versorgungstyp des Khsv angeben

	Anzahl	Jahr	Inc./ Total ¹
Entlassungen/Aufnahmen pro Jahr			Inc Tot
Anzahl der Patienten-Tage pro Jahr			Inc Tot
Händedesinfektionsmittelverbrauch Liter/Jahr			Inc Tot
Anzahl der beobachteten Händedesinfektions- gelegenheiten pro Jahr			Inc Tot
Anzahl der Blutkultur-Sets pro Jahr			Inc Tot
Stuhluntersuchungen auf CDI pro Jahr			Inc Tot
Anzahl der Hygienefachkräfte in Vollzeit ³			Inc Tot
Anzahl der Krankenhaushygieniker in Vollzeit ³			
Anzahl der Vollzeitstellen für Antibiotic Stewardship ³			
Anzahl der Pflegekräfte in Vollzeit ³			Inc Tot
Anzahl der Pflegeassistenten in Vollzeit ³			
Anzahl der ITS-Pflegekräfte in Vollzeit ³			
Anzahl der ITS-Pflegeassistenten in Vollzeit ³			
Anzahl der Luftübertragungs-Schutzzimmer			

¹ Inc = Daten nur für eingeschlossene Stationen gesammelt (empfohlen) ; Tot = für das gesamte Krankenhaus; falls alle Stationen eingeschlossen: Inc = Tot: bitte "Inc" markieren

³ Vollzeitstelle=Vollzeit-Äquivalent (VZÄ) gemäß üblicher Definition (2,0 = 2 Stellen; 0,5 = ½ Stelle,...).

Krankenhaus-ID: EUPPS2016DE

Erhebungsdatum: Von / / Bis / /
tt / mm / jjjj tt / mm / jjjj

Programm zur Infektionsprävention und -kontrolle (IPK):

Gibt es einen jährlichen IPK-Plan, bewilligt durch den Krankenhausgeschäftsführer oder leitenden Angestellten?

Ja Nein

Gibt es einen jährlichen IPK-Bericht, bewilligt durch den Krankenhausgeschäftsführer oder leitenden Angestellten?

Ja Nein

Teilnahme an Surveillance-Netzwerken:

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

SSI ITS CDI Antibiotikaresistenzen
 Antibiotikaverbrauch Andere, nämlich: _____

Mikrobiologie/diagnostische Möglichkeiten:

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

Klinische Untersuchungen: Samstag Sonntag
Screening Untersuchungen: Samstag Sonntag

SSI: Wundinfektion; ITS: Intensivstation (nosokomiale Infektionen im ITS-Bereich);
CDI: Clostridium difficile Infektionen.

Kommentare/ Beobachtungen: _____

Existieren an Ihrem Krankenhaus folgende Programme/Strukturen zur Verhinderung von nosokomialen Infektionen oder zum Antibiotic Stewardship? (J/N/U) (J = Ja; N= Nein; U= Unbekannt)

	Leitlinie	Standardisierte Maßnahmen	Training	Checkliste	Überprüfung	Surveillance	Feedback
ITS							
Pneumonie							
Sepsis							
Harnwegsinfektionen							
Antibiotikaverwendung							
Krankenhaus-weit/ andere Stationen							
Pneumonie							
Sepsis							
Wundinfektionen							
Harnwegsinfektionen							
Antibiotikaverwendung							

Pneumonie, Sepsis und Harnwegsinfektionen: nosokomial und/oder Geräte-assoziiert; Standardisierte Maßnahmen: 3-5 Evidenz-basierte Maßnahmen das Outcome des Patienten zu verbessern; Training: Training oder Schulung; Checkliste: selbsterstellt; Überprüfung: externer Prozess (Surveillance, Beobachtungen...)

Krankenhaus-ID: EUPPS2016DE

Erhebungsdatum: Von / / Bis / /
tt / mm / jjjj tt / mm / jjjj

Optional: Stations-Messgrößen auf Gesamtkrankenhausebene erhoben:

	Anzahl	Inc./ Total (1)
Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspendern im unmittelbaren Patienten-Versorgungsbereich		
Anzahl der Betten, die auf Vorhandensein von Händedesinfektionsmittelspendern untersucht wurden		
Anzahl der 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 Uhr eines Tages im Erhebungszeitraum		
Anzahl der um 00:01 Uhr eines Tages im Erhebungszeitraum auf Belegung untersuchten Betten		

(1)
Inc = Daten nur für eingeschlossene Stationen gesammelt (empfohlen)
Tot = für das gesammte Krankenhaus;
falls alle Stationen eingeschlossen:
Inc = Tot: bitte "Inc" markieren

Trägt das medizinische Personal (MedP) in Ihrem Krankenhaus Fläschchen mit Händedesinfektionsmittel bei sich (bspw. in der Tasche)? (falls ja, schätzen Sie bitte den Anteil an der Gesamtheit des medizinischen Personals)

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

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

Ja, auf allen Stationen Ja, auf ausgewählten Stationen Ja, nur auf ITS Nein

Anzahl der Betten, die auf Vorhandensein von Händedesinfektionsspendern untersucht wurden und Anzahl der um 00:01 Uhr eines Tages im Erhebungszeitraum auf Belegung untersuchten Betten = Nennerdaten, typischerweise gleiche Anzahl wie die Gesamtbettenzahl des Krankenhauses;

ITS= Intensivstation

Europäische Prävalenzerhebung zur Erfassung von nosokomialen Infektionen und zur Antibiotikaaanwendung

Erhebungsbogen W. Stationsdaten

Erhebungsdatum¹: ____ / ____ / ____ Krankenhaus-ID: EUPPS2016DE[_____] Stationsname (Abk.) /Stations-ID:[_____]
 tt / mm / jjjj

Fachrichtung der Station² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Gesamtanzahl der Patienten auf Station³ [_____]

Gibt es einen formalen Prozess die Angemessenheit einer antimikrobiellen Therapie innerhalb von 72 Stunden nach Einleitung zu überprüfen?

Ja Nein

Anzahl der Patienten pro patienteneigenes Krankheitsbild:

Fachrichtung Krankheitsbild Patient	Anzahl der betreffenden Patienten auf Station ⁴

	Anzahl	Jahr ⁵
Anzahl der Patienten-Tage auf Station pro Jahr		
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Station Liter/Jahr ⁶		
Anzahl der beobachteten Händedesinfektionsgelegenheiten pro Jahr		
Anzahl der Patientenbetten auf Station		
Anzahl der Betten mit Händedesinfektionsmittelspendern im unmittelbaren Patienten-Versorgungsbereich		
Anzahl des medizinischen Personals auf Station zum Zeitpunkt der Erhebung		
Anzahl des medizinischen Personals auf Station mit eigenem Händedesinfektionsmittel zum Zeitpunkt der Erhebung		
Anzahl der Patientenzimmer auf Station		
Anzahl der Einzel-Patientenzimmer auf Station		
Anzahl der Einzelzimmer mit eigener Toilette u. Dusche		
Anzahl der belegten Betten um 00:01 Uhr des Erhebungstages		

¹Patienten einer Station nach Möglichkeit an einem Tag erfassen;
²Hauptfachrichtung der Station: Fachrichtung zu der >= 80% der Patienten gehören, ansonsten bitte gemischt (MIX) auswählen ³⁻⁴ Anzahl der Patienten, die am Erhebungstag vor 8:00 Uhr aufgenommen und zum Zeitpunkt der Erhebung nicht entlassen sind; ⁵Jahr: Jahr, auf welches sich die Daten beziehen, das letzte oder das aktuellste verfügbare Jahr; ⁶Alkoholisches Händedesinfektionsmittel in Litern, welches der Station in jenem Jahr geliefert wurde

Kommentare/Beobachtungen: _____

Patientendaten (nur Patienten mit NI und/ oder Antibiotikum/Antibiotika)

Krankenhaus-ID: EUPPS2016DE [_____]
 Stationsname (Abk.)/Stations-ID: [_____]
Patienten-ID: [_____]
Alter in Jahren: [____] Jahre; falls < 2 Jahre alt: [____] Monate
Geschlecht: M / F
Datum der Krankenhausaufnahme : ___ / ___ / ___ (tt/mm/jjjj)
Fachrichtung Krankheitsbild Patient: [_____]
 Patient erhält **Antibiotikum/-a**⁽¹⁾: Nein Ja
 Patient hat **aktive nosokomiale Infektion(en)**⁽²⁾: Nein Ja

(1) Zum Zeitpunkt der Erhebung, Ausnahme chirurgische Antibiotikaphylaxe 24 Std vor 8:00 Uhr am Erhebungstag; falls ja, bitte Daten zur Antibiotikaverwendung ausfüllen; falls Patient/in >3 Antibiotika erhält, bitte zusätzlichen Bogen hinzufügen;
 (2) [Infektionsbeginn ≥ Tag 3, ODER Kriterien zur Wundinfektion erfüllt (Operation innerhalb der letzten 30d/90d), ODER Entlassung aus Akutkrankenhaus vor < 48 Std, ODER C. difficile Infektion und Entlassung aus Akutkrankenhaus vor < 28 Tagen ODER Beginn < Tag 3 nach relevanter Device Anwendung an Tag1 oder Tag2] UND [Kriterien zur nosokomialen Infektion erfüllt am Erhebungstag ODER Patient erhält Behandlung für nosokomiale Infektion UND Kriterien zur nosokomialen Infektion werden zwischen Tag 1 der Behandlung und Erhebungstag erfüllt]; falls ja, Daten zur nosokomialen Infektion ausfüllen; hat Patient mehr als 2 nosokomiale Infektionen, zusätzlichen Bogen hinzufügen.

(3) Relevantes Device Anwendung bevor Infektionsbeginn (Intubation für PN 1-5, ZVK/PVK für Sepsis (BSI, NEO-LCBI, NEO-CNSB), Harnblasenkatheter für UTI-A und UTI-B); (4) Nur für bei Aufnahme nicht vorliegende/aktive Infektionen (tt/mm/jjjj); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO; (6) **AB:** getestete Antibiotika: STAAUR: OXA + GLY; Enterococci: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; PSEAEER und Acinetobacter: CAR; **SIR:** S=sensibel, I=intermediate, R=resistent, U=unbekannt; **PDR:** Resistenz gegenüber allen Antibiotika: N=nein, P=möglicherweise, C=bestätigt, U=unbekannt

Antibiotikum (AB) (Generikum oder Handelsname)	Gabe	Indikation	Diagnose (Lokalisation)	Indikation dokumentiert	Datum Beginn AB	Änderung der AB? (+ Grund)	Falls Änderung: 1. AB Datum Beginn	Tagesdosis		
								Anzahl Gaben	Einzel-dosis	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

Gabe: P: parenteral, O: oral, R: rektal, I: inhalativ; **Indikation:** Behandlung ambulant erworbener Infektion (CI), Infektion erworben in Langzeit/Kurzzeitpflege (LI) oder Infektion in Akutkrankenhaus (HI); chirurgische Prophylaxe: SP1: Bolus, SP2: ein Tag, SP3: >1Tag; MP: medizinische/konservative Prophylaxe; O: andere; UI: Unbekannte Indikation; **Diagnose:** siehe Liste, nur für CI-LI-HI; **Indikation dokumentiert:** (in Unterlagen) J/N; **Änderung der AB? (+ Grund):** N=kein Wechsel der AB; E=Eskalation; D=De-Eskalation; S=Wechsel IV zu oral; A=Nebenwirkungen; OU=gewechselt, andere/unbekannter Grund; U=Unbekannt ob Änderung; **Falls Änderung: Datum Beginn 1. AB** bezieht sich auf aktuelle Indikation; **Tagesdosis:** z.B. 3 x 1 g; g=Gramm, mg=Milligramm, IU=Internationale Einheiten, MU=Million IU

Falls Ja →

	NI 1				NI 2			
NI-Art								
Relevantes Device ⁽³⁾	O Ja	O Nein	O Unbekannt		O Ja	O Nein	O Unbekannt	
NI bei Aufnahme	O Ja	O Nein			O Ja	O Nein		
Infektionsbeginn ⁽⁴⁾	/	/	tt/mm/jjjj		/	/	tt/mm/jjjj	
Infektionsquelle	O gegenwärtiges Krankenhaus O anderes Krankenhaus O unbekannt				O gegenwärtiges Krankenhaus O anderes Krankenhaus O unbekannt			
NI assoziiert mit aktueller Station	O Ja	O Nein	O Unbekannt		O Ja	O Nein	O Unbekannt	
Ggf. Sepsisquelle ⁽⁵⁾								
Mikroorganismus (MO)	MO code	AB Resistenz		P D R	MO code	AB Resistenz		P D R
		AB (6)	SIR			AB (6)	SIR	
Mikroorganismus 1								
Mikroorganismus 2								
Mikroorganismus 3								