

Befragung zum Krankenhaushygienebericht 2024

Seite 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur kontinuierlichen Darstellung und Weiterentwicklung der Hygiene in den Krankenhäusern in NRW wurden 2016 und 2019 durch das MAGS, das LZG.NRW und die KGNW ein Krankenhaushygienebericht als freiwilliges Instrument zur Qualitätsverbesserung und Qualitätsdarstellung entwickelt.

Auch der Krankenhaushygienebericht 2024 soll den Sachstand der gesetzlichen Verpflichtungen der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) in NRW abfragen sowie weitere Aspekte des Hygienemanagements der Krankenhäuser erfassen.

Das Fragenspektrum für diesen Krankenhaushygienebericht 2024 wurde im Vergleich zu den vorherigen zwei Befragungen teilweise gekürzt, angepasst und um einen Teil zur Umsetzung des Antibiotic Stewardship (ABS) ergänzt. Obwohl eine Teilnahme am Krankenhaushygienebericht weiterhin freiwillig ist, bedarf es dennoch erneut einer Beteiligung aller Krankenhäuser in NRW. An den beiden Erhebungen zum Krankenhaushygienebericht NRW im Jahr 2016 und 2019 beteiligten sich deutlich mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser in NRW, nur so können die aktuellen wie zukünftigen Herausforderungen und Probleme im Kontext eines Infektions- und Hygienemanagements sowie die hiermit einhergehenden erheblichen Anstrengungen der Krankenhäuser transparent dargestellt werden.

Der Krankenhaushygienebericht NRW dient primär der Qualitätssicherung und der fortwährenden Qualitätsverbesserung des Hygienemanagements jedes einzelnen Krankenhauses. Daneben sollen die erhobenen Daten den Aufsichtsbehörden, den politisch Verantwortlichen und den Bürgerinnen und Bürgern einen faktenbasierten und neutralen Blick auf den „Status Quo“ der Hygiene in den Krankenhäusern in NRW ermöglichen.

Weiterhin können die nun erneut erhobenen Daten einer Evaluation der derzeit gültigen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) vom 13. März 2012 dienen und wertvolle Hinweise auf sinnhafte Ergänzungen oder Anpassungen geben.

Die Datenannahme und Datenverarbeitung erfolgen durch die KGNW unter strenger Berücksichtigung des Datenschutzes. Zur Veröffentlichung gelangen ausschließlich anonymisierte und aggregierte Daten. Eine Identifizierung und/oder Rückverfolgbarkeit einzelner Krankenhäuser aus den Ergebnissen des Krankenhaushygieneberichtes NRW ist nicht möglich. Weitere Erläuterungen zu einer Teilnahme an der Onlinebefragung zum Krankenhaushygienebericht NRW sind in der FAQ-Liste (Frequently Asked Questions - FAQ) zur Befragung, die Sie unter <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise> einsehen können, zusammengefasst.

Damit Sie die Fragen im Vorfeld der Beantwortung einsehen können, bieten wir Ihnen den Fragebogen unter dem folgenden Link zum Download an: <http://www.kgnw.de/download/hygiene-fragenkatalog-2024.pdf>.

Wenn Sie die Onlinebefragung an mehreren Tagen bearbeiten wollen, erfolgt jeweils eine automatische Zwischenspeicherung, d. h. bei einem erneuten Anklicken des Links zur Onlinebefragung springt man direkt zur zuletzt beantworteten Seite. Wie Sie diese Funktion nutzen können, entnehmen Sie bitte der FAQ-Liste. Ebenfalls können Korrekturen bereits ausgefüllter Fragen durch Nutzung des "zurück-Buttons" durchgeführt werden. Das Zeichen * am Ende der Fragen deutet darauf hin, dass es sogenannte Pflichtfragen sind, die zunächst beantwortet werden müssen, bevor die nächste Seite der Befragung geöffnet werden kann. Ein Zurückblättern ist bis zur finalen Abgabe jederzeit möglich.

Der Fragebogen ist nun online freigeschaltet. Eine Teilnahme wird bis zum **31.01.2025** möglich sein.

Nach einer ersten Verlängerung der Rückmeldefrist bis zum 28.02.2025 haben inzwischen zahlreiche Krankenhäuser in NRW den Onlinefragebogen vollständig ausgefüllt. Damit die Krankenhäuser, die die Befragung bisher noch nicht abschließen konnten, weiterhin hierzu eine Möglichkeit haben, wird die Rückmeldefrist erneut bis zum **13.04.2025 verlängert**.

Zur Klärung inhaltlicher und technischer Fragen stehen Ihnen folgende Ansprechpartner in der Geschäftsstelle der KGNW zur Verfügung:

Frau Dr. Miriam Böttge-Joest, Telefon: 0211/47819-32; E-Mail: mboettge-joest@kgnw.de (inhaltliche Fragen)

Herr Dr. Dr. Peter-Johann May, Telefon: 0211/47819-30; E-Mail: pmay@kgnw.de (inhaltliche Fragen)

Herr Nico Reinke, Telefon: 0211/47819-26; E-Mail: nreinke@kgnw.de (technische Fragen)

Sehr geehrte Damen und Herren, das LZG.NRW und die KGNW sind sich der Tatsache bewusst, dass der Bearbeitungsaufwand des Onlinefragebogens auch dieses Mal nicht unerheblich ist. Dennoch sollte jedes Krankenhaus in NRW diese Mühen einmal mehr für eine weitere Verbesserung der Hygiene sowie für eine Bestätigung des Vertrauens der Bürgerinnen und Bürger in das verantwortliche Handeln der Krankenhäuser investieren.

Mit freundlichen Grüßen und vielen Dank für Ihre Mühen

Matthias Blum

Geschäftsführer KGNW

Seite 2

1. Name des Krankenhauses: *

2. IK-Nummer des Krankenhauses: *

Die Meldung soll auf Basis der IK-Nummer im Sinne einer Gesamthausbetrachtung erfolgen. Eine Differenzierung nach Betriebsteil bzw. nach Standort ist nicht notwendig.

3. Ansprechpartner/in:

4. Telefonnummer für Rückfragen: *

5. E-Mail Adresse:

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

6. Wie hoch war die Anzahl der Betten in Ihrem Krankenhaus insgesamt? *

- ☐ bis 200 Betten
- ☐ 200 bis 400 Betten
- ☐ 400 bis 800 Betten
- ☐ mehr als 800 Betten

7. Verfügte Ihr Krankenhaus über eine Intensivstation? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

8. Wie hat sich die Hygienekommission Ihres Krankenhauses zusammengesetzt (Mitglieder)? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Leitende Ärztin / Leitender Arzt
- ☐ Leitende Pflegefachperson
- ☐ Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes
- ☐ Hygienefachkraft bzw. Hygienefachkräfte
- ☐ Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker
- ☐ Hygienebeauftragte Ärztin bzw. Hygienebeauftragter Arzt
- ☐ Kaufmännische Leitung
- ☐ Apothekerin bzw. Apotheker
- ☐ Technische Leitung
- ☐ Mikrobiologin bzw. Mikrobiologe
- ☐ Beauftragte oder Beauftragter des Qualitätsmanagements
- ☐ (Leitung) Hauswirtschaft
- ☐ (Leitung) Medizincontrolling

Sonstige Mitglieder (Bitte Berufs-, Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsbezeichnung und Funktion angeben):

☐

9. Wie häufig hat die Hygienekommission in Ihrem Haus getagt? *

- ☐ mehr als zweimal
- ☐ zweimal
- ☐ weniger als zweimal

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

10. Welche Qualifikation hatte Ihr/e Krankenhaushygieniker/in oder hatten Ihre Krankenhaushygieniker/innen? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Fachärztin / Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
- ☐ Fachärztin / Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- ☐ Zertifikat Krankenhaushygiene des BÄMI
- ☐ Curricular fortgebildete/r Krankenhaushygieniker/in bzw. mit Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene der BÄK

11. Wie hoch war das Soll an Krankenhaushygienikerinnen bzw. Krankenhaushygienikern in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemäß der KRINKO-Empfehlung (vgl. Ausfüllhinweis)? *

Siehe Ausfüllhinweis 1a: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

12. Welchen Stellenumfang in Vollzeitäquivalenten hatte Ihr/e Krankenhaushygieniker/in bzw. hatten Ihre Krankenhaushygieniker/innen (IST-Angabe)? *

Bitte geben Sie hier die Summe des Beschäftigungsumfangs bzw. der Beschäftigungsumfänge in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der zuvor gestellten Frage bei einer gemischten Personalbelegung (Voll- und Teilzeitbeschäftigung) an.

13. Befand(en) sich Ihr/e Krankenhaushygieniker/in bzw. Ihre Krankenhaushygieniker/innen im Angestelltenverhältnis (intern) oder bezogen Sie die Leistung als externe Dienstleistung? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ intern
- ☐ extern

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

14. Wenn extern: Aus welcher Einrichtung stammte Ihre externe Krankenhaushygienikerin bzw. Ihr externer Krankenhaushygieniker? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Labor / Laborverbund
- ☐ Universität
- ☐ nicht universitäres Krankenhaus
- ☐ sonstiges

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

15. Wie hoch war das Gesamt-Soll an Hygienefachkräften in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemäß der KRINKO-Empfehlung (vgl. Ausfüllhinweis)? *

Siehe Ausfüllhinweis 1b: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

16. Bitte geben Sie an, wie viele Hygienefachkräfte Sie tatsächlich in Ihrem Krankenhaus beschäftigt haben (Ist-Angabe). Geben Sie den Beschäftigungsumfang als Vollzeitäquivalente (VZÄ) an. *

Bitte geben Sie hier die Summe des Beschäftigungsumfangs bzw. der Beschäftigungsumfänge aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in VZÄ bei einer gemischten Personalbelegung (Voll- und Teilzeitbeschäftigung) an.

17. Befand(en) sich Ihre Hygienefachkraft bzw. Ihre Hygienefachkräfte im Angestelltenverhältnis (intern) und/oder bezogen Sie die Leistung als externe Dienstleistung? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ intern
- ☐ extern

18. Befanden sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Weiterbildung zur Hygienefachkraft? Wenn Ja, geben Sie bitte die Anzahl der Mitarbeitenden an. Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung. *

Sollte sich keine Mitarbeiterin oder kein Mitarbeiter in dieser Weiterbildung befunden haben, so tragen Sie bitte den Wert "0" ein.

19. Wie häufig nahm die Hygienefachkraft bzw. nahmen die Hygienefachkräfte an hygienerelevanten Fortbildungsveranstaltungen teil? *

Fortbildungspflicht gemäß der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (HygMedVO) 2012. Siehe Ausfüllhinweis 2: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

- ☐ In einem zweijährigen Turnus
- ☐ Häufiger als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Seltener als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Nicht bekannt

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

20. Wie viele hygienebeauftragte Ärztinnen bzw. Ärzte waren in Ihrem Krankenhaus beschäftigt? *

Bitte geben Sie hier die Anzahl der hygienebeauftragten Ärztinnen bzw. Ärzte Ihres Krankenhauses an. Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung.

21. In wie vielen Fachabteilungen waren hygienebeauftragte Ärztinnen bzw. Ärzte in Ihrem Krankenhaus angestellt? *

Anzahl Fachabteilungen mit hygienebeauftragten Ärztinnen bzw. Ärzte:

Anzahl Fachabteilungen insgesamt:

22. Wie häufig nahmen Ihre hygienebeauftragten Ärztinnen bzw. Ärzte an hygienerelevanten Fortbildungsveranstaltungen teil? *

Fortbildungspflicht gemäß der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (HygMedVO) 2012.
Siehe Ausfüllhinweis 2: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

- ☐ In einem zweijährigen Turnus
- ☐ Häufiger als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Seltener als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Nicht bekannt

23. Wie viele hygienebeauftragte Pflegefachpersonen waren in Ihrem Krankenhaus beschäftigt? *

Bitte geben Sie hier die Anzahl der hygienebeauftragten Pflegenden oder weiteren Mitarbeitenden in Ihrem Krankenhaus an. Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung.

24. In wie vielen Fachabteilungen waren hygienebeauftragte Pflegefachpersonen in Ihrem Krankenhaus angestellt? *

Anzahl Fachabteilungen mit hygienebeauftragten Pflegefachpersonen:

Anzahl Fachabteilungen insgesamt:

25. Wie häufig nahmen Ihre hygienebeauftragten Pflegenden an hygienerelevanten Fortbildungsveranstaltungen teil? *

Fortbildungspflicht gemäß der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in med. Einrichtungen (HygMedVO) 2012.
Siehe Ausfüllhinweis 2: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

- ☐ In einem zweijährigen Turnus
- ☐ Häufiger als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Seltener als in einem zweijährigen Turnus
- ☐ Nicht bekannt

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

26. Beteiligte sich Ihr Krankenhaus freiwillig am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ)? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

27. Welche Module wurden in Ihrem Krankenhaus eingesetzt? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ CDI-KISS
- ☐ HAND-KISS
- ☐ ITS-KISS
- ☐ MRSA-KISS
- ☐ NEO-KISS
- ☐ ONKO-KISS
- ☐ OP-KISS
- ☐ STATIONS-KISS
- ☐ VARIA

☐ Sonstige (bitte benennen)

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

28. Beteiligte sich Ihr Krankenhaus an anderen strukturierten Surveillance-Studien/Projekten? *

☐ Ja

☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

29. An welchen anderen strukturierten Surveillance-Studien/Projekten hat sich Ihr Krankenhaus beteiligt? *

Mehrfachnennungen möglich

☐ COVID-19-IST-KISS

☐ CLIP-ID Dekolonisationsstudie zur Prävention der katheterassoziierten Sepsis

☐ SIMoN – „Stopp der Isolation von Patienten mit Multiresistenten, gramNegativen Erregern auf deutschen Intensivstationen“

☐ Sonstige (bitte benennen)

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

30. Nahm Ihr Krankenhaus an der „Aktion Saubere Hände“ teil? *

☐ Ja

☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

31. Wurde Ihrem Krankenhaus ein Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“ verliehen (Status quo in 2023)? *

☐ Kein Zertifikat

☐ Zertifikat Bronze

☐ Zertifikat Silber

☐ Zertifikat Gold

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

32. War in Ihrem Krankenhaus ein elektronisches Warnsystem (z. B. Kennzeichnung der elektronischen Patientenakte) für die Aufnahme bekannter MRE-Fälle/CDI-Fälle etabliert? *

☐ Ja

☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

33. Wenn Ja, für welche Art bzw. Arten von MRE-Fälle(n)/CDI-Fälle(n)? *

Mehrfachnennungen möglich

☐ MRSA

☐ MRGN

☐ VRE/LRE

☐ CDI

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

34. War in Ihrem Krankenhaus ein Aufnahmescreening auf MRSA etabliert? *

Falls ein Vollscreening vorliegt, hier bitte risikoadaptiertes Aufnahmescreening ankreuzen!
Siehe Ausfüllhinweis 3: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

☐ Ja, risikoadaptiertes Aufnahmescreening gemäß KRINKO-Empfehlung

☐ Nein

35. War in Ihrem Krankenhaus ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf 4MRGN gemäß KRINKO-Empfehlung etabliert? *

Als Risikopatienten gelten Personen mit Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4MRGN in den letzten 12 Monaten; mit Kontakt zu Patienten, für die eine Besiedlung mit 4MRGN nachgewiesen wurde (Pflege im gleichen Zimmer) oder Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz.

Zum Nachweis kolonisierender potenziell pathogener Mikroorganismen wird für neonatologische Intensivpflegepatienten möglichst noch vor dem Auftreten einer Infektion die wöchentliche Durchführung eines mikrobiologischen Screenings empfohlen.

Siehe Ausfüllhinweis 4: <http://www.kgnw.de/klinik-welt/hygiene2024-hinweise>

☐ Ja

☐ Nein

36. War in Ihrem Krankenhaus eine schriftliche Regelung zum sektorenübergreifenden Informationsaustausch (z. B. Festlegung der Zuständigkeit für den MRE-Übergabebogen) im Sinne eines strukturierten Entlassmanagements zu hygienerelevanten Fragen vorhanden? *

☐ Ja

☐ Nein

37. Liegen in Ihrem Krankenhaus aktuelle leitliniengemäße Konzepte zum rationalen und restriktiven Einsatz von Antibiotika vor (unter anderem ein Leitfaden zur rationalen Antiinfektiva-Therapie im stationären Bereich)? *

☐ Ja

☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

38. In welcher Form liegen in Ihrem Krankenhaus die aktuellen leitliniengemäßen Konzepte zum rationalen und restriktiven Einsatz von Antibiotika vor? *

Mehrfachnennungen möglich

☐ elektronisch

☐ in Printform

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

39. Welche der folgenden Inhalte umfassen die in Ihrem Krankenhaus vorliegende(n) Antiinfektiva-Leitlinie(n)? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Indikationsspezifische Empfehlungen zur kalkulierten Initialtherapie unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzlage
- ☐ Krankenhausspezifische Leitlinie zur perioperativen Prophylaxe
- ☐ Krankenhausspezifische Leitlinie zur Sequentialtherapie
- ☐ Dosisanpassungen bei eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion
- ☐ Sonstige (bitte benennen)

40. Erfolgt eine regelmäßige Aktualisierung der hausinternen Antiinfektiva-Leitlinie(n)? *

- ☐ Ja, mindestens jährlich
- ☐ Ja, mindestens alle 2 Jahre
- ☐ Ja, seltener als alle 2 Jahre
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

41. Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein hauseigenes Antibiotic Stewardship (ABS)-Team? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

42. Welche Berufsgruppen sind in Ihrem ABS-Team vertreten? *

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Infektiologin bzw. Infektiologe (bzw. infektiologisch ausgebildete, klinisch tätige Fachärztin oder klinisch tätiger Facharzt)
- ☐ Fachapothekerin bzw. Fachapotheker für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie
- ☐ Fachärztin bzw. Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- ☐ verantwortliche Ärztin bzw. verantwortlicher Arzt für Krankenhaushygiene
- ☐ Fachärztin bzw. Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
- ☐ Curricular fortgebildete/-r Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker
- ☐ ABS-beauftragte/-r Ärztin bzw. Arzt
- ☐ andere Fachkraft (bitte Expertise benennen)
- ☐

43. Wer hat die Leitung des ABS-Teams? *

- ☐ Infektiologin bzw. Infektiologe
- ☐ Fachapotheker/-in bzw. klinische/-r Pharmazeut/-in
- ☐ Geschulte/-r ABS-Expertin bzw. Experte (alle Module der strukturierten curricularen Fortbildung der BÄK/DGI/DGKH)
- ☐ andere Fachkraft
- ☐ Leitung nicht geregelt

44. Hat das ABS-Team für seine Arbeit ein schriftliches Mandat der Krankenhausleitung erhalten? *

Das ABS-Team soll sich im Einvernehmen mit der Klinikleitung eine Geschäftsordnung geben, in der lokale Strukturen und Voraussetzungen für die Durchführung von Antibiotic Stewardship-Programmen sowie deren Aufgaben und Ziele benannt sind. Die Zusammensetzung des multidisziplinären ABS-Teams ist in Form von Mandat bis hin zur Stellenbesetzung (Qualifikation, Stellung, Aufgaben und Ziele, Kompetenzen, Kooperationen) und Deputat zu beschreiben. (Quelle: https://www.antibiotic-stewardship.de/fileadmin/media/initiative/Langfassung_der_Leitlinie_Strategien_zur_Sicherung_rationaler_Antibiotika-Anwendung_im_Krankenhaus.pdf)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

45. Haben die Mitglieder des ABS-Teams ein zeitliches Deputat für ihre Aufgabe? *

Das ABS-Team soll sich im Einvernehmen mit der Klinikleitung eine Geschäftsordnung geben, in der lokale Strukturen und Voraussetzungen für die Durchführung von Antibiotic Stewardship-Programmen sowie deren Aufgaben und Ziele benannt sind. Die Zusammensetzung des multidisziplinären ABS-Teams ist in Form von Mandat bis hin zur Stellenbesetzung (Qualifikation, Stellung, Aufgaben und Ziele, Kompetenzen, Kooperationen) und Deputat zu beschreiben.

- ☐ Ja, mindestens 0,5 Vollzeitstellen pro 250 Betten
- ☐ Ja, weniger als 0,5 Vollzeitstellen pro 250 Betten
- ☐ Nein

46. Ist das ABS-Team durch mindestens ein Mitglied in der Arzneimittelkommission vertreten? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

47. Ist das ABS-Team durch mindestens ein Mitglied in der Hygienekommission vertreten? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

48. Gibt es eine eigene Antiinfektiva- oder ABS-Kommission? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

49. In wie vielen Fachabteilungen ist ABS-beauftragtes ärztliches Personal angestellt? *

Anzahl Fachabteilungen mit ABS-beauftragtem ärztlichen Personal:

Anzahl Fachabteilungen insgesamt:

- 50. Bitte geben Sie die Anzahl der Absolventinnen / Absolventen (Mitarbeitenden) aller Module eines ABS-Kurses (z. B. DGI oder DGKH) an. ***

Bitte geben Sie hier die Anzahl Ihrer Mitarbeitenden an, die erfolgreich einen ABS-Kurs absolviert haben. Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung. Sollte kein Mitarbeitender alle Module des ABS-Kurses absolviert haben, so tragen Sie bitte den Wert "0" ein.

- 51. Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeitenden an, die sich in einer ABS-Fortbildung befanden. ***

Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung. Sollte kein(e) Mitarbeiter/-in eine Zusatzweiterbildung haben, so tragen Sie bitte den Wert "0" ein.

- 52. Bitte geben Sie die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte an, die über eine abgeschlossene Zusatz-Weiterbildung Infektiologie verfügen. ***

Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung. Sollte kein(e) Mitarbeiter/-in eine Zusatzweiterbildung haben, so tragen Sie bitte den Wert "0" ein.

- 53. Bitte geben Sie die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte an, die sich in einer Zusatz-Weiterbildung Infektiologie befanden. ***

Bitte nutzen Sie das Verfahren einer Kopfzählung. Sollte kein(e) Mitarbeiter/-in eine Zusatzweiterbildung haben, so tragen Sie bitte den Wert "0" ein.

- 54. Werden die Mitglieder des ABS-Teams auch konsiliarisch zur Optimierung der leitlinienadhärenten Antiinfektivtherapie einzelner Patienten angefordert? ***

☐ Ja

☐ Nein

55. Wie oft werden ABS-Visiten in Ihrem Krankenhaus durchgeführt? *

- ☐ 1x pro Tag
- ☐ 1x pro Woche
- ☐ Alle 2 Wochen
- ☐ 1x pro Monat
- ☐ Seltener als 1x pro Monat
- ☐ Gar nicht

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

56. In welcher Form werden die ABS-Visiten durchgeführt? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Bettseitig
- ☐ Digital/Hybrid
- ☐ Zusammen mit dem behandelnden ärztlichen Personal
- ☐ Mit mindestens einem Teil der Mitglieder des ABS-Teams

57. In welchen Krankenhausbereichen werden ABS-Visiten durchgeführt? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Auf allen Stationen/Abteilungen
- ☐ Auf Intensivstationen
- ☐ Auf ausgewählten Stationen/Abteilungen (bitte benennen)

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

58. Wie wird die Antiinfektiva-Verbrauchsichte berechnet *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Für das Haus (gesamt)
- ☐ Für Intensivstationen und Normalstationen gesondert
- ☐ Für einzelne Stationstypen/Fachabteilungen

59. Erfolgt eine Aktualisierung der Antiinfektiva-Verbrauchszahlen? *

- ☐ Ja, mindestens 1x pro Quartal
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Halbjahr
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Jahr
- ☐ Ja, seltener als 1x pro Jahr
- ☐ Nie

60. Wird eine Analyse/Bewertung der Antiinfektiva-Verbrauchsdaten durchgeführt und schriftlich dokumentiert? *

Sofern Sie mit "Ja" antworten, benennen Sie bitte die zuständige Person in der Anschlussfrage auf der nächsten Seite.

- ☐ Ja, mindestens 1x pro Quartal
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Halbjahr
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Jahr
- ☐ Ja, seltener als 1x pro Jahr
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

61. Sie haben angegeben, dass eine Analyse/Bewertung der Antiinfektiva-Verbrauchsdaten durchgeführt und schriftlich dokumentiert wird. Bitte benennen Sie die diesbezügliche Qualifikation der zuständigen Person.

*

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

62. Erfolgt eine vergleichende Analyse der Antiinfektiva-Verbrauchsdaten im Sinne des Benchmarkings? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

63. Wird für Ihr Haus eine Resistenzstatistik gemäß § 23 IfSG erstellt? *

- ☐ Ja, mindestens 1x pro Quartal
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Halbjahr
- ☐ Ja, mindestens 1x pro Jahr
- ☐ Ja, seltener als 1x pro Jahr
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

64. Wird die Resistenzstatistik zusammen mit der Antiinfektiva-Verbrauchsstatistik interdisziplinär (behandelndes ärztliches Personal, versorgende Apotheken, Vertreter(-in) der Infektiologie/Hygiene/Mikrobiologie und Krankenhausverwaltung) bewertet? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

65. Wie erfolgt eine vergleichende Analyse der Antinfektiva-Verbrauchsdaten im Sinne des Benchmarkings? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Teilnahme an AVS
- ☐ Teilnahme an ARVIA
- ☐ Teilnahme an ESAC-Net
- ☐ Teilnahme an ADKA-if
- ☐ intern zwischen den verschiedenen Fachbereichen/Stationen des Hauses
- ☐ Teilnahme an einem anderen Projekt (bitte eintragen):

66. Wie werden Antinfektiva-Verbrauchsstatistik, deren Bewertung und die daraus abgeleiteten Maßnahmen an die einzelnen Kliniken/Bereiche kommuniziert? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Schriftlich, digital (z. B. E-Mail, Intranet)
- ☐ Schriftlich, in Printform
- ☐ Mündlich

67. Über welche Ebenen/Personen erfolgt die Übermittlung der Antinfektiva-Verbrauchsstatistik, deren Bewertung und daraus abgeleitete Maßnahmen? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ ärztliche Direktion
- ☐ Mit dem behandelnden ärztlichen Personal
- ☐ Über andere Ebenen/Personen (bitte erläutern):

Die Befragung bezieht sich auf die Daten des Jahres 2023.

68. Wie wird die Resistenzstatistik, deren Bewertung und die daraus abgeleiteten Maßnahmen den entsprechenden Kliniken/Abteilungen zur Verfügung gestellt? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Schriftlich, digital (z. B. E-Mail, Intranet)
- ☐ Schriftlich, in Printform
- ☐ Mündlich

69. Über welche Ebenen/Personen erfolgt die Übermittlung der Resistenzstatistik, deren Bewertung und daraus abgeleitete Maßnahmen? *

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Geschäftsführung
- ☐ ärztliche Direktion
- ☐ Mit dem behandelnden ärztlichen Personal
- ☐ Über andere Ebenen/Personen (bitte erläutern):

Seite 29

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Indem Sie den Button "fertig stellen" drücken, speichern Sie den Fragebogen abschließend ab.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KGNW

Die Befragung zur Krankenhaushygiene ist beendet. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Das Fenster kann nun geschlossen werden.