



Qualitätssiegel Hygiene für Krankenhäuser des MRE-Netzwerkes der Landkreise Altenkirchen, Westerwald und Rhein-Lahn

Allgemeine Grundsätze:

Das Qualitätssiegel soll für die Öffentlichkeit eine bestmögliche Hygiene in Bezug auf den Umgang mit multiresistenten Erregern sicherstellen.

Dies kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten die für ihren Tätigkeitsbereich erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse beherrschen.

Es müssen die allgemeinen Regeln der Basishygiene, die gesetzlichen Anforderungen einschließlich der Richtlinien des RKI und die jeweiligen Empfehlungen der Fachgesellschaften strikt eingehalten werden.

Diese Punkte werden im Rahmen der Qualitätssiegelvergabe durch das Bewertungsteam (Amtsleiter/in oder Vertreter/in, Netzwerkkoordinator oder Vertreter/in, Vertreter der anderen Gesundheitsämter) anhand der eingereichten Unterlagen und bei einer Begehung vor Ort verifiziert. Im Laufe der Begehung werden auch Mitarbeiter aus den einzelnen Bereichen (Ärzte, Stationsleitungen, examinierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger, Pflegehelfer/innen, med.technisches Personal und Reinigungsdienst) auf das für ihre Tätigkeiten notwendige Hygienewissen geprüft.

Insgesamt müssen zum Erhalt des Qualitätssiegels 75% (180) der maximal möglichen Punktzahl von 240 Punkten erreicht werden.

In jedem der 11 Qualitätsziele müssen die Krankenhäuser mindestens 50% der möglichen Punkte erlangen.

Die Zulassung zur Begehung (QZ11) erfolgt, wenn in den Qualitätszielen 1 – 10 jeweils mindestens 50% der möglichen Punktzahl erreicht wurden.

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ1
Beschreibung	Wissensmanagement und Netzwerkarbeit
Inhalt	Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen des Infektionsschutzes und der Infektionsprävention durch interne Fortbildungen, Besuch externer Veranstaltungen sowie Netzwerkarbeit
Rechtliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 MedHyg RLP §10 (2) ÖGdG Rheinland-Pfalz §§1,7 Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Drucksache 18/3600 vom 18.12.2014)
Zielsetzung	Schaffung eines umfassenden Wissens im Bereich der jeweiligen Tätigkeiten zur Krankenhaushygiene, Infektionsprävention und Antibiotikamanagement. Verbesserung der Schnittstellenproblematik
Durchführung	Aufbau von Wissensstrukturen durch Teilnahme an Kongressen, durch Ärztekammer zertifizierte Fortbildungen und innerbetriebliche Schulungen (auch E-learning wird anerkannt) mit den Themen: Allgemeine Hygienemaßnahmen im Krankenhaus, Infektionsprävention, Infektionsdiagnostik, Infektionstherapie und Antibiotikamanagement. Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen des MRE-Netzwerkes. Teilnehmer: Arzt in leitender Position, hygienebeauftragter Arzt, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte (sog. Multiplikatoren) und Pflegekräfte. Für innerbetriebliche Schulungen auch Reinigungsdienst und Hauswirtschaft.
Überprüfung	Überprüfung der Fortbildungsnachweise durch Protokolle und Teilnehmerlisten

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ2
Beschreibung	Surveillance epidemiologischer Daten
Inhalt	Surveillance inklusive Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission und auf den betreffenden Stationen
Rechtliche und fachliche Grundlagen	IfSG §4 (2,2) IfSG §23 (4) edHygVO RLP §10 (2) RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2001, Seite 523 – 536 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 345 – 351 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 363 - 368 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2013, Seite 580 – 583
Zielsetzung	Standortbestimmung als Entscheidungsgrundlage zur Steuerung von Interventionsmaßnahmen; Benchmarking
Durchführung	1. Erfassung inklusive Analyse und Präsentation von mindestens drei nosokomialen Infektionsarten. Bei vorhandener Intensivstation muss dort eine Surveillance stattfinden: Op-KISS ITS-KISS Device-KISS Onko-KISS Neo-KISS Ambu-KISS oder jeweils hausinterne Erfassung mit KISS-kompatibler Bezugsgröße 2. Erfassung folgender Erreger und Klassifikation der Fälle (mitgebracht, nosokomial): a. MRSA b. MRGN c. CDAD durch Teilnahme an KISS-Modulen oder vergleichbarer hausinterner Erfassung. Analyse und Präsentation der Surveillancedaten
Überprüfung	Einsicht in die Surveillancedokumente oder der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul Vorlage des Protokolls der Hygienekommission Bewertung der Schlussfolgerungen ggfs. Präventionsmaßnahmen Mitteilung ans Personal Anforderungen: - Die Auswahl des Moduls muss für die Surveillance geeignet sein - Aufzeichnung über mindestens 12 Monate

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ3
Beschreibung	Patientensicherheit durch Basishygiene und Reinigung/Desinfektion einschließlich baulich-funktioneller Voraussetzungen
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität der Händedesinfektion Basishygienemaßnahmen Festlegung der Aufgaben des Reinigungsdienst im hauseigenen Hygieneplan
Zielsetzung	Implementierung und Optimierung der Basishygiene zur Steigerung der Patientensicherheit Optimierung der Zimmerreinigung/-desinfektion
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 MedHygVO RLP §12 Biostoffverordnung TRBA 250 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2000, Seite 230 - 233 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2012, Seite 1377 - 1386 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2014, Seite 696 - 732 Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene: Hygienekriterien für den Reinigungsdienst Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene: Routinemäßige Flächendesinfektion zur Verhütung und Kontrolle antibiotikaresistenter Krankenhauserreger RAL Gütegemeinschaft Gebäudereinigung e.V. (GGGR): Merkblatt HYG.01: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen in Kliniken; Merkblatt LZ.01: Empfehlungen zur Ermittlung von Leistungskennzahlen in der Gebäudereinigung Aktion saubere Hände
Durchführung	Erfassung, Bewertung und Präsentation der Daten des Händedesinfektionsmittelverbrauchs Benchmarking durch Teilnahme am Hand-KISS Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene Basishygienemaßnahmen im hauseigenen Hygieneplan (Händehygiene, Kleidung/Schmuck, Persönliche Schutzausrüstung, Aufbereitung von Wäsche und Geschirr, Reinigung und Desinfektion von Flächen) Struktur- und Prozessqualität des Reinigungsdienstes im hauseigenen Hygieneplan
Überprüfung	Vorlage der entsprechenden Kapitel im hauseigenen Hygieneplan Vorlage der Unterlagen in Bezug auf die Händehygiene und des Reinigungsdienstes Begehung ausgewählter Bereiche (siehe QZ11)

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwald
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ4
Beschreibung	Hygienemaßnahmen MRSA
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit MRSA
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 (3/4) MedHygVO RLP§10(1) Biostoffverordnung TRBA 250 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 51 - 61 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2014, Seite 696 – 732
Zielsetzung	Optimierung des Umgangs mit MRSA zur Verhinderung einer Weiterverbreitung
Durchführung	Verfahren bei der Wiederaufnahme, Screening, Isolierung, PSA, Besucher, patientennahe Flächen, Patientenwäsche, Kontrolle nach Sanierung, Transporte und Verlegung
Überprüfung	Überprüfung der Unterlagen und Verfahren der Struktur- und Prozessqualität in Bezug auf MRSA unter besonderer Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die in den „Erläuterungen zur Punktevergabe“ erwähnten Punkte im hauseigenen Hygieneplan dargestellt? 2. Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert und sind auf dem neuesten Stand? 3. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 5
Beschreibung	Hygienemaßnahmen MRGN
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit MRGN
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	MedHygVO RLP§10(1) Biostoffverordnung TRBA 250 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 51 - 61 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 352 - 362 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2010, Seite 357 - 388 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2012, Seite 1377 - 1386
Zielsetzung	Optimierung des Umgangs mit MRGN und Verhinderung einer Verbreitung
Durchführung	Verfahren zum Screening, Isolierung, Wiederaufnahme, Behandlung patientennaher Flächen, Wäsche, Transport und Verlegung.
Überprüfung	Überprüfung der Verfahren zur Prozess- und Strukturqualität in Bezug auf den Umgang mit MRGN unter besonderer Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte: 1. Sind die in den „Erläuterungen zur Punktevergabe“ erwähnten Punkte im hauseigenen Hygieneplan dargestellt? 2. Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert und sind auf dem neuesten Stand? 3. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ6
Beschreibung	Hygienemaßnahmen CDAD
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit CDAD
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	<p>Ifsg §23</p> <p>RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2013; Seite 580 – 583</p> <p>AWMF-Leitlinien: Gastrointestinale Infektionen</p> <p>AWMF-Leitlinien: Hygienemaßnahmen bei Clostridium difficile</p>
Zielsetzung	Optimierung des Umgangs mit CDAD und Verhinderung einer Weiterverbreitung
Durchführung	Festlegung von Verfahren zum Screening, Isolierung, Händehygiene, Wiederaufnahme, Behandlung patientennaher Flächen, Wäsche, Transport und Verlegung
Überprüfung	<p>Überprüfung der Verfahren zur Prozess- und Strukturqualität in Bezug auf den Umgang mit CDAD unter besonderer Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die in den „Erläuterungen zur Punktevergabe“ erwähnten Punkte im hauseigenen Hygieneplan dargestellt? 2. Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert und sind auf dem neuesten Stand? 3. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 7
Beschreibung	Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung; Information der betroffenen Patienten und Angehörigen
Inhalt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Information des betroffenen Patienten bzw. der Angehörigen durch geeignetes Informationsmaterial 2. Verwendung geeigneten Informationsmaterials an den Krankentransport, die aufnehmende Einrichtung, die weiterbetreuende Institution (ambulanter Pflegedienst) und den weiterbehandelnden Hausarzt
Rechtliche und fachliche Grundlagen	MedHygVO RLP§13 Rahmenhygieneplan Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz
Zielsetzung	Information zum Infektionsstatus bei Verlegung und Entlassung, zum Infektionsschutz der Mitarbeiter des Rettungsdienstes und der aufnehmenden Einrichtung; Vermeidung nosokomialer Infektionen; Sicherung der erforderlichen Weiterbehandlung von kolonisierten oder infizierten Patienten
Durchführung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Verwendung der Formulare von allen Abteilungen 2. Information der Mitarbeiter über die Einführung der Formulare, deren Verwendung wird z.B. im Rahmen einer dienstlichen Anweisung geregelt (durch Unterschrift des Mitarbeiters wird die entsprechende Unterrichtung dokumentiert). 3. Formulare werden im Intranet oder als Papier zur Verfügung gestellt.
Überprüfung	Überprüfung der Formulare hinsichtlich Praktikabilität, sachlicher Richtigkeit und Verfügbarkeit. Überprüfung des Einsatzes auf 2 Stationen (siehe QZ 11) Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial für Patienten und Angehörige

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 8
Beschreibung	Ausbruchsmangement
Inhalt	Ausbruchserkennung Festlegung des Ausbruchsmangementteams, Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenz, Vorbereitung der Öffentlichkeitsarbeit, Information und Kooperation mit dem Gesundheitsamt, Interventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung, Ermittlung der Infektionsquelle, Bewertung aller erhobener Befunde einschließlich Interventionsmaßnahmen und abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung zukünftiger Präventionsstrategien.
Rechtliche und fachliche Grundlagen	IfSG §6 (3) RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2002, Seite 180 – 186
Zielsetzung	Anwendung von erregerspezifischen Maßnahmen, Begrenzung des Ausbruchsgeschehens; Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und der Zusammenarbeit mit dem ÖGD Optimierung des Ablaufs bei einem Ausbruch mit kritischen Erregern
Durchführung	Schriftliche Festlegung des Ablaufplans bei V.a. ein Ausbruchsgeschehen und Kommunikation an die beteiligten bzw. verantwortlichen Mitarbeiter
Überprüfung	Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisungen

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 9
Beschreibung	Implementierung eines Antibiotikamanagements
Inhalt	<p>Erstellen einer Resistenzstatistik und Interpretation der Daten.</p> <p>Beurteilung der Resistenzlage durch Vergleich mit Daten der Vorjahre oder externen Datenbank.</p> <p>Antibiotikaverbrauchssurveillance: Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für bestimmte Leitantibiotikagruppen (z.B. Vancomycin, 3. Generations-cephalosporine, Carbapeneme, Fluorchinolone, Piperacillin/Tazobactam).</p> <p>Festlegung von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B. Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Pneumonie, Sepsis).</p> <p>Vorstellung der Daten zur Resistenz und zum Antibiotikaverbrauch sowie der Therapieleitlinien vor der Hygienekommission und/oder Arzneimittelkommission</p>
Rechtliche und fachliche Grundlagen	<p>MedHygVO RLP §3(3) Abs.6; §10 (2) und (3)</p> <p>IfSG § 23, 4</p> <p>RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2013, Seite 903 – 912</p> <p>RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2013, Seite 996 - 1002</p>
Zielsetzung	Optimierung des Antibiotikaeinsatzes im Krankenhaus, Vermeidung von Resistenzbildungen
Durchführung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Führen einer Resistenzstatistik und Interpretation der Daten nach den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben; Vorstellung der Daten bei Hygienekommission und Arzneimittelkommission 2. Berechnung der DDD für bestimmte Leitantibiotikagruppen pro 1000 Patiententage 3. Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen
Überprüfung	<p>Einsichtnahme in Unterlagen zur Resistenzstatistik und Antibiotikaverbrauch.</p> <p>Überprüfung der Protokolle der Hygienekommission/Arzneimittelkommission.</p> <p>Einsicht in Therapieleitlinien.</p>

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 10
Beschreibung	Strukturqualität des Hygienemanagements
Inhalt	Strukturqualität in Bezug auf Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement, der Hygienekommission, Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege
Rechtliche und fachliche Grundlagen	MedHygVO RIP § 1,3,4,5,6,7,8 und 9 RKI-Empfehlung: Bundesgesundheitsblatt 2009, Seite 951 – 962
Zielsetzung	Sicherung der notwendigen Strukturqualität für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus mit ausreichend geschulten Mitarbeitern/innen und Aktualisierung des Wissensstands der Mitarbeiter/innen der Einrichtung
Durchführung	Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus und Hygienekommission. Festlegung der Qualifikation, Aufgaben und Rahmenbedingungen des Krankenhaushygienikers, der hygienebeauftragten Ärzte/innen, der Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte in der Pflege; Abgleich des ermittelten Bedarfs mit den tatsächlich vorhandenen Kräften
Überprüfung	Einsichtnahme der entsprechenden Unterlagen

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Qualitätsziel	QZ 11
Beschreibung	Krankenhausbegehung
Inhalt	Überprüfen der Struktur- und Prozessqualität vor Ort insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit durch Einhaltung der Basishygiene und den praktischen Umgang mit MRE (MRSA, MRGN, CDAD) Überprüfung der baulich-funktionellen Gegebenheiten.
Gesetzliche Grundlagen	ÖGdG Rheinland-Pfalz MedHygVO RIP RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2004, Seite 352 - 362 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2012, Seite 1377 - 1386 RKI-Empfehlungen: Bundesgesundheitsblatt 2014, Seite 696 - 732
Zielsetzung	Beurteilung der praktischen Umsetzung der geforderten Maßnahmen vor Ort und des theoretischen und praktischen Kenntnisse der Mitarbeiter Beurteilung der baulich-funktionellen Gegebenheiten
Durchführung	Begehung des Krankenhauses mit einer Kommission, zumindest bestehend aus dem Leiter des zuständigen Gesundheitsamtes, eines Vertreters (Arzt oder Hygieneaufseher) eines anderen Gesundheitsamtes und dem Netzwerkkoordinator. Analyse, ob die Hygienemaßnahmen wie im Hygieneplan dargelegt vor Ort durchgeführt werden. Sind die MRE-Handlungsanweisungen auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar? Beherrschen die den Patienten Betreuenden die Grundlagen des Umgangs mit MRE Entsprechen die baulich-funktionellen Gegebenheiten der Anforderungen
Überprüfung	Befragung der Mitarbeiter der verschiedenen Kompetenzen: Stationsleitungen, Examinierte Pfleger/innen, Hilfskräfte, Reinigungskräfte Überprüfung, ob die Hygienepläne für jeden Mitarbeiter jeder Zeit einzusehen sind Liegt das Informationsmaterial für Patienten und Angehörige ausgedruckt auf den Stationen vor

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Punktevergabe:

QZ1: Wissensmanagement und Netzwerkarbeit

20 Punkte

- Mitglied im MRE-Netzwerk 5QP
- Teilnahme an Netzwerksitzungen 3QP
(1 Punkt pro Veranstaltung; Max. 3 Punkte)
- Interne Fortbildung 6QP
(2 Punkte je Fortbildungsveranstaltung)
Teilnehmer: Arzt in leitender Position, hygienebeauftragter Arzt, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte und Pflegekräfte, innerbetriebliche Schulungen auch Reinigungsdienst und Hauswirtschaft
(Bei Teilnehmerzahl über 80% der festangestellten Mitarbeiter in der Pflege werden 2 Punkte pro Fortbildungsveranstaltung, bei 40 – 80% wird 1 Punkt pro Fortbildungsveranstaltung vergeben)
- Externe Fortbildung der Multiplikatoren 6QP
(2 Punkte je Fortbildung)
Teilnehmer: Arzt in leitender Position, hygienebeauftragter Arzt, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte

QZ2: Surveillance epidemiologischer Daten

20 Punkte

- Teilnahme an KISS-Modulen oder vergleichbare Erfassung
(mindestens 3 Module, bei bestehender Intensivstation ITS-KISS verpflichtend) 8 QP
- Erfassung und Bewertung folgender Infektionen nach mitgebracht und nosokomial
 - MRSA 2QP
 - MRGN 2QP
 - CDAD 2QP
- Analyse und Präsentation der Surveillancedaten 6QP

QZ3: Patientensicherheit durch Basishygiene und Reinigung/Desinfektion einschließlich baulich-funktioneller Voraussetzungen

24 Punkte

Händehygiene:

- Erfassung, Bewertung und Präsentation der Daten des Händedesinfektionsmittelverbrauchs 2QP
- Benchmarking durch Vergleich der Daten mit denen von Hand-KISS 2QP
- Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene 3QP

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



Anforderungen an die Reinigung:

- Festlegung der Organisation, Wahl der Reinigungs- und Desinfektionsmittel und Reinigungs- und Desinfektionsverfahren im Einvernehmen mit der Hygienekommission und dem Krankenhaushygieniker 2QP
- Schulung, Einweisung und Beaufsichtigung des Reinigungspersonals 2QP
- Anforderungen an das Reinigungspersonal in Risikobereichen mit einer erhöhten Gefährdung 2QP
- Aufbereitung und Aufbewahrung von Putzmaterialien 2QP
- Überprüfung der vorgegebenen Flächenreinigungsleistung in m²/h 2QP

Baulich-funktionelle Anforderungen:

- Beschaffenheit der Oberflächen u.a. von medizinischen Geräten sowie übrige horizontale Flächen einschließlich der Fußböden in Bezug auf die Reinigung und Desinfektionsfähigkeit 2QP
- Beschaffenheit und Ausstattung der Räume zur Aufbewahrung und Aufbereitung von Reinigungsutensilien 2QP
- Mindestanforderung für vorhandene Handspender
(Die baulich funktionellen Voraussetzungen werden im Rahmen der Begehung mitbeurteilt) 3QP

QZ4: Hygienemaßnahmen MRSA:

22 Punkte

Folgende Punkte müssen im Hygieneplan festgelegt sein.

- Screeninguntersuchungen 2QP
- Isolierung 2QP
- Persönliche Schutzausrüstung 2QP
- Behandlung von Essgeschirr, Wäsche, Abfall, Pflege- und Therapiematerialien 2QP
- Laufende Flächendesinfektion 2QP
- Schlussdesinfektion 2QP
- Patientensanierung 2QP
- Verfahren bei mit MRSA kolonisiertem bzw. infiziertem Personal 2QP
- Operative Eingriffe an kolonisierten bzw. infizierten Patienten 2QP
- Verlegung und Transporte von kolonisierten bzw. infizierten Patienten innerhalb des Krankenhauses 2QP
- Verlegung kolonisierter bzw. infizierter Patienten in andere Krankenhäuser, Einrichtungen bzw. Entlassung nach Hause 2QP

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



QZ5: Hygienemaßnahmen bei MRGN

22 Punkte

- Screening 2QP
- Persönliche Schutzausrüstung 2QP
- Risikopatienten 2QP
- Risikobereiche 2QP
- Isolierung 2QP
- Aufhebung der Isolierung 2QP
- Laufende Flächendesinfektion, Schlussdesinfektion 2QP
- Behandlung von Abfall, Essgeschirr, Wäsche, Pflege- und Therapiematerialien 2QP
- Verlegung und Transporte kolonisierter bzw. infizierter Patienten innerhalb des Krankenhauses 2QP
- Verlegung kolonisierter bzw. infizierter Patienten in andere Krankenhäuser, Einrichtungen bzw. Entlassung nach Hause 2QP
- Hinweise für Funktionsabteilungen z.B. Op 2QP

QZ6: Hygienemaßnahmen bei CDAD

22 Punkte

- Erforderliche Hygienemaßnahmen bei einem Patienten mit CDAD 2QP
- Isolierung 2QP
- Aufheben der Isolierung 2QP
- Persönliche Schutzausrüstung (PSA) 2QP
- Abfälle, Wäsche, Geschirr, Pflege- und Therapiematerialien 2QP
- Reinigung und Desinfektion des Patientenzimmers 2QP
- Transport eines CDAD Patienten innerhalb der Einrichtung 2QP
- Sanierung asymptomatischer Träger 2QP
- Dauer der Hygienemaßnahmen 2QP
- Verlegung und Entlassung 2QP
- Schlussdesinfektion 2QP

QZ7: Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung; Information der betroffenen Patienten und Angehörigen

14 Punkte

- Information der Mitarbeiter über die Einführung der Formulare, deren Verwendung wird z.B. im Rahmen einer dienstlichen Anweisung geregelt (Durch Unterschrift des Mitarbeiters wird die entsprechende Unterrichtung dokumentiert). 2QP
- Formulare 2QP
 - Verlegung/Entlassung 2QP
 - Information Patienten/Besucher MRSA 2QP
 - Information Patienten/Besucher MRGN 2QP
 - Information Patienten/Besucher CDAD 2QP
- Formulare werden im Intranet oder als Papier zur Verfügung gestellt. 2QP
- Regelmäßige Verwendung der Formulare von allen Abteilungen 2QP

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



QZ8: Ausbruchmanagement

18 Punkte

Folgende Punkte müssen im Hygieneplan abgebildet werden:

Festlegung des Ausbruchmanagementteams	2QP
Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenz	2QP
Vorbereitung der Öffentlichkeitsarbeit	2QP
Information und Kooperation mit dem Gesundheitsamt	3QP
Interventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung	3QP
Ermittlung der Infektionsquelle	3QP
Bewertung aller erhobener Befunde einschließlich Interventionsmaßnahmen und abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung zukünftiger Präventionsstrategien.	3QP

QZ9: Implementierung eines Antibiotikamanagements

20 Punkte

Erstellen einer Resistenzstatistik und Interpretation der Daten.	4QP
Beurteilung der Resistenzlage durch Vergleich mit Daten der Vorjahre oder externen Datenbank.	4QP
Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für bestimmte Leitantibiotikagruppen (z.B. Glykopeptide, 3.Generationscephalosporine, Carbapeneme, Fluorchinolone, Piperacillin/Tazobactam).	4QP
Festlegung von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B. Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Pneumonie, Sepsis).	4QP
Vorstellung der Daten zur Resistenz und zum Antibiotikaverbrauch sowie der Therapieleitlinien vor der Hygienekommission und/oder Arzneimittelkommission	4QP

QZ10: Strukturqualität des Hygienemanagements

30 Punkte

Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus und der Hygienekommission.	10QP
Festlegung der Qualifikation, Aufgaben und Rahmenbedingungen des Krankenhaushygienikers, der hygienebeauftragten Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege.	10QP
Ableich des ermittelten Bedarfs mit den tatsächlich vorhandenen Kräften	10QP

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



QZ11: Krankenhausbegehung

28 Punkte

Begehung des Krankenhauses mit einer Kommission, mindestens bestehend aus dem Leiter des zuständigen Gesundheitsamtes, Vertreter (Arzt oder Hygieneaufseher) der anderen beiden Gesundheitsämter und dem Netzwerkkoordinator.

Analyse ob die Hygienemaßnahmen wie im Hygieneplan dargelegt vor Ort durchgeführt werden.

Sind die MRE-Handlungsanweisungen auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar? Beherrschen die den Patienten Betreuenden die Grundlagen des Umgangs mit MRE.

Entsprechen die baulich-funktionellen Gegebenheiten den Anforderungen

Beurteilung:

Ungenügend

Mangelhaft

Ausreichend:

Vorbildlich:

14 QP

28 QP

Maximal mögliche Punktzahl: 240

Liste der gesetzlichen und fachlichen Grundlagen:

IfSG §§ 4, 6, 23

- **MedHyg VO Rheinland-Pfalz**

- **Biostoffverordnung**

- **TRBA 250**

- Bundesgesundheitsblatt 2000, 220 – 233:

- **Empfehlungen zur Händehygiene**

- Bundesgesundheitsblatt 2001, 523 – 536:

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen (Umsetzung von §23 IfSG)

- Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 – 186:

Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen

- Bundesgesundheitsblatt 2004, 51 – 61:

Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen

- Bundesgesundheitsblatt 2004, 345 – 351:

SARI: Surveillance der Antibiotikaaanwendung und bakteriellen Resistenzentwicklung auf deutschen Intensivstationen

- Bundesgesundheitsblatt 2004, 352 – 362:

Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen- Diagnostik und Typisierung

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------



- Bundesgesundheitsblatt 2004, 363 – 368:
Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen- Erfassung und Bewertung in einem regionalen Netzwerk
- Bundesgesundheitsblatt 2009, 951 – 962:
Anforderungen an die Hygiene immunsupprimierter Patienten
- Bundesgesundheitsblatt 2010, 357 – 388:
- **RAL Gütegemeinschaft Gebäudereinigung e.V. (GGGR) 2011:**
Merkblatt HYG.01:Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen in Kliniken;
Merkblatt LZ.01: Empfehlungen zur Ermittlung von Leistungskennzahlen in der Gebäudereinigung
- **Aktion saubere Hände: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen**
- Bundesgesundheitsblatt 2012, 1377 – 1386:
Aktuelle Daten und Trends zu Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)
- Bundesgesundheitsblatt 2012, 1453 – 1464
Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation (Entwurf eines Rahmenhygieneplans)
- Bundesgesundheitsblatt 2013, 580 – 583:
Surveillance nosokomialer Infektionen sowie Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- Bundesgesundheitsblatt 2013, 903 – 912:
Antibiotikaverbrauchssurveillance
- Bundesgesundheitsblatt 2013, 996 – 1002:
Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs in Krankenhäusern nach §23, Abs.4, Satz 2 IfSG
- Bundesgesundheitsblatt 2014, 696 – 732:
Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen(MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene:
Hygienekriterien für den Reinigungsdienst
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene:
Routinemäßige Flächendesinfektion zur Verhütung und Kontrolle antibiotikaresistenter Krankenhauserreger
- **Aktion Saubere Hände**
- AWMF-Leitlinien:
Gastrointestinale Infektionen
- AWMF-Leitlinien:
Hygienemaßnahmen bei *Clostridium difficile*
- **Rahmenhygieneplan Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz**
- **Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Drucksache 18/3600 vom 18.12.2014)**

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 01.12.20120	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlicher: Dr.Dörwaldt
-------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------