



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

Das Qualitätssiegel soll eine bestmögliche Hygiene in Bezug auf den Umgang mit multiresistenten Erregern und einen rationalen Umgang mit Antibiotika 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 und die gesetzlichen Anforderungen einschließlich der Empfehlungen des RKI eingehalten und die jeweiligen Empfehlungen der Fachgesellschaften sowie die einschlägigen Leitlinien berücksichtigt werden.

Dies wird im Rahmen der Qualitätssiegelvergabe durch das Bewertungsteam anhand der eingereichten Unterlagen (durch Netzwerkkoordinatorin und beratende Ärztin des Westerwaldkreises) und bei einer Begehung vor Ort (durch Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter, Netzwerkkoordinatorin oder eine vertretende Person und Mitglieder des MRE-Teams aus den Gesundheitsämtern) verifiziert.

Bei der Begehung werden die baulich-funktionellen und organisatorischen Gegebenheiten überprüft und Mitarbeitende 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.

2018/2019 haben 4 Arbeitsgruppensitzungen mit den Vertretern der Krankenhäuser stattgefunden. Zunächst wurden die Zertifizierungsvoraussetzungen zur Diskussion gestellt (fand am 13.12.2018 statt). In der zweiten AG-Sitzung stellte das Netzwerk die Entwürfe der Schulungspräsentationen vor, mit der Möglichkeit diese nach den Anregungen der Teilnehmer zu modifizieren. In den nachfolgenden zwei Sitzungen wurden die im Laufe des Prozesses aufgetretenen Unklarheiten und Probleme gemeinsam erörtert.

Das Projekt beinhaltet wieder 11 Qualitätsziele. Davon werden QZ1 – QZ10 anhand der eingereichten Unterlagen beurteilt. Wenn die Einrichtung in jedem dieser 10 Qualitätsziele mindestens 50% der maximal möglichen Punktzahl erreicht, wird sie zu QZ11, der Begehung, zugelassen.

Bei Erreichen von **75%** der maximal möglichen Gesamtpunktzahl erhalten die

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Einrichtungen das Qualitätssiegel Hygiene des MRE-Netzwerkes.

Stichtag für die Abgabe der Unterlagen ist der 31.12. jeden Jahres. Unterlagen die nach dem Stichtag eintreffen, können nicht berücksichtigt werden. Begehungen werden zwischen April-Mai stattfinden. Die Zertifikatübergabe wird im Juni erfolgen.

Das Qualitätssiegel hat eine Gültigkeit von 4 Jahren.

Qualitätsziel	QZ1
Beschreibung	Wissensmanagement und Netzwerkarbeit
Inhalt	Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen der Hygiene, des Infektionsschutzes, der Infektionsprävention und der rationalen Antibiotikatherapie durch interne Fortbildungen, Besuch externer Veranstaltungen sowie Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen des MRE-Netzwerkes
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 innerbetriebliche Schulungen (auch E-learning wird anerkannt), Teilnahme an Kongressen und durch Ärztekammern zertifizierte Fortbildungen mit den Themen: Allgemeine Hygienemaßnahmen im Krankenhaus, Infektionsprävention, Infektionsdiagnostik, Therapie 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; Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen

Qualitätsziel	QZ2		
Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer



Beschreibung	Surveillance epidemiologischer Daten
Inhalt	Surveillance von nosokomialen Infektionen und der Erreger 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) MedHygVO RLP §10 (2) RKI-Empfehlungen: Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen (Umsetzung von §23 IfSG) Bundesgesundheitsblatt 2001 44: 523–536 RKI-Empfehlungen: Surveillance der Antibiotikaaanwendung und bakteriellen Resistenzentwicklung auf deutschen Intensivstationen. Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 345–351 RKI-Empfehlungen: Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen- Diagnostik und Typisierung Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 352–362: RKI-Empfehlungen: Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen. Teil II: Erfassung und Bewertung gem. §23 Abs. 1 IfSG in einem regionalen Netzwerk, Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 363–368 RKI-Empfehlungen: Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen; Bundesgesundheitsblatt 2013 56: 580–583
Zielsetzung	Standortbestimmung als Entscheidungsgrundlage zur Steuerung von Interventionsmaßnahmen; Benchmarking

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Durchführung	1. Infektionssurveillance: Erfassung inklusive Analyse und Präsentation von mindestens drei nosokomialen Infektionsarten. Bei vorhandener Intensivstation muss dort eine Surveillance stattfinden: ITS-KISS Op-KISS (Postoperative Wundinfektionen) Stations-KISS oder jeweils hausinterne Erfassung mit KISS-kompatibler Bezugsgröße. 2. Erregersurveillance: Erfassung folgender Erreger und Klassifikation der Fälle: a. MRSA b. MRGN c. CDAD d. VRE durch Teilnahme an KISS-Modulen oder vergleichbarer hausinterner Erfassung. Analyse und Präsentation der Surveillancedaten. Nachweis von Interventionsmaßnahmen: Schriftlicher Nachweis über die Interventionsmaßnahmen, welche auf der Basis der in der Surveillance erhobenen Daten geplant und umgesetzt wurden. Dabei wird folgende Vorgehensweise berücksichtigt: Die Ergebnisse der Surveillance werden den betreffenden Bereichen zurückgemeldet und mit ihnen diskutiert. Es erfolgt ggf. eine Planung von Interventionen mit dem Ziel einer Verbesserung der Präventionsmaßnahmen. Nach der Umsetzung der Interventionen erfolgt eine Evaluation dieser Maßnahmen mit Hilfe der weiteren Infektionssurveillance.
Überprüfung	Einsicht in die Surveillancedokumente oder der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul. Vorlage des Protokolls der Hygienekommission. Bewertung der Schlussfolgerungen, ggfs. der durchgeführten Präventionsmaßnahmen und deren Evaluation. Mitteilung ans Personal. Anforderungen: - Die Auswahl des Moduls muss für die Surveillance geeignet sein. - Aufzeichnung über mindestens 12 Monate.

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
--	--	---	---



Qualitätsziel	QZ3
Beschreibung	Patientensicherheit durch Basishygiene und Reinigung/Desinfektion Hausinterne Audits zur Standardhygiene Durchführung Compliancemessungen zur Händedesinfektion
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität der Händedesinfektion und Basishygienemaßnahmen. Festlegung der Aufgaben des Reinigungsdienstes im hauseigenen Hygieneplan. Die Hygienebeauftragten (Arzt und/oder Pflegenpersonal) führen anhand des Auditprotokolls (Siehe Anlage 1) auf je einer Station pro Fachabteilung ein hausinternes Hygiene-Audit durch. Das Audit erhebt dabei Daten zur Organisation, Personalhygiene, Standardhygiene und Umgebungshygiene. Durchführung von Compliancemessungen Händedesinfektion (siehe Anlage 2) auf einer Intensiv- und zwei peripheren Station (eine davon mit niedrigem Händedesinfektionsmittelverbrauchs).
Zielsetzung	Implementierung und Optimierung der Basishygiene zur Steigerung der Patientensicherheit und zum Personalschutz. Optimierung der Zimmerreinigung/-desinfektion
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 MedHygVO RLP §12 Biostoffverordnung TRBA 250 RKI-Empfehlungen: Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000 43: 230-233 KRINKO: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen: Bundesgesundheitsblatt 2022 65:1074-1115 Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen: Bundesgesundheitsblatt 2023 66:1302-1303 RKI-Empfehlung: Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten Bundesgesundheitsblatt 2010 53: 357-388 RKI-Empfehlungen: Aktuelle Daten und Trends zu Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) Bundesgesundheitsblatt 2012 55: 1377-1386 RKI-Empfehlungen: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i>-Stämmen (MRSA) in medizinischen und

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	pflegerischen Einrichtungen Bundesgesundheitsblatt 2014 57: 696–732 RKI-Empfehlungen: Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Bundesgesundheitsblatt 2016 59:1189-1220 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 der einzelnen Fachabteilungen und/oder Stationen. Benchmarking mit Daten aus Hand-KISS. Durchführung der Internen Audits (siehe Anlage 1) auf einer Station pro Fachabteilung. Compliancemessungen zur Händedesinfektion auf zwei peripheren und einer Intensivstation (siehe Anlage 2). Die Messungen sind zu dokumentieren z.B. mit Hilfe eines Beobachtungsbogens der Aktion saubere Hände. Die Ergebnisse der Compliancebeobachtung werden an die Mitarbeiter der Station zurückgespiegelt. Das Feedback ist zu dokumentieren. 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. Vorlage der Verträge mit den Reinigungsdiensten. Der Maximalwert der Flächenleistung in m²/h ist der Mittelwert der von der RAL-Gütergemeinschaft im Merkblatt LZ.01 veröffentlichten Richtwerte.
Überprüfung	Vorlage der entsprechenden Kapitel im hauseigenen Hygieneplan. Vorlage der Unterlagen in Bezug auf die Händehygiene und des Reinigungsdienstes. Vorlage der Bögen der Internen Audits zur Organisation, Personalhygiene, Standardhygiene und Umgebungshygiene

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	Begehung ausgewählter Bereiche. Vorlage der Beobachtungsbögen zur Compliance- beobachtung der Händedesinfektion. Aufzeichnungen des Feedbacks auf den Stationen.

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: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 51-61 RKI-Empfehlungen: Aktuelle Daten und Trends zu Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) Bundesgesundheitsblatt 2012 55: 1377–1386 RKI-Empfehlungen: Methicillin-resistente <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation (Entwurf eines Rahmenhygieneplans) Bundesgesundheitsblatt 2012 55: 1453–1464 RKI-Empfehlungen: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i>-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen Bundesgesundheitsblatt 2014 57: 696–732
Zielsetzung	Optimierung der Struktur- und Prozessqualität 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. Risikoanalyse mit Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MRSA.

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Überprüfung	Überprüfung der Unterlagen und Verfahren der Struktur- und Prozessqualität in Bezug auf MRSA 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?

Qualitätsziel	QZ 5
Beschreibung	Hygienemaßnahmen MRGN
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit MRGN
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 (3/4) MedHygVO RLP§10(1) Biostoffverordnung TRBA 250 RKI-Empfehlung: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 51-61 RKI-Empfehlung: Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen. Teil I: Diagnostik und Typisierung, Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 352–362 RKI-Empfehlung: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen Bundesgesundheitsblatt 2012 55:1311-1354
Zielsetzung	Optimierung der Struktur- und Prozessqualität im Umgang 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

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	neuesten Stand?
	3. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?

Qualitätsziel	QZ6
Beschreibung	Hygienemaßnahmen CDAD und VRE
Inhalt	Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit CDAD und VRE
Gesetzliche und fachliche Grundlagen	IfSG §23 RKI-Empfehlungen: Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen; Bundesgesundheitsblatt 2013 56 580–583 RKI-Ratgeber Clostridium difficile Epid Bull 2008; 15. 119 AWMF-Leitlinien: Gastrointestinale Infektionen; Registriernummer: 021-024 AWMF-Leitlinien: Hygienemaßnahmen bei Clostridium difficile; Registriernummer: 029-040 Hygienemaßnahmen zur Prävention der Infektion durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen Bundesgesundheitsblatt 2018 61:1310-1361 KRINKO Empfehlung "Hygienemaßnahmen bei C. difficile-Infektion (CDI)" (2019)
Zielsetzung	Optimierung der Struktur- und Prozessqualität im Umgang mit CDAD und VRE und Verhinderung einer Weiterverbreitung.
Durchführung	Festlegung von Verfahren zum Screening, Isolierung, Händehygiene, Wiederaufnahme, Behandlung patientennaher Flächen, Wäsche, Transport und Verlegung.
Überprüfung	Überprüfung der Verfahren zur Prozess- und Strukturqualität in Bezug auf den Umgang mit CDAD und VRE 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?

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Qualitätsziel	QZ 7
Beschreibung	Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung; Information der betroffenen Patienten und Angehörigen
Inhalt	1. Information des betroffenen Patienten bzw. der Angehörigen in einem Beratungsgespräch und durch entsprechendes Informationsmaterials über die Bedeutung des jeweiligen MRE und die daraus resultierenden Konsequenzen. Die Zuständigkeit und die Verfahrensweisen sind im Hygieneplan festgelegt. 2. Verwendung von geeignetem Informationsmaterial bei Verlegung für den Krankentransport, die aufnehmende Einrichtung, die weiterbetreuende Institution (z.B. 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 Maßnahmen zur Betreuung und Weiterbehandlung von kolonisierten oder infizierten Patienten. Aufklärung über MRE und Wissensvermittlung der Patienten/innen und deren Angehörigen.
Durchführung	1. Regelmäßige Durchführung der Beratungsgespräche und Dokumentation der stattgefundenen Gespräche mit Unterschrift des Patienten in der Patientenakte. 2. Regelmäßige Verwendung der Formulare von allen Abteilungen. 3. 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). 4. Formulare werden im Intranet oder als Papier zur Verfügung gestellt. 5. Die Einrichtungen verfolgen stichprobenartig (mindestens bei einem entlassenen MRE-Patienten pro Monat), ob der Empfänger den Überleitungsbogen erhalten

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	hat (namentliche Dokumentation von Sender und Empfänger).
Überprüfung	Vorlage der Dokumentationen über die Aufklärungsgespräche. Überprüfung der Formulare hinsichtlich Praktikabilität, sachlicher Richtigkeit und Verfügbarkeit. Dokumentation des Beratungsgesprächs in der Patientenakte. Überprüfung des Einsatzes auf 2 Stationen (siehe QZ 11) Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial für Patienten und Angehörige. Vorlage der Unterlagen der Nachverfolgung.

Qualitätsziel	QZ 8
Beschreibung	Ausbruchsmanagement
Inhalt	Ausbruchserkennung. Festlegung des Ausbruchsmanagementteams, 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 der Interventionsmaßnahmen und abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung zukünftiger Präventionsstrategien. In der Klinik ist ein Surveillancesystem etabliert, welches zeitnah das gehäufte Auftreten von MRE-Fällen erkennen lässt.
Rechtliche und fachliche Grundlagen	IfSG § 6 (3) KRINKO-Empfehlung Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen Bundesgesundheitsblatt 2002 45:180 – 186 RKI und NRZ Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen 2001 RKI Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen Bundesgesundheitsblatt 2013 56:580-583

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Zielsetzung	Prävention, frühzeitige Eindämmung und effektive Begrenzung von Ausbruchsgeschehen. Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem ÖGD. Zielgerichtete Information der Öffentlichkeit. Anwendung von erregerspezifischen Maßnahmen und Optimierung des Ablaufs bei einem Ausbruch mit kritischen Erregern.
Durchführung	Schriftliche Festlegung des Ablaufplans bei vermuteten oder bestätigten Ausbruchsgeschehen und Kommunikation an die beteiligten bzw. verantwortlichen Mitarbeiter.
Überprüfung	Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisungen

Qualitätsziel	QZ 9
Beschreibung	Implementierung eines Antibiotikamanagements
Inhalt	Erstellen einer Resistenzstatistik und Interpretation der Daten. Beurteilung der Resistenzlage durch Vergleich mit Daten der Vorjahre oder externen Datenbank. Antibiotikaverbrauchssurveillance: Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für bestimmte Leitantibiotikagruppen (z.B. Vancomycin, 3. Generations-cephalosporine, Carbapeneme, Fluorchinolone, Piperacillin/Tazobactam). Festlegung von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B. Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Pneumonie, Sepsis), die alle 3 Jahre aktualisiert werden. Krankenhausspezifische Leitlinie „Perioperative Prophylaxe“ vorhanden, welche folgende Kriterien beinhaltet: - Begriffsdefinition - Risikofaktoren (patienteneigene und chirurgische) - Indikationen - Durchführung und Dauer - Antibiotikaauswahl

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	Das ärztliche Personal wird mindestens einmal jährlich zum Thema „rationaler Antibiotikaverbrauch“ fortgebildet. (Eine vom Netzwerk ausgearbeitete Standardpräsentation wird zur Verfügung gestellt). Das ABS-Team führt regelmäßig interdisziplinäre Visiten auf Stationen mit besonderer infektionologischer Relevanz oder besonders hohem Antibiotikaverbrauch durch. Das ABS-Team führt regelmäßig auf zwei infektiologisch relevanten Stationen Punktprävalenzstudien als Aktenvisiten durch und überprüft, ob die aktuelle Antibiotika-Therapie leitliniengerecht ist. Vorstellung der Daten zur Resistenz und zum Antibiotikaverbrauch sowie der Therapieleitlinien vor der Hygienekommission und/oder Arzneimittelkommission. Überprüfung: ABS-Team: Nennung der Namen inklusive Qualifikationen Zeitdeputat: Bestätigung des Geschäftsführers mit Nennung des zeitlichen Umfangs. ABS-Visiten: Liste mit den Terminen der stattgefundenen ABS-Visiten (stichpunktartige Anforderungen der Protokolle möglich). Kurzprotokolle der Punktprävalenzanalysen. Vorlage der Leitlinien.
Rechtliche und fachliche Grundlagen	MedHygVO RLP §§ 3 (3) 5. und 6., 13 (2) und (3) IfSG § 23 (4) Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance, Bundesgesundheitsblatt 2013 56:903-912 Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach § 23 (4) S. 2 IfSG, Bundesgesundheitsblatt 56:996-1002 S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus Version 2.1 vom 31.01.2019 (derzeit in Überarbeitung) S3-Leitlinie Perioperative und periinterventionelle Antibiotikaphylaxe Version 5.0 vom 20.12.2024 DART 2030
Zielsetzung	Optimierung des Antibiotikaeinsatzes im Krankenhaus. Vermeidung von Resistenzbildungen
Durchführung	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 100 Patiententage 3. Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



	Indikationen 4. Durchführung von interdisziplinären Antibiotikavisiten 5. 1x jährliche Fortbildung „Rationale Antibiotikatherapie in Krankenhäusern“
Überprüfung	Einsichtnahme in Unterlagen zur Resistenzstatistik und Antibiotikaverbrauch. Überprüfung der Sitzungsprotokolle des ABS-Teams und der Hygiene- und Arzneimittelkommission. Überprüfung der Protokolle der Antibiotikavisiten. Einsicht in Therapieleitlinien. Vorlage der Teilnehmerlisten der ärztlichen Fortbildung

Qualitätsziel	QZ 10
Beschreibung	Strukturqualität des Hygienemanagements
Inhalt	Strukturqualität in Bezug auf die Festlegung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement der Hygienekommission, der Krankenhaushygieniker, der Hygienebeauftragten Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragten in der Pflege
Rechtliche und fachliche Grundlagen	MedHygVO RIP § 1,3,4,5,6,7,8 und 9 RKI-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen Bundesgesundheitsblatt 2009 52: 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 Festlegung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus und der Hygienekommission. Festlegung der Qualifikation, Aufgaben und Rahmenbedingungen des Krankenhaushygienikers, der hygienebeauftragten Ärzte/innen, der Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragten in der Pflege. Abgleich des ermittelten Bedarfs mit den tatsächlich vorhandenen Kräften
Überprüfung	Vorlage der entsprechenden Unterlagen

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



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, VRE). Überprüfung der baulich-funktionellen Gegebenheiten. Überprüfung des Wissenstandes der Beschäftigten.		
Gesetzliche Grundlagen	ÖGdG Rheinland-Pfalz MedHygVO RIP RKI-Empfehlung: Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Bundesgesundheitsblatt 2004 47: 51-61 Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene: Routinemäßige Flächendesinfektion zur Verhütung und Kontrolle antibiotikaresistenter Krankenhauserreger RKI-Empfehlungen: Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens Bundesgesundheitsblatt 2016 59:1189-1220 RKI-Empfehlungen: Bakterielle Erreger von Krankenhausinfektionen mit besonderen Resistenzen und Multi-resistenzen. Teil: Diagnostik und Typisierung Bundesgesundheitsblatt 2004 47:352-362 RKI-Empfehlungen: Aktuelle Daten und Trends zu Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) Bundesgesundheitsblatt 2012 55: 1377-1386 RKI-Empfehlungen: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i>-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen Bundesgesundheitsblatt 2014 57: 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 vor Ort durch Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter, Netzwerkkoordinatorin oder eine vertretende Person und Mitglieder des MRE-Teams aus den Gesundheitsämtern. 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		
Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer



	Umgangs mit MRE. Entsprechen die baulich-funktionellen Gegebenheiten den Anforderungen.
Überprüfung	Befragung der Mitarbeiter: Stationsleitungen, examinierte Pfleger/innen, Hilfskräfte und Reinigungskräfte. Schweregrad unterschiedlich nach den Anforderungen der Tätigkeit. Überprüfung, ob die Hygienepläne für jeden Mitarbeiter jeder Zeit einzusehen sind. Liegt das Informationsmaterial für Patienten und Angehörige ausgedruckt auf den Stationen vor. Beurteilung der baulich-funktionellen Gegebenheiten.

Punktevergabe:

QZ1: Wissensmanagement und Netzwerkarbeit	Punkte
Mitglied im MRE-Netzwerk	4
Teilnahme an Netzwerksitzungen 1 Punkt pro Sitzung	3
Interne Fortbildung 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 3, bei 40 – 80% werden 2 Punkte pro Fortbildungsveranstaltung vergeben)	1 Punkt pro Veranstaltung (max. 7 Punkte)
Externe Fortbildung der Multiplikatoren Teilnehmer: Arzt in leitender Position, hygienebeauftragter Arzt, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte. 3 Punkte pro Veranstaltung	s.o. (max. 6 Punkte)
Verfahrensweisungen zur Sicherstellung, dass alle in der Pflege Tätigen 1x/Jahr an einer Hygieneschulung teilnehmen	2
Verfahrensweisungen zum Umgang mit vorübergehend Beschäftigten wie Praktikanten, Famulanten usw. in Bezug auf Hygieneschulung	2
Gesamtpunktzahl	24

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ2: Surveillance epidemiologischer Daten-Interventionsmaßnahmen	
- Infektionssurveillance: Teilnahme an 3 KISS-Komponenten oder vergleichbare Erfassung (bei bestehender Intensivstation ITS-KISS verpflichtend)	
Surveillance:	
- ITS-KISS	3
- Stations-KISS	3
- Op-KISS	3
- Analyse und Rückmeldung an die betreffenden Bereiche	3
- Planung von Maßnahmen und Evaluation der Interventionen	3
Erreger-Surveillance: Erfassung und Bewertung folgender Infektionen:	
- MRSA	
MRSA-Inzidenz: MRSA-Fälle/100 Patienten	2
Nosokomiale MRSA-Inzidenz: Nosokomiale MRSA Fälle/100 Patienten	2
MRSA-Tage assoziierte nosokomiale MRSA-Rate: Nosokomiale MRSA-Fälle pro 1000 MRSA-Tage	2
- MRGN (aufgeschlüsselt in 3 und 4MRGN)	
MRGN-Inzidenz: MRGN-Fälle/100 Patienten	2
Nosokomiale MRGN-Inzidenz: Nosokomiale MRGN Fälle/100 Patienten	2
- CDAD	
CDAD-Inzidenz: CDAD-Fälle/100 Patienten	2
CDAD-Inzidenzdichte: CDAD-Fälle/1000 Patiententage	2
- VRE	
VRE-Inzidenz: VRE- Infektionen /100 Patienten	2
VRE-Inzidenzdichte: VRE- Infektionen /1000 Patiententage	2
Analyse und Präsentation der Surveillancedaten	2
- Planung von Maßnahmen und Evaluation der Interventionen	3
Gesamtpunktzahl	38

QZ3: Patientensicherheit durch Basishygiene und Reinigung/Desinfektion	
Audits zur Standardhygiene auf je einer Station jeder Fachabteilung: (siehe Anlage 1)	

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



- Organisation	3
- Personalhygiene	3
- Standardhygiene	3
- Umgebungshygiene	3
Händehygiene: Erfassung, Bewertung und Präsentation der Daten des Händedesinfektionsmittelverbrauchs.	
Aufgelistet nach:	
- Intensivstationen (interdisziplinär)	2
- Normalstationen	
Chirurgisch	2
Internistisch	2
Neonatologisch	2
Pädiatrisch	2
- Benchmarking durch Vergleich der Daten mit denen von Hand-KISS	2
- Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene	4
Durchführung der Compliancemessung auf einer Intensivstation und zwei peripheren Stationen (eine mit niedrigem Desinfektionsmittelverbrauch). Nachweis von je 20 Messungen/Station (siehe Anhang 2)	4
Zurückspiegeln der Ergebnisse der Compliancemessung auf den Stationen	3
Anforderungen an die Reinigung:	
Festlegung der Organisation, Wahl der Reinigungs- und Desinfektionsmittel und Reinigungs- und Desinfektionsverfahren im Einvernehmen mit der Hygienekommission und dem Krankenhaushygieniker	3
Schulung, Einweisung und Beaufsichtigung des Reinigungspersonals	2
Ersteinweisung des Reinigungspersonal unter Beteiligung der Hygienefachkräfte	2
Vollständiges schriftliches Schulungskonzept	2
Vollständiges schriftliches Qualitätskonzept	2
Anforderungen an das Reinigungspersonal in Risikobereichen mit einer erhöhten Gefährdung	2
Aufbereitung und Aufbewahrung von Putzmaterialien	2
Bei Fremdreinigung: Regelung der Kontrolle und Dokumentation	2
Überprüfung der vorgegebenen Flächenreinigungsleistung in m ² /h Daten entsprechen den RAL-Vorgaben	
In Patientenzimmern auf Normalstationen < 175m ² /h	2
In Patientenzimmern auf Intensivstation < 150m ² /h	2
Routinemäßige Reinigungsfrequenz der patientennahen Flächen auf Normalstation ≥ 6 Tage/Woche	2
Routinemäßige Reinigungsfrequenz der patientennahen Flächen auf Intensivstation=7 Tage/Woche	2
Jährliche mikrobiologische Prüfung der Waschmaschinen (Bioindikatorprüfung)	2
Gesamtpunktzahl	62

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ4: Hygienemaßnahmen MRSA:	
Folgende Punkte müssen im Hygieneplan festgelegt sein:	
Risikoanalyse mit Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MRSA	3
Screeninguntersuchungen:	3
Bei risikoadaptiertem Screening: Vorlage der standardisierten Fragebögen	+2
Bei Vollscreening: Screeningquote mindestens 95% (Anzahl der gescreenten Patienten und Anzahl der Neuaufnahmen/Monat)	+4
Isolierung	2
Kennzeichnung von MRSA-Patienten im EDV-System oder auf der Patientenakte zur Erkennung bei der Wiederaufnahme	2
Persönliche Schutzausrüstung	2
Ausstattung der Isolierzimmer	2
Behandlung von Essgeschirr, Wäsche, Abfall, Pflege- und Therapiematerialien	2
Laufende Flächendesinfektion	2
Schlussdesinfektion	2
Patientensanierung	2
Operative Eingriffe an kolonisierten bzw. infizierten Patienten	2
Verlegung und Transporte von kolonisierten bzw. infizierten Patienten innerhalb des Krankenhauses	2
Verlegung kolonisierter bzw. infizierter Patienten in andere Krankenhäuser, Einrichtungen bzw. Entlassung nach Hause	2
Umgang mit MRE- besiedeltem/infiziertem Personal	2
Hausinterne Regelung zum Umgang mit PVL-positivem <i>S. Aureus</i> (MRSA und MSSA): Schriftliche hausadaptierte Festlegung zur Diagnostik bei rezidivierenden Haut- und Weichteilinfektionen mit Verdacht auf PVL-positivem SA oder MRSA Festlegungen zu Hygienemaßnahmen bei PVL-positiven SA/MRSA	2
Gesamtpunktzahl	36

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ5: Hygienemaßnahmen bei MRGN	
Folgende Punkte müssen im Hygieneplan festgelegt sein:	
Festlegung der Risikopatienten für ein risikoadaptiertes Screening	4
Risikoanalyse mit Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MRGN	2
Screening: Risikoadaptiertes Screening erfolgt anhand standardisierter Fragebögen.	2
Bei positiver Risikoanamnese auf Vorliegen einer Besiedlung mit MRGN erfolgt präemptive Isolierung bis zum Erhalt des Screeningergebnisses (außer ausschließlich aufgrund des Kriteriums „stationärer Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate für länger als 3 Tage“)	4
Abstimmung mit dem versorgenden mikrobiologischen Labor zu 4MRGN (Labordefinition, Indikation zur Untersuchung auf Carbapenemasen)	2
Regelung mit dem Labor über eine zeitnahe MRGN-Diagnostik und der Verfahren um eine sichere zeitnahe Übermittlung eines 4MRGN zu gewährleisten. Benennung einer hygieneverantwortlichen Person an die neben der Station auch die Meldung eines 4 MRGN übermittelt wird.	2
Kennzeichnung von MRGN-Patienten im EDV-System oder auf der Patientenakte zur Erkennung bei der Wiederaufnahme	2
Persönliche Schutzausrüstung	2
Isolierung	2
Aufhebung der Isolierung	2
Laufende Flächendesinfektion, Schlussdesinfektion	2
Behandlung von Abfall, Essgeschirr, Wäsche, Pflege- und Therapiematerialien	2
Verlegung und Transporte kolonisierter bzw. infizierter Patienten innerhalb des Krankenhauses	2
Verlegung kolonisierter bzw. infizierter Patienten in andere Krankenhäuser, Einrichtungen bzw. Entlassung nach Hause	2
Hinweise für Funktionsabteilungen z.B. Op	2
Gesamtpunktzahl	34

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ6: Hygienemaßnahmen bei CDAD, VRE	
Erforderliche Hygienemaßnahmen bei einem Patienten mit CDAD	
Isolierung	2
Aufheben der Isolierung	2
Basishygiene unter besonderer Berücksichtigung der Händedehygiene	2
Persönliche Schutzausrüstung (PSA)	2
Abfälle, Wäsche, Geschirr, Pflege- und Therapiematerialien	2
Reinigung und Desinfektion des Patientenzimmers	2
Transport eines CDAD Patienten innerhalb der Einrichtung	2
Erforderliche Hygienemaßnahmen bei einem Patienten mit VRE	
Vorgehen bei VRE-Infektionen in Regionen mit geringer VRE-Prävalenz	2
Vorgehen bei VRE-Infektionen in Populationen mit VRE-Kolonisationen	2
Inhalt der Maßnahmenbündel und deren Bedeutung	2
Festlegung der Zielgrößen	2
Gesamtpunktzahl	22

QZ7: Patientensicherheit durch: Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung; Information der betroffenen Patienten und Angehörigen	
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).	2
Formulare:	
-Verlegung/Entlassung (Überleitungsbögen)	2
-Information Patienten/Besucher MRSA	2
-Information Patienten/Besucher MRGN	2
-Information Patienten/Besucher CDAD	2
-Information Patienten/Besucher VRE	2
Regelhafte Verwendung der Formulare von allen Abteilungen Überprüfung bei der Begehung ob sich in den Unterlagen von mit MRE besiedelten/infizierten Patienten die Kopien der Überleitungsbögen vorhanden sind	2
Vorlage der Unterlagen der Nachverfolgung der Überleitungsbögen 1x/Monat	2
Gesamtpunktzahl:	16

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ8: Ausbruchmanagement	
In der Klinik ist ein Surveillancesystem etabliert, welches zeitnah das gehäufte Auftreten von MRE-Fällen erkennen lässt.	4
Folgende Punkte müssen im Hygieneplan abgebildet werden:	
-Festlegung des Ausbruchsteamteams	2
-Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenz	2
-Vorbereitung der Öffentlichkeitsarbeit	2
-Information und Kooperation mit dem Gesundheitsamt	2
-Interventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung	2
-Ermittlung der Infektionsquelle	2
Bewertung aller erhobener Befunde einschließlich Interventionsmaßnahmen und abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung zukünftiger Präventionsstrategien	4
Gesamtpunktzahl	20

QZ9: Implementierung eines Antibiotikamanagements	
Struktur des ABS-Teams und verwendete Tools	
-ABS-Team formal ernannt	4
-Personalbesetzung : Kliniker (Infektiologe bzw. infektiologisch ausgebildeter klinisch tätiger Facharzt), Apotheker, Mikrobiologe (für die mikrobiologische Diagnostik und klinisch mikrobiologische Beratung zuständiger Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) und dem für Krankenhaushygiene lokal verantwortliche Arzt. (1Punkt/Mitglied)	4
-Einbindung in Arzneimittelkommission	2
-Einbindung in Hygienekommission	2
-Mindestens halbjährliche Sitzungen	1
-Formales zeitliches Deputat für Mitglieder des ABS-Teams	2
-Durchführung eines der folgenden ABS-Tools: - ABS-Visiten auf 2 Stationen mit besonderer infektiologischer Relevanz oder besonders hohem Antibiotikaverbrauch - Punktprävalenzuntersuchungen auf zwei infektiologisch relevanten Stationen als „Aktensvisiten“ mit Überprüfung, ob die aktuelle Antibiotika-therapie leitliniengerecht ist	4
-Erstellen einer Resistenzstatistik und Interpretation der Daten	3
-Beurteilung der Resistenzlage durch Vergleich mit Daten der Vorjahre oder externen Datenbank	3

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



-Festlegung von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B.Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Pneumonie, Sepsis, Haut-und Weichteilinfektionen) unter besondere Berücksichtigung der Auswirkungen auf Resistenzbildung und/oder CDAD	3
-Krankenhausspezifische Leitlinie „Perioperative Prophylaxe“	2
-Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für bestimmte Leitantibiotikagruppen (z.B. Glykopeptide, 3.Generationscephalosporine, Carbapeneme, Fluorchinolone, Piperacillin/Tazobactam)	2
-Vorstellung der Daten zur Resistenz und zum Antibiotikaverbrauch sowie der Therapieleitlinien vor der Hygienekommission und/oder Arzneimittelkommission	2
Durchführung einer jährlichen ärztlichen Fortbildung zum Thema:“Rationale Antibiotikatherapie in Krankenhäusern“ (Ein Präsentationsvorschlag wird vom Netzwerk zur Verfügung gestellt)	4
Gesamtpunktzahl	38

QZ10: Strukturqualität des Hygienemanagements	
-Hygienemanagement im Krankenhaus und der Hygienekommission:	
-Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement, der Hygienekommission, Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege	10
-Festlegung der Qualifikation, Aufgaben und Rahmenbedingungen des Krankenhaushygienikers, der hygienebeauftragten Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege	15
-Abgleich des ermittelten Bedarfs mit den tatsächlich vorhandenen Kräften	5
Gesamtpunktzahl:	30

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch. AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



QZ11: Krankenhausbegehung	
-Begehung des Krankenhauses mit einer Kommission mindestens bestehend aus dem/der Leiter/in des zuständigen Gesundheitsamtes, Mitarbeiter (Arzt/Ärztin oder Hygieneaufseher/in) der anderen beiden Gesundheitsämter und dem/r Netzwerkkoordinator/in zur Überprüfung des Hygienemanagements und der baulich funktionellen Gegebenheiten orientiert an den Vorgaben des internen Audit (siehe Anlage 1)	
-Überprüfen des Wissens der Beschäftigten (Ärzte, Pflegekräfte, Reinigungspersonal) in Bezug auf den hygienischen Umgang mit MRE besiedelten/infizierten Patienten anhand standardisierter Fragen-Antworten-Kataloge , deren Schwierigkeitsgrad sich nach der Ausbildung und Tätigkeit der Befragten richtet.	

Beurteilung:

Ungenügend
Mangelhaft:20
Gut:**30**
Vorbildlich:**60**

Gesamtpunktzahl: 380 Punkte

75% von 380: 285 Punkte

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Anlage 1:

Organisation		
0A Hygieneplan	Ja	Nein
Der Hygieneplan ist in aktueller Version ausgedruckt oder in digitaler Form auf dem PC vor Ort verfügbar.	☐	☐
Wissen die Mitarbeiter, wo der Hygieneplan hinterlegt ist?	☐	☐
Kennen die Mitarbeiter die wesentlichen Inhalte des Hygieneplans?	☐	☐
Sind die dort enthaltenen Vorgaben nach Auskunft der Mitarbeiter vollständig und fachgerecht?	☐	☐
Die Kenntnisnahme wurde von allen Mitarbeitern bestätigt.	☐	☐
0B Reinigungs-und Desinfektionspläne		
In den Funktionsräumen hängt ein laminiertes Reinigungs-und Desinfektionsplan gut sichtbar aus.	☐	☐
Die in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen genannten Mittel sind vor Ort verfügbar.	☐	☐

1 Personalhygiene		
1.A Persönliches Erscheinungsbild	Ja	Nein
Von den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern wird kein Hand- und/oder Unterarmschmuck getragen. Die Hände befinden sich in einem gepflegten Zustand. Die Mitarbeiter tragen keine künstlichen Fingernägel oder Gel-Nägel. Die Fingernägel sind angemessen kurz geschnitten	☐	☐
Langes Haar wird so getragen, dass ein Herabhängen in den Arbeitsbereich unterbleibt.	☐	☐
1.B Dienstkleidung		
Die vorgesehene Dienstkleidung wird vorschriftsmäßig getragen	☐	☐
Die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter tragen geeignetes Schuhwerk, welches den Vorschriften zur Unfallverhütung entspricht.	☐	☐
Privatkleidung wird getrennt von Dienstkleidung aufbewahrt.	☐	☐

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Wechselkleidung ist ausreichend vorhanden, so dass ein täglicher Wechsel der Dienstkleidung gewährleistet ist.	☐	☐
1.C Schutzausrüstung		
Geeignete Schutzausrüstung (wie Schutzhandschuhe, Schutzkittel) steht ortsnah in angemessener Stückzahl zur Verfügung.	☐	☐
Die Verwendung von Schutzhandschuhen erfolgt indikationsgerecht und personengebunden.	☐	☐
1.D Handpflegemittel		
Handpflegemittel in Form von Hautpflege- und Hautschutzcremes sind ortsnah und ausreichend verfügbar	☐	☐

2 Standardhygiene	Ja	Nein
Es steht ausreichend Händedesinfektionsmittel zur Verfügung (z.B. in Form von Desinfektionsmittelspendern oder sog. Kittelflaschen).	☐	☐
2.A Händehygiene		
Die Mitarbeiter führen die hygienische Händedesinfektion sachlich und fachlich korrekt durch.	☐	☐
Die Mitarbeiter wissen, wann eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt wird.	☐	☐
2.B Persönliche Schutzausrüstung		
Die Mitarbeiter setzen Schutzkleidung gezielt und patienten- und situationsgerecht ein.	☐	☐
Die Mitarbeiter setzen Einmalschutzhandschuhe gezielt und patienten- und situationsgerecht ein.	☐	☐
Die Mitarbeiter führen vor dem Anlegen von Schutzhandschuhen und nach dem Ausziehen jeweils die hygienische Händedesinfektion durch.	☐	☐
2.C Handhabung von Medizinprodukten		
Die sach- und fachgerechte Handhabung von Medizinprodukten durch die Mitarbeiter ist gewährleistet.	☐	☐
2.D Reinigung/Desinfektion der Patientenumgebung		
Flächendesinfektion wird als Wischdesinfektion und nicht als Sprühdesinfektion durchgeführt.	☐	☐
Es werden VAH-gelistete Desinfektionsmittel verwendet.	☐	☐
Die Mitarbeiter setzen die Desinfektionslösungen mit kaltem Wasser an, beachten die Dosierung und tragen ggf. eine persönliche Schutzausrüstung.	☐	☐
Bei sichtbarer Kontamination mit organischem Material wird zuerst Entfernung des Materials (mit desinfektions-	☐	☐

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



mittelgetränkten Zellstoff o.ä.) durchgeführt, danach erst die Flächendesinfektion.		
Bei jedem Patienten wird die Desinfektion nach aufwendigen invasiven Tätigkeiten durchgeführt.	☐	☐
2.E Handhabung kontaminierter Bettwäsche		
Die Mitarbeiter kennen die Inhalte der TRBA 250 zum Umgang mit benutzter Wäsche.	☐	☐
Die Mitarbeiter entsorgen die kontaminierte Schmutzwäsche sach- und fachgerecht.	☐	☐
Die Sammlung bzw. Sortierung von Schmutzwäsche erfolgt nach Vorgaben des Hygieneplanes.	☐	☐

3 Umgebungshygiene		
3.A Allgemeine Anforderungen an Bau & Einrichtung		
Fußböden, Fußleisten, Wände und Schutzleisten sind in Patientenzimmer und Funktionsräumen intakt, sauber und so beschaffen, dass sie nach den Vorgaben desinfizierend zu reinigen sind.	☐	☐
In Feucht-, Aufbereitungs- und Lagerräumen gibt es keine Schimmelbildung.	☐	☐
Arbeitsflächen werden auf das mögliche Maß freigehalten und werden zweckentsprechend genutzt.	☐	☐
Die Nutzung der Räume, Schränke und Regale erfolgt zweckentsprechend.	☐	☐
Reine und unreine Arbeiten finden in den jeweils dafür vorgesehenen Räumen bzw. Raumbereichen statt.	☐	☐
3.B Wasser und Sanitär		
Die Handwaschbecken sind sauber, intakt und komplett ausgestattet (Desinfektionsmittelspender, Seifenspender, Handtuchspender, Hautcremetuben).	☐	☐
Handwaschbecken in sensiblen Bereichen (z.B. Intensivstationen) sind mit einem Armhebel ausgestattet, haben keinen Überlauf und der Strahl ist nicht direkt auf das Siphon gerichtet.	☐	☐
Die Spender für Desinfektionsmittel und Seifenlotion sind ordnungsgemäß etikettiert.	☐	☐
Die Spender werden regelmäßig gereinigt.	☐	☐
3.C Hausreinigung		
Zur routinemäßigen Unterhaltsreinigung werden die dafür vorgesehenen Mittel und Utensilien (Eimer, Lappen etc.) gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes verwendet.	☐	☐
Die Lagerung der aufgearbeiteten Reinigungsmaterialien erfolgt sachgerecht (trocken).	☐	☐
3.D Aufbereitungseinrichtungen		

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Steckbeckenspülen sind funktionsfähig, intakt und sauber. Die Verwendung erfolgt zweckbestimmt und fachkundig.	☐	☐
Es werden die vorgesehenen Betriebsmittel verwendet.	☐	☐
Die Reinigungsleistung ist zufriedenstellend (kein manuelles Nacharbeiten notwendig).	☐	☐

3.E Mobiles Inventar /Pflegeutensilien/ Medizinprodukte		
Die Gegenstände sind funktionsfähig, intakt und sauber.	☐	☐
Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes geregelt. Es werden die vorgesehenen Aufbereitungsverfahren verwendet.	☐	☐
Die patientenbezogene Verwendung der dafür vorgesehenen Pflegeutensilien ist gewährleistet bzw. findet statt.	☐	☐
3.F Sterilgutlagerung		
Die Lagerung von Sterilgut erfolgt staubgeschützt, trocken und an dafür geeigneten Orten.	☐	☐
Die Sterilgut-Verpackungen sind intakt, die MHD-Vorgaben nicht überschritten.	☐	☐
Die Kontrolle des Sterilgutes hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungsgemäß dokumentiert.	☐	☐
3.G Abfälle		
Abfälle werden unter Nutzung der dafür vorgesehenen Behältnisse ordnungsgemäß getrennt.	☐	☐
Die zur Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen vorgesehenen Behältnisse werden gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes verwendet.	☐	☐
Die Zwischenlagerung von Abfällen findet in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten bzw. Raumbereichen in korrekter Weise statt.	☐	☐
3H Frischwäsche		
Frischwäsche wird kontaminationsgeschützt in den dafür vorgesehenen Räumen, Schränken bzw. Vorrichtungen gelagert.	☐	☐
Die Lagerhaltung ist "schlank" und angemessen.	☐	☐

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--



Anhang 2: Checkliste Compliancemesung Händehygiene

Krankenhaus:	Station:/Funktionsbereich:	Datum:
Berufsgruppe	Indikation	Zuordnung zu asept. Tätigkeit
☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflege ☐ Andere	☐ Vor Patientenkontakt	☐ Beatmung
	☐ Vor aseptischen Tätigkeiten	☐ i.v.Medik. zubereiten
	☐ Nach Kontakt mit infek. Material	☐ Manip.i.v./i.a. Zugänge
	☐ Nach Patientenkontakt	☐ Verbandwech./Man.Drain.
	☐ Nach Kontakt mit der Patientenumgebung	☐ Punkt./ Zugänge legen
		☐ Kontakt Schleimhäute
		☐ Keine Angabe

Beurteilung:

Erstellt: 01.01.2019 Aktualisiert: 02.04.2025	Gültig bis: 31.12.2023 Verlängert bis: 30.12.2029	Erstellt durch: AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. Schmidbauer
---	--	-------------------------------------	--