



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

Allgemeine Grundsätze

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.

Das Siegel beinhaltet fünf Qualitätsziele. Davon werden QZ1 – QZ4 anhand der eingereichten Unterlagen beurteilt. Um zur Begehung (=QZ5) zugelassen zu werden, müssen

- bei jedem Qualitätsziel mindestens 50% der maximal möglichen Punktzahl und
- insgesamt mindestens 75% der maximal möglichen Punktzahl (93 von 124 Punkten) erreicht werden.

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.

Bei Erreichen von mindestens 75% der maximal möglichen Gesamtpunktzahl (138 von 184 Punkten) erhalten die Einrichtungen das Qualitätssiegel Hygiene des MRE-Netzwerkes.

Während des Prozesses in 2026 werden zwei Arbeitsgruppensitzungen mit den Vertretern der Krankenhäuser stattfinden. In der ersten AG-Sitzung werden die Zertifizierungsvoraussetzungen vorgestellt und zur Diskussion gestellt. In der zweiten

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



AG-Sitzung werden die im Laufe des Prozesses aufgetretenen Unklarheiten und Probleme gemeinsam erörtert.

Der Stichtag zur Abgabe der Unterlagen ist der 31.12.2026. Die Begehungen werden im April/Mai 2027 stattfinden. Die Zertifikatsübergabe wird Juni 2027 erfolgen. Das Qualitätssiegel hat eine Gültigkeit von 4 Jahren.

Um die 3. Rezertifizierung 2031 zu bestehen, werden ab 2027 Jahressiegel vergeben. Dafür wird jährlich ein Ziel formuliert und dessen Umsetzung überprüft.

Jahressiegel 2027-2031 werden noch abgestimmt.

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
--	--------------------------	------------------------------------	--



Qualitätsziel 1	Wissensmanagement und Netzwerkarbeit
Inhalt	Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen der Hygiene, des Infektionsschutzes und der rationalen Antibiotikatherapie durch interne und externe Fortbildungen sowie Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen des MRE-Netzwerkes.
Fachliche und rechtliche Grundlagen	IfSG § 23 MedHygVO RLP §§ 3 (3) 5., 9, 10, 13 DART 2030
Zielsetzung	Schaffung eines umfassenden Wissens im Bereich der jeweiligen Tätigkeiten zur Krankenhaushygiene, Infektionsprävention und Antibiotikamanagement. Verbesserung der Schnittstellenproblematik.
Durchführung	Einrichtungsinterne Schulungen Externe Fortbildungen: - Kongresse - (durch Ärztekammern) zertifizierte Fortbildungen AG-Sitzungen und Mitgliederversammlung des MRE-Netzwerkes Inhalte: Allgemeine Hygienemaßnahmen im Krankenhaus, Umgang mit MRE, Infektionsprävention, Erregerdiagnostik, rationaler Einsatz von Antibiotika Teilnehmer: Leitende Ärzte, hygienebeauftragte Ärzte, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte (=Multiplikatoren) sowie Pflege(fach-)kräfte, sonstiges ärztliches Personal, Reinigungsdienst, Hauswirtschaft.
Überprüfung	Überprüfung der Fortbildungsnachweise durch Protokolle, Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen.

Punktevergabe QZ1:

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



	Maximale Punktzahl
Teilnahme an Arbeitsgruppensitzungen des MRE-Netzwerkes und an der Mitgliederversammlung jeweils 2 Punkte	6
Interne Fortbildungen - Multiplikatoren: 1 Punkt pro Fortbildungsveranstaltung - bei festangestellten Mitarbeitern in der Pflege: 4 Punkte bei Teilnahme von mind. 80% der Mitarbeiter bzw. 3 Punkte bei 40-80% - sonstiges ärztliches Personal, Reinigungs- und Hauswirtschaftskräfte je 1 Punkt pro Berufsgruppe	2 4 2
Externe Fortbildungen der Multiplikatoren 3 Punkte pro Veranstaltung	6
Verfahrensanweisung, dass alle in der Pflege tätigen 1x/Jahr an einer Hygieneschulung teilnehmen und Überprüfung der Umsetzung	2
Verfahrensanweisungen zum Umgang mit vorübergehend Beschäftigten wie Praktikanten, Famulanten usw. in Bezug auf Hygieneschulung	2
Gesamt	24

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Qualitätsziel 2	Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung
Inhalt	1. Information des/der betroffenen Patienten/in 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 geeigneten MRE-Überleitungsbögen zur Weitergabe der Informationen zum Infektionsstatus bei Verlegung bzw. Entlassung für den Krankentransport, die aufnehmende Einrichtung, die weiterbetreuende Institution (z.B. ambulanter Pflegedienst) und den weiterbehandelnden Hausarzt.
Fachliche und rechtliche Grundlagen	MedHygVO RLP § 13 Rahmenhygieneplan Notfallrettung und Krankentransport der Landesarbeitsgruppe Hygiene im Rettungsdienst Rheinland-Pfalz Version 4.1 vom 01.01.2024
Zielsetzung	Infektionsschutz der Mitarbeitenden des Rettungsdienstes und der aufnehmenden Einrichtung. Vermeidung nosokomialer Infektionstransmission. Sicherung der erforderlichen Maßnahmen zur Betreuung und Weiterbehandlung von kolonisierten oder infizierten Patienten. Wissensvermittlung über MRE bei Betroffenen und deren Angehörigen.
Durchführung	1. Regelmäßige Durchführung der Beratungsgespräche und deren Dokumentation mit Unterschrift des Patienten in der Patientenakte. 2. Regelmäßige Verwendung des Informationsmaterials und der MRE-Überleitbögen von allen Abteilungen: Information der Mitarbeitenden über deren Einführung bzw. das Vorhandensein. Deren Verwendung wird z.B. im Rahmen einer Dienstanweisung geregelt (durch Unterschrift der Mitarbeitenden wird die entsprechende Unterrichtung dokumentiert). Die Unterlagen werden im Intranet oder in Papierform zur Verfügung gestellt. 3. Die Einrichtungen verfolgen bei mindestens der Hälfte der entlassenen MRE-Patienten, ob die Empfänger den

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



	Überleitbogen erhalten haben (namentliche Dokumentation durch den Absender, Überprüfung durch die Hygienefachkraft). 4. Teilnahme an der Mitgliederversammlung 2024 mit inhaltlichem Schwerpunkt „Überleitung von Patienten“
Überprüfung	Überprüfung des Einsatzes von Informationsmaterial auf einer Station. Überprüfung der Dokumentation von Beratungsgesprächen in einer Patientenakte. Nachweis über die stichprobenartige Prüfung der erfolgreichen Überleitung. Teilnahme an der Veranstaltung des MRE-Netzwerkes zum Thema „Überleitung von Patienten“ und Weitergabe der Inhalte zum Thema in der Einrichtung (Hygienekommission, Intranet o.ä.).

Punktevergabe QZ2:

Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung		Maximale Punktzahl	
Verfahrensanweisung zum Entlassmanagement vorhanden		5	
Geeigneter MRE-Überleitungsbogen vorhanden		2	
Informationsmaterial für Patienten/innen und Angehörige vorhanden zu			
MRSA		1	
MRGN		1	
Clostridioides		1	
VRE		1	
Verfahrensanweisung bzw. Festlegung im Hygieneplan zur regelhaften Verwendung der Informationsmaterialien und Überleitbögen		2	
Stichprobenartige Prüfung einer Patientenakte: Beratungsgespräch dokumentiert 1 Punkt, Überleitbogen verwendet 1 Punkt		2	
Teilnahme an der Veranstaltung des MRE-Netzwerkes zum Thema „Überleitung von Patienten“ 4 Punkte und Weitergabe der Inhalte einrichtungsintern 5 Punkte		9	
Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer



Schriftliche Bestätigung durch die Hygienefachkraft über die Durchführung der Überprüfung der erfolgreichen Überleitung	2
Gesamt	26

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Qualitätsziel 3	Implementierung eines Antibiotikamanagements		
Inhalt	1. ABS-Strukturen und Personalausstattung: Ernennung eines multidisziplinären ABS-Teams mit zeitlichem Deputat und entsprechender Fachkompetenz, regelmäßige Tätigkeit vor Ort, Kooperation mit Arzneimittel-/Hygienekommission, Qualitätsmanagement und verantwortlichem ärztlichem Personal in den Fachabteilungen. 2. Surveillance: Erfassung wichtiger Infektionserreger und Resistenzen sowie Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs mindestens 1x jährlich für das gesamte Krankenhaus, für Normal- und Intensivstationen und ggf. fachabteilungsbezogen. Interpretation der Daten und Vergleich mit Daten voriger Beobachtungszeiträume und nationaler Surveillance-Systeme (Benchmarking). 3. Erstellen von einrichtungsspezifischen Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B. Harnwegsinfektion, Pneumonie, Wundinfektion, Haut- und Weichteilinfektion, Sepsis) und für perioperative/periinterventionelle Antibiotikaphylaxe sowie einer hauseigenen Antiinfektiva-Leiste in Anlehnung an die lokalen Leitlinien. 4. Implementierung von ABS-Tools: Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Visiten durch das ABS-Team auf Stationen mit besonderer infektiologischer Relevanz oder besonders hohem Antibiotikaverbrauch. Durchführung von Punktprävalenzanalysen durch das ABS-Team auf infektiologisch relevanten Stationen zur Qualitätsprüfung der Antibiotika-Anwendung. Bestrebungen zur Reduktion bestimmter Substanzklassen, um die Häufigkeit von CDAD und MRE zu senken. 5. Entwicklung von Strategien zur Therapieoptimierung: Therapiereevaluation (Deeskalation), Therapiedauer, Oralisierung, Dosisoptimierung und TDM sowie zur adäquaten mikrobiologischer Diagnostik (Diagnostic Stewardship). 6. Evaluation des ABS-Programms/Qualitätssicherung. 7. Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Rationaler Antibiotikaeinsatz mindestens einmal jährlich.		
Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer



Fachliche und rechtliche Grundlagen	MedHygVO RLP §§ 3 (3) 5. und 6., 13 (2) und (3) IfSG § 23 (4) Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach § 23 (4) S. 2 IfSG, Bundesgesundheitsblatt 2013 56:996-1002 Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance, Bundesgesundheitsblatt 2013 56:903-912 Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, Bundesgesundheitsblatt 2013 56:580-583 S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus Version 2.1 vom 31.01.2019 (derzeit in Überarbeitung) Positionspapier ART-Kommission Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivaverordnung in Krankenhäusern 2020 S3-Leitlinie Perioperative und periinterventionelle Antibiotikaphylaxe Version 5.0 vom 20.12.2024 DART 2030
Zielsetzung	Optimierung des Antibiotikaeinsatzes im Krankenhaus zur Vermeidung von Resistenzbildungen, Senkung nosokomialer Infektionen (durch resistente Erreger) und Verbesserung des Patientenoutcomes.
Durchführung	1. Schaffung von ABS-Strukturen und Sicherung der personellen und fachlichen Ausstattung. 2. Führen und Bewerten einer Statistik a) (multi-)resistenter Erreger und b) des Antibiotikaverbrauchs nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben. Kommunikation der Ergebnisse im Rahmen der Hygiene- und Arzneimittelkommission. a) Darstellung nach Erregern (Erstisolate) und Untersuchungsmaterial, Angabe der Resistenzrate und der Häufigkeit bezogen auf Fallzahlen/Patiententage. b) Erfassung auf Substanzebene und ggf. Aggregation zu Antibiotikaklassen, Darstellung der Anwendungsdichte als definierte Tagesdosen pro 100 Patiententage.

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



	3. Erstellen und Aktualisieren von einrichtungsspezifischen Antibiotikaleitlinien und einer hauseigenen Antiinfektivaliste. 4. Implementierung von ABS-Tools a) Durchführung von interdisziplinären Antibiotikavisiten b) Durchführung von Punktprävalenzerhebungen in Form von Aktenvisiten zur Überprüfung der Qualität des Antibiotikaeinsatzes. Implementierung von ABS-Maßnahmen zur Reduktion des Einsatzes bestimmter Substanzklassen, um die Häufigkeit besonders von CDAD aber auch von MRGN, MRSA und VRE zu senken. 5. Empfehlungen zur Therapiereevaluation, Therapiedauer, Oralisierung, Dosisoptimierung und TDM sowie Diagnostic Stewardship sind in den hausinternen Leitlinien enthalten und werden auch in ABS-Visiten und Fortbildungen adressiert. Diagnostic Stewardship: Aufbau von Kommunikationsstrukturen und Optimierung der Handlungsabläufe zwischen den für die mikrobiologische Labordiagnostik verantwortlichen und den behandelnden Ärzten. 6. Evaluation von ABS-Maßnahmen, Festlegung und Erfassung geeigneter Indikatoren, Anpassung der Maßnahmen und Weiterentwicklung der Ziele. 7. Jährliche Fortbildung zum Thema Rationaler Antibiotikaeinsatz in Krankenhäusern.
Überprüfung	Vorlage der Geschäftsordnung des ABS-Teams (insbesondere Zusammensetzung des ABS-Teams inklusive Qualifikation und zeitlicher Umfang). Einsichtnahme in Surveillance-Unterlagen zu (multi-)resistenten Erregern und zum Antibiotikaverbrauch. Einsichtnahme in die Sitzungsprotokolle des ABS-Teams sowie der Hygiene- und Arzneimittelkommission. Einsichtnahme in die einrichtungsspezifischen Antibiotikaleitlinien und in die Antiinfektivaliste. Vorlage von Protokollen der durchgeführten ABS-Visiten und Punktprävalenzanalysen. Einsichtnahme in die Vorgaben zur Präanalytik. Vorlage der Teilnehmerlisten der ärztlichen Fortbildung.

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Punktevergabe QZ3:

	Maximale Punktzahl
ABS-Strukturen und Personalausstattung	
Ein ABS-Team bestehend aus mind. 2 Mitgliedern ist formal ernannt und von der Krankenhausleitung beauftragt. Eine Geschäftsordnung ist erstellt und benennt neben der Personalausstattung die Strukturen, Aufgaben und Ziele sowie Kooperationen.	4
Personalbesetzung ABS-Team: Kliniker (Weiterbildung Infektiologie, bzw. ABS-fortgebildeter klinisch tätiger Facharzt), Apotheker (Weiterbildung Infektiologie bzw. ABS-fortgebildet), Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft.	4
Einbindung in die Arzneimittelkommission.	1
Einbindung in die Hygienekommission.	1
Mindestens 2 ABS-Teamsitzungen pro Jahr.	2
Formales zeitliches Deputat für Mitglieder des ABS-Teams: Mindestens 1 VZÄ/500 Akutbetten.	2
ABS-Beauftragte Ärzte in Fachabteilungen.	1
Surveillance	
Beurteilung der Resistenzlage durch Vergleich mit Daten der Vorjahre und Daten externer Datenbanken/nationaler Surveillance-Systeme, mindestens 1x/Jahr, insgesamt und gesondert für Intensivstation, Normalstationen bzw. Fachabteilungen: Häufigkeit der Erregernachweise (Erstisolate) je Untersuchungsmaterial bezogen auf Fallzahlen/Patiententage, Resistenzraten, Angabe der Anzahl getesteter Isolate, separate Erfassung der Screening-Untersuchungen. Mindestens S. aureus, E. coli, sonstige Enterobacterales, P. aeruginosa, Candida spp., C. difficile.	6
Beurteilung von Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes durch Vergleich mit Daten der Vorjahre und Daten externer Datenbanken/nationaler Surveillance-Systeme, mindestens 1x/Jahr, insgesamt und gesondert für Intensivstation, Normalstationen bzw. Fachabteilungen:	4

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Berechnung der Anwendungsdichte auf Substanzebene als definierte Tagesdosen pro 100 Patiententage.	
Vorstellung der Analyse der Resistenzlage und des Antibiotikaverbrauchs (sowie der Antibiotikaleitlinien) in der Hygiene- und Arzneimittelkommission.	2
Einrichtungsspezifische Antibiotikaleitlinien/Antiinfektionaliste	
Erstellen von einrichtungsspezifischen Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z.B. Harnwegsinfektion, Pneumonie, Wundinfektion, Haut- und Weichteilinfektionen, Sepsis) und für die perioperative/periinterventionelle Antibiotikaphylaxe unter Berücksichtigung (inter-)nationaler Leitlinien und der lokalen Erreger- und Resistenzlage. Kommunikation gegenüber Anwendern. Regelmäßige Aktualisierung, mindestens alle 2 Jahre.	4
Erstellen einer hausinternen Antiinfektionaliste, ggf. Freigaberegulungen. Regelmäßige Aktualisierung, mindestens alle 2 Jahre.	1
ABS-Tools	
Regelmäßige ABS-Visiten auf Stationen mit besonderer infektiologischer Relevanz oder besonders hohem Antibiotikaverbrauch. Bei komplexen infektiologischen Fällen wird ein infektiologisches Konsil durchgeführt.	3
Punktprävalenzuntersuchungen auf infektiologisch relevanten Stationen in Form von Aktenvisiten zur Überprüfung der Qualität des Antibiotikaeinsatzes.	1
ABS-Maßnahmen zur Reduktion bestimmter Substanzklassen, um die Häufigkeit besonders von CDAD aber auch von MRGN, MRSA und VRE zu senken.	1
Evaluation/Qualitätssicherung	
Die Effekte von ABS-Maßnahmen werden (anhand festgelegter Qualitätsindikatoren) gemessen, evaluiert und daraus resultierend Maßnahmen angepasst und die ABS-Ziele weiterentwickelt.	3
Maßnahmen der Therapieoptimierung	
Empfehlungen zur Therapiereevaluation, Therapiedauer, Oralisierung, Dosisoptimierung und TDM und	2

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



mikrobiologischen Diagnostik sind in den hausinternen Leitlinien enthalten und werden geschult.	
Diagnostic Stewardship: - Das Labor stellt Vorgaben zur Präanalytik zur Verfügung, die praktische Umsetzung wird regelmäßig geschult. - Befundmitteilung: Auffällige Resistenzentwicklungen werden dem ABS-Team und der Krankenhaushygiene gemeldet. Besonders relevante mikrobiologische Befunde werden umgehend dem behandelnden Arzt kommuniziert.	4
Fortbildung	
Durchführung regelmäßiger ärztlicher Fortbildungen zum Thema Rationale Antibiotikatherapie in Krankenhäusern mindestens 1x jährlich, Bezug zum hausinternen ABS-Programm wird hergestellt.	4
Gesamtpunktzahl	50

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Qualitätsziel 4	Ausbruchsmanagement
Inhalt	Maßnahmen in der proaktiven und reaktiven Phase (10-Schritte-Vorgehen). 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 Interventionsmaßnahmen und abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung zukünftiger Präventionsstrategien.
Fachliche und rechtliche 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
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 Verfahrensanweisung.

Punktevergabe QZ4:

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



	Maximale Punktzahl
Inhalte der Verfahrensanweisung/Hygieneplan:	
Proaktive Phase	
- Festlegung von Auslöseereignissen	3
- Festlegung Abläufen/ Kommunikationskette (wer informiert wen?); Festlegung von Zuständigkeiten: Benennung der Mitglieder des Ausbruchsmanagementteams, Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenz; Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt oder anderen beteiligten Stelle	6
- Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten (Kontaktdaten von Laboren, Referenzzentren etc.), Ablauf des Probenversands	3
- Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit	2
Reaktive Phase	
10 Schritte Vorgehen gemäß KRINKO-Empfehlung (pro formuliertem Schritt 1 Punkt)	10
Gesamt	24

Auswertung ohne Begehung QZ 1-4: _____ von 124 Punkten, entsprechend _____% (mind. 93 Punkte).

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--



Punktevergabe QZ5:

QZ5 Krankenhausbegehung	Maximale Punktzahl												
Begehung des Krankenhauses mit einer Kommission bestehend aus zwei Ärzten der Gesundheitsämter (jeweils kreiseigen und kreisfremd), der Netzwerkkoordinatorin oder einer vertretenden Person und Mitglieder des MRE-Teams aus den Gesundheitsämtern: - Überprüfung der baulich-funktionellen und organisatorischen Gegebenheiten orientiert an den Vorgaben des internen Audits. - Überprüfen des Wissens der Beschäftigten (Ärzte, Stationsleitungen, examinierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger, Pflegehelfer/innen, med. technisches Personal und Reinigungsdienst) in Bezug auf den hygienischen Umgang mit MRE-besiedelten/infizierten Patienten anhand eines standardisierten Frage/Antwort-Katalogs, der Schwierigkeitsgrad richtet sich nach Ausbildung und Tätigkeit der Befragten. Beurteilung: <table> <tr> <td>Ungenügend:</td> <td>10 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Mangelhaft:</td> <td>20 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Ausreichend:</td> <td>30 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Befriedigend:</td> <td>40 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Gut:</td> <td>50 Punkte</td> </tr> <tr> <td>Sehr gut:</td> <td>60 Punkte</td> </tr> </table>	Ungenügend:	10 Punkte	Mangelhaft:	20 Punkte	Ausreichend:	30 Punkte	Befriedigend:	40 Punkte	Gut:	50 Punkte	Sehr gut:	60 Punkte	
Ungenügend:	10 Punkte												
Mangelhaft:	20 Punkte												
Ausreichend:	30 Punkte												
Befriedigend:	40 Punkte												
Gut:	50 Punkte												
Sehr gut:	60 Punkte												
Gesamt	60												

Gesamtauswertung: _____ von 184 Punkten, entsprechend _____%.

Überprüft und aktualisiert am 29.04.2026	Gültig bis 31.12.2029	Erstellt durch AG Krankenhäuser	Prozessverantwortlich: J. Mermet Dr. med. S. Schmidbauer
---	--------------------------	------------------------------------	--