

Erläuterungen zu den Qualitätszielen des mre-netz regio rhein-ahr zur Erlangung des 3. Qualitätssiegels für Krankenhäuser

Entwicklung des Qualitätssiegels für Krankenhäuser seit 2013

Am 1. Qualitätssiegel für Akutkrankenhäuser (2013-2015) beteiligten sich 74 Krankenhäuser des mre-netz regio rhein-ahr; am 2. Qualitätssiegel für Krankenhäuser (2016-2019) 80 Einrichtungen. Ab dem 01.01.2020 wird das 3. Qualitätssiegel für Krankenhäuser (2020-2023) mit aktuellen Modifikationen einiger Qualitätsziele aufgelegt. Die Vorgaben zur Erlangung des Qualitätssiegels sind für alle Einrichtungen gleich und werden im Folgenden erläutert.

Konzept 3. Qualitätssiegel für Krankenhäuser 2020-2023

Gültigkeitszeitraum des 3. Qualitätssiegels ist wie bisher 4 Jahre, 01.01.2020-31.12.2023, neu ist lediglich die Einführung der Verstetigung durch Teilnahme an Jahressiegeln (s.u.).

Im Qualifizierungsjahr (2019) finden folgende Veranstaltungen statt:

- Einführungsveranstaltung zentral am Standort des MRE-Netzwerkes am 09.01.2019 um 17:00 Uhr im Hörsaal BMZ, Gebäude Nr. 13, Unikliniken Bonn, bei der das neue Krankenhaussiegel erläutert wird.
- Schwerpunktveranstaltungen zu aktuellen wissenschaftlichen Themen (eine zentrale Veranstaltung Mitte des Jahres und an verschiedenen Terminen auf Kreisebene (nähere Erläuterung zu den Schwerpunktveranstaltungen siehe Qualitätsziel 1)).

Gemeinsame Aufgabe der Krankenhäuser, der Gesundheitsämter und des MRE-Netzwerkes im Qualifizierungsjahr wird sein, die teilnehmenden Krankenhäuser auf den gleichen aktuellen Stand der Qualitätsziele (QZ) zu bringen. Die Einrichtungen füllen die Selbstauskunft aus, werden bei den Begehungen stichprobenartig überprüft und erhalten im Rahmen einer Abschlussveranstaltung die Zertifikate. Um mit der Verstetigung des Siegels zu beginnen, wird im Qualifizierungsjahr, zusammen mit dem Zertifikat, das erste jährliche Jahressiegel (s.u.) verliehen.

Im folgenden Jahr sollen die Krankenhäuser zum Erhalt des nächsten Jahressiegels an den fachlichen Schwerpunktveranstaltungen des MRE-Netzwerkes teilnehmen. Die Koordinationsstelle des Netzwerkes registriert jedes Jahr die Teilnahme an den Schwerpunktveranstaltungen und hält die Umsetzung des Themas im folgenden Jahr im Krankenhaus nach. Des Weiteren wird innerhalb der Routinebegehung der Gesundheitsämter anhand einer Stichprobe von mindestens 2 QZ aus den QZ 3-9 des Zertifikats geprüft, ob die Krankenhäuser die Mindestanforderungen von mindestens 5 QP (Qualitätspunkten) je QZ weiterhin erfüllen. Ist dies der Fall, wird das zweite Jahressiegel verliehen, das ebenfalls auf das Zertifikat angebracht werden kann.

Wenn die Einrichtungen in den Jahren 2020 bis 2023 alle Jahressiegel erhalten haben, wird im Jahr 2023 im Rahmen einer offiziellen Veranstaltung das Zertifikat 2024 verliehen, das für die nächsten vier Jahre Gültigkeit besitzt. 2023 kann erneut evaluiert werden, ob das

Konzept der Verstetigung schlüssig ist, ob es erweitert/verkürzt/verändert werden soll. Für neu teilnehmende Einrichtungen oder falls ein Haus mindestens ein Jahressiegel nicht erhalten hat, folgt im Jahr 2023 eine Begehung zu allen 10 QZ, um das neue Zertifikat ab 2024 zu erhalten. Für alle anderen Einrichtungen soll im Sinne einer Siegelverstetigung (trotz „Qualifizierungsjahr“ 2023) die nur stichprobenartige Prüfung von 2 QZ in Verbindung mit der Teilnahme an dem jeweiligen Schwerpunktthema (ohne Prüfung der anderen 8 QZ) beibehalten werden.

Konzept 3. Qualitätssiegel für Krankenhäuser 2020-2023

2019	Qualifizierung für das Zertifikat 2020 - 2023 Nachweis 10 QZ mit Modifikationen Teilnahme Fachlicher Schwerpunkt: CDI Verleihung des Zertifikats 2020 -2023 mit Vergabe erstes Jahressiegel 2020
2020	Begehung 2 QZ (aus 10 QZ) mit Vertiefung Teilnahme Fachlicher Schwerpunkt: voraussichtlich PVL-SA und PVL-MRSA Vergabe zweites Jahressiegel 2021
2021	Begehung 2 QZ (aus 10 QZ) mit Vertiefung Teilnahme Fachlicher Schwerpunkt: _____ Vergabe drittes Jahressiegel 2022
2022	Begehung 2 QZ (aus 10 QZ) mit Vertiefung Teilnahme Fachlicher Schwerpunkt: _____ Vergabe viertes Jahressiegel 2023
2023	Begehung 2 QZ (aus 10 QZ) mit Vertiefung (10 QZ nur für neu teilnehmende Einrichtungen oder bei Nichterteilung eines Jahressiegels) Teilnahme Fachlicher Schwerpunkt: _____ Verleihung des Zertifikats 2024 – 2027 mit Vergabe erstes Jahressiegel 2024
2024	Verstetigung (neuer Zyklus mit Evaluation) siehe 2020

Qualitätsziele

QZ	Beschreibung	Anzahl QP
1	Wissensmanagement und Netzwerkarbeit	10
2	Surveillance epidemiologischer Daten	10
3	Patientensicherheit durch Basishygiene	10
4	Hygieneempfehlung MRSA	10
5	Hygieneempfehlung MRGN	10
6	Hygieneempfehlung Sonstige Erreger	10
7	Ausbruchsmanagement	10
8	Patientensicherheit durch Information	10
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	10
10	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	10
	Gesamtpunktzahl	100

Qualitätspunkte, Gesamtpunktzahl und Mindestpunktzahl

Insgesamt können gemäß der Tabelle bis zu 100 QP (Qualitätspunkte) und pro Qualitätsziel 10 QP vergeben werden.

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 60% der Gesamtpunkte (d.h. 60 QP) erreicht werden, und die Mindestpunktzahl für jedes QZ beträgt 5 QP bzw. die Hälfte der erreichbaren Punktzahl.

Wer führt das Audit durch?

Im Qualifizierungsjahr 2019 füllt jede Einrichtung das Formular Selbstauskunft für die Qualitätsziele im Sinne einer Eigenkontrolle aus und sendet es zusammen mit den zugehörigen Dokumenten (laut Formular Selbstauskunft) an die Koordinationsstelle des MRE-Netzwerkes. Stichtag für alle Unterlagen ist der 24. Juni 2019.

Das Audit der nur vor Ort zu prüfenden Unterlagen und Stichproben der QZ 2-9 erfolgt durch Mitarbeiter des ÖGD im Rahmen der jährlichen amtsärztlichen Überwachungsbegehung nach §23 Abs. 6 IfSG. Der Auditor/die Auditorin kann durch weitere in der Durchführung des Audits eingewiesene Mitarbeiter begleitet werden.

KISS-Module und vergleichbare Erfassungssysteme

Die Teilnahme an KISS-Modulen hinsichtlich QZ 2 und 3 kann durch das jeweilige Zertifikat der Teilnahme belegt werden. Daten müssen dann nicht vorgelegt werden. Bei hausinternen Erfassungssystemen ist der Nachweis des Vorhandenseins eines solchen analogen Instrumentes individuell zu erbringen. Die Einschätzung des Auditors/der Auditorin wird anerkannt. Die Erfassungssysteme müssen zum Zeitpunkt der Auditierung implementiert sein.

Informationen zum Ausfüllen des Formulars „Selbstauskunft“

Alle zehn Qualitätsziele bzw. Unterpunkte der Qualitätsziele werden in Form einer Selbstauskunft ausgefüllt und sollten vor Ort schriftlich belegt sein (z.B. durch Verfahrensanweisungen, Reinigungspläne, Schulungsunterlagen, Teilnehmerlisten etc.). Das Formular soll vollständig ausgefüllt werden; für Erläuterungen können Anmerkungen zu einzelnen Punkten im Freitextfeld vermerkt werden. Das Formular Selbstauskunft als Excelformular kann ab Februar bei der Koordinationsstelle oder auf der Homepage abgerufen werden.

Verfahrensanweisungen sollten nicht älter als 2 Jahre sein und in aktuell gültiger Fassung vor Ort für alle betroffenen Mitarbeiter zugänglich vorliegen.

Die grau hinterlegten Unterpunkte der Qualitätsziele werden nach Ermessen des Gesundheitsamts bei amtsärztlicher Begehung eingesehen bzw. mittels Stichproben überprüft. Die Punktevergabe kann entsprechend den Ergebnissen vom Gesundheitsamt angepasst werden.

Erläuterungen zu QZ_1

Wissensmanagement und Netzwerkarbeit

Zielsetzung

Das Qualitätsziel 1 beinhaltet Aufbau, Verstetigung, Aktualisierung und Vertiefung der Wissensstrukturen zum Hygienemanagement mit Fokus auf aktuelle Themen im Umgang mit MRE (multiresistenten Erregern).

Prüfkriterien

1. Aufbau von Wissensstrukturen = Externe Fortbildungen
Eintrag in das Formular Selbstauskunft, Nachweis durch Teilnahmebescheinigungen
Es sollte in jedem Kalenderjahr mindestens eine Veranstaltung besucht werden. E-learning Kurse werden anerkannt, aber sollten nicht mehr als die Hälfte der für das Siegel gefragten Fortbildungen ausmachen.
2. Vertiefung der Netzwerkarbeit = Jährliches Schwerpunktthema
Eintrag in das Formular Selbstauskunft, Nachweis durch Teilnehmerlisten
Teilnahme von mindestens zwei Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen an einer Netzwerkveranstaltung zum Schwerpunktthema.

Zielgruppen/Relevante Multiplikatoren

1. Aufbau von Wissensstrukturen
Hygienebeauftragte Ärzt*innen, Hygienefachkräfte, ärztliche*r Direktor*in, Krankenhaushygieniker*in, ggf. interessierte Mitarbeiter*innen (z.B. Hygienebeauftragte*r in der Pflege)
2. Vertiefung der Netzwerkarbeit
Hygienebeauftragte Ärzt*innen, Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker*in

Definition Schwerpunktthema des mre-netz regio rhein-ahr

Netzwerkweit wird basierend auf nationalen Empfehlungen und regionalen Entwicklungen der MRE-Resistenzlage von der Lenkungsgruppe des Netzwerks ein jährliches Schwerpunktthema ausgewählt. Die Koordination des Netzwerks bietet in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern mindestens zwei Veranstaltungen zum jährlichen Schwerpunktthema an. Termine und Materialien werden auf der Webseite des Netzwerkes zur Verfügung gestellt. Mittels hausinterner Fortbildungen (QZ_10) werden Schwerpunktthemen in der jeweiligen Einrichtung bis zum 30. September des folgenden Jahres geschult.

Die Veranstaltungen zu den Schwerpunktthemen sollen neben den siegelteilnehmenden Krankenhäusern auch interessierten anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen Austausch zum Schwerpunktthema und angrenzenden wichtigen MRE-Themen ermöglichen.

Qualitätsziel 1

[Zurück zum Überblick](#)

1.	QZ_1 – Wissensmanagement und Netzwerkarbeit	/10
1.1	Aufbau von Wissensstrukturen¹	4 QP
	Veranstaltungstitel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Veranstaltungsdatum : Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. Funktion des Teilnehmers: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	/2
	Veranstaltungstitel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Veranstaltungsdatum : Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. Funktion des Teilnehmers: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	/2
1.2	Vertiefung der Netzwerkarbeit²	6 QP
	Veranstaltungstitel (Jährliches Schwerpunktthema): Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Veranstaltungsdatum : Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. Funktion Teilnehmer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	/3
	Veranstaltungstitel (Jährliches Schwerpunktthema): Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Veranstaltungsdatum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. Funktion Teilnehmer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	/3

¹ Hier kann die Einführungsveranstaltung zum KH-Siegel angerechnet werden.
 Punktevergabe: Der anerkannte Zeitraum der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu MRE und Krankenhaushygiene ist vom Vorjahr bis zum Zusenden des Formulars Selbstauskunft.

² Teilnahme von mindestens zwei Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen an einer Netzwerkveranstaltung zum Schwerpunktthema. Der anerkannte Zeitraum der Teilnahme ist das Qualifizierungsjahr. Veranstaltungen nach dem Abgabetermin werden ebenfalls angerechnet.

Erläuterungen zu QZ_2

Surveillance epidemiologischer Daten

Zielsetzung

Das Qualitätsziel 2 dient der Absicherung der adäquaten Umsetzung von §23 Abs. 4 IfSG (Aufzeichnung, Bewertung etc. von nosokomiale Infektionen und des Auftretens von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen) als Entscheidungsgrundlage zur Steuerung von Interventionsmaßnahmen.

Prüfkriterien

1. Exemplarische Einsicht in die Surveillancedokumente oder Vorlage der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul
2. Vorlage des Protokolls der Hygienekommission
3. Vorlage der Bewertungen mit Schlussfolgerungen und ggfs. Präventionsmaßnahmen
4. Mitteilungen an das Personal bei Auffälligkeiten

Qualitätsziel 2

[Zurück zum Überblick](#)

2.	QZ_2 – Surveillance epidemiologischer Daten³	/10
	Surveillance inklusive Bewertung, Präsentation Hygienekommission und Kommunikation (ggf. mit Beratung bei Auffälligkeiten) mit den entsprechenden Abteilungen für:	
2.1	<input type="checkbox"/> Device assoziierte Infektionen	/2
2.2	<input type="checkbox"/> Postoperative Wundinfektionen	/2
2.3	<input type="checkbox"/> Erfassung von MRSA	/2
2.4	<input type="checkbox"/> Erfassung von MRGN	/2
2.5	<input type="checkbox"/> Erfassung von CDI	/2

³Punktevergabe: 2 Punkte pro Erfassung, je 0,5 Punkte für die Durchführung der 4 Maßnahmen: Surveillance, Bewertung der Surveillance, Präsentation Hygienekommission und Kommunikation.

Erläuterungen zu QZ_3

Patientensicherheit durch Basishygiene

Zielsetzung

Das Qualitätsziel 3 beinhaltet die Implementierung der Basishygiene – mit dem wichtigsten Unterpunkt der Händehygiene – zur Steigerung der Patientensicherheit.

Prüfkriterien

1. Vorlage der Nachweise über die Berechnung des Händedesinfektionsmittelverbrauches bzw. der Teilnahme an der Aktion Saubere Hände (ASH)
2. Durchführung eines Hygienetages
3. Präsentation in der Hygienekommission
4. Vorlage der entsprechenden Kapitel des Hygieneplans

Qualitätsziel 3

[Zurück zum Überblick](#)

3.	QZ_3 – Patientensicherheit durch Basishygiene	/10
3.1	<input type="checkbox"/> Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauches bzw. ASH ⁴ Zertifikat ab Bronze	/2
3.2	<input type="checkbox"/> Nachweisliche Präsentation der Daten in den Abteilungen und in der Hygienekommission bzw. ASH Zertifikat ab Silber	/2
3.3	<input type="checkbox"/> Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene bzw. ASH Zertifikat ab Silber Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	/2
3.4	<input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittelspender in empfohlener Anzahl (KRINKO, ASH) ⁵ bzw. ASH Zertifikat ab Silber	/2
3.5	<input type="checkbox"/> Basishygienemaßnahmen ⁶ und „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ im hauseigenen Hygieneplan	/2

⁴ ASH = Aktion Saubere Hände; für den Nachweis zählt ein gültiges ASH-Zertifikat für das Jahr 2019.

⁵ Anzahl Händedesinfektionsmittelspender:

- Intensivstation: 1 Spender/Bett
- Dialysestation: 1 Spender/Bett
- ASH = Aktion Saubere Hände
- Nicht-Intensivstationen: 1 Spender/2 Betten
- Sanitärzelle: jeweils 1 Spender
- Reine/unreine Arbeitsräume: jeweils 1 Spender
- Visiten-/Verbandwagen: jeweils 1 Spender
- Schleuse: jeweils 1 Spender

⁶ Händehygiene/ Die 5 Indikationen der Händedesinfektion, Kleidung/Schmuck, Persönliche Schutzausrüstung, Aufbereitung von Wäsche und Geschirr, Reinigung und Desinfektion von Flächen, Hustenetikette.

Erläuterungen zu QZ_4

Hygieneempfehlung MRSA

Zielsetzung

Das Qualitätsziel 4 beinhaltet die Prävention und Bekämpfung von MRSA inklusive von PVL-positivem MSSA/MRSA.

Prüfkriterien

6. Es werden die Dokumente vorgelegt, welche die entsprechenden Interventionen und Regelungspunkte detailliert beschreiben. Als Vorlage dient die schriftliche Verfahrensanweisung MRSA.
7. Die Überprüfung der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen kann stichprobenartig nach Ermessen des Gesundheitsamtes durchgeführt werden, falls derzeit Fälle vorliegen, oder indem Personal nach dem Hygienemanagement dieser Erreger / Krankheiten gefragt wird.

Aktualitätskriterium

Die Verfahrensanweisung bzw. deren letzte Revision darf nicht älter als 2 Jahre sein bzw. soll in der jeweils gültigen aktuellen Version vorliegen.

Qualitätsziel 4

[Zurück zum Überblick](#)

4.	QZ_4 – Hygieneempfehlung MRSA	/10
4.1	Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung, nicht älter als 2 Jahre	3 QP
4.1.1	<input type="checkbox"/> Verfahren bei Wiederaufnahme	/2
4.1.2	<input type="checkbox"/> Kontrollabstrich >2 Tage nach Beendigung der Sanierung	/1
4.2	Umsetzung der Empfehlung MRSA	3 QP
4.2.1	Isolationszimmer vorhanden <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolation	/0,5
4.2.2	<input type="checkbox"/> Nutzung PSA, indikationsgerecht	/0,5
4.2.3	<input type="checkbox"/> Einweisung von Besuchern und stationsfremdem Personal	/0,5
4.2.4	<input type="checkbox"/> Tägliche Desinfektion patientennaher Flächen	/0,5
4.2.5	<input type="checkbox"/> Abwerfen von Patientenwäsche und MRSA-haltigem Abfall in geschlossenen Behältern im Zimmer	/0,5
4.2.6	<input type="checkbox"/> Einschränkung von Transporten und Verlegungen und nur nach Information der Zieleinrichtung	/0,5
4.3	Kriterien im Umgang mit MRSA/PVL-SA	4 QP
4.3.1	<input type="checkbox"/> Hausinterne Regelung zum Umgang mit MRSA-positivem Personal ⁷	/3
4.3.2	<input type="checkbox"/> Hausinterne Regelung zum Umgang mit PVL-positivem <i>S. aureus</i> (MRSA und MSSA) ⁸	/1

⁷ Hausinterne Regelung, wie mit MRSA-positivem Personal umgegangen wird: Kosten für Untersuchungen und Dekolonisation von Personal und Familienmitgliedern/häuslichem Umfeld, Zuständigkeiten, Freistellung; Empfehlung.

⁸ Schriftliche hausadaptierte Festlegung von Diagnostik und Hygienemaßnahmen bei rezidivierenden Haut- und Weichteilinfektionen mit Verdacht auf PVL-positivem SA oder MRSA.

Erläuterungen zu QZ_5

Hygieneempfehlung MRGN

Zielsetzung

Das Qualitätsziel 5 zielt auf die Prävention und Kontrolle von MRGN.

Prüfkriterien

1. Es werden die Dokumente vorgelegt, welche die entsprechenden Interventionen und Regelungspunkte detailliert beschreiben. Als Vorlage dient die schriftliche Verfahrensanweisung MRGN.
2. Die Überprüfung der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen kann stichprobenartig nach Ermessen des Gesundheitsamtes durchgeführt werden, falls derzeit Fälle vorliegen, oder indem Personal nach dem Hygienemanagement dieser Erreger / Krankheiten gefragt wird.

Aktualitätskriterium

Die Verfahrensanweisung bzw. deren letzte Revision darf nicht älter als 2 Jahre sein bzw. soll in der jeweils gültigen aktuellen Version vorliegen.

Qualitätsziel 5

[Zurück zum Überblick](#)

5.	QZ_5 – Hygieneempfehlung MRGN	/10
5.1	Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung, nicht älter als 2 Jahre	4 QP
5.1.1	<input type="checkbox"/> Screening (analog KRINKO)	/1
5.1.2	<input type="checkbox"/> Isolierung	/1
5.1.3	<input type="checkbox"/> Verfahren bei Wiederaufnahme	/1
5.1.4	<input type="checkbox"/> Umsetzung auf Station	/1
5.2	Besonderheiten	6 QP
5.2.1	<input type="checkbox"/> Hausreinigung: Trocknung von Wischmopps vor Lagerung	/2
5.2.2	<input type="checkbox"/> Hausinterne schriftliche Regelung zu Hygienemaßnahmen bei/nach Arbeiten am Sanitär/Abwassersystem ⁹	/2
5.2.3	<input type="checkbox"/> 4MRGN-Meldekette: Schriftliche Festlegung mit dem Ziel der raschest möglichen Informationsweitergabe und Umsetzung von Hygienemaßnahmen ¹⁰	/2

⁹ Sanitärsystem: Beheben von Verstopfungen, Eröffnung der Abwasserinstallationen, Reinigung und Desinfektion der Werkzeuge, Scheuer/Wischdesinfektion nach Durchführung, Tragen und Entsorgen von PSA (gilt nicht nur bei MRGN, sondern grundsätzlich bei allen Erregern).

¹⁰ Abstimmung mit dem versorgenden mikrobiologischen Labor zu 4MRGN mit schriftlicher Festlegung des Inhalts der Meldung (inkl. Erregerart mit Resistenzen, Carbapenemasen), des Informationsflusses und der externen und hausinternen Meldekette. (Sicherstellung der raschen Informationsweitergabe an behandelnde Ärzte und zuständiges hygienebeauftragtes Personal)

Erläuterungen zu QZ_6

Hygieneempfehlungen Sonstige Erreger/Krankheiten: CDI, Influenza, TB

Zielsetzung

Ziel ist die angemessene Anwendung von erregerspezifischen Maßnahmen.

Prüfkriterien

3. Es werden die Dokumente vorgelegt, welche die entsprechenden Interventionen und Regelungspunkte detailliert beschreiben. Als Vorlage dienen die schriftlichen Verfahrensanweisungen *Clostridium difficile*, Influenza, Tuberkulose usw.
4. Die Überprüfung der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen kann stichprobenartig nach Ermessen des Gesundheitsamtes durchgeführt werden, falls derzeit Fälle vorliegen, oder indem Personal nach dem Hygienemanagement dieser Erreger / Krankheiten gefragt wird.

Aktualitätskriterium

Die Verfahrensanweisung bzw. deren letzte Revision darf nicht älter als 2 Jahre sein bzw. soll in der jeweils gültigen aktuellen Version vorliegen.

Qualitätsziel 6

[Zurück zum Überblick](#)

6.	QZ_6 – Hygieneempfehlungen Sonstige Erreger/Krankheiten: CDI, Influenza, TB¹¹	/10
6.1	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Patienten bei Verdacht auf <i>Clostridium difficile</i> Infektion. ¹²	/2
6.2	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Patienten bei Verdacht auf eine Influenza.	/2
6.3	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Patienten bei Verdacht auf eine infektiöse Tuberkulose. ¹³	/2
6.4	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Verfahrensanweisung zum Aufnahmemanagement von Patienten bei Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis/Diarrhoe. ¹⁴	/2
6.5	<input type="checkbox"/> Es besteht eine Verfahrensanweisung zum Aufnahmemanagement von Patienten bei Verdacht auf eine infektiöse Atemwegserkrankung (insbesondere Influenza, TB). ¹⁴	/2

¹¹ Verfahrensanweisung darf nicht älter als zwei Jahre sein.

¹² CDI: Händehygiene mit Tragen von Handschuhen, Waschen nach Ablegen der Handschuhe und Händedesinfektion, sporizide Flächendesinfektion, Meldepflicht geregelt, Berücksichtigung im ABS

¹³ TB: Hausinterne Festlegung, am ehesten MRE, DGPI und Zentralkomitee (2017) Leitlinien mit Angaben zur Resistenztestung, MDR/XDR Testung

¹⁴ Incl. Maßnahmen zur Prävention von Übertragungen im Aufnahmeprozess.

Erläuterungen zu QZ_7

Ausbruchsmanagement

Zielsetzung

Ziel ist das zeitnahe Erkennen und Einleiten von Maßnahmen zur wirksamen Bekämpfung eines Ausbruchs.

Prüfkriterien

Als Prüfkriterium dient die Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung, die an das jeweilige Haus angepasst sein soll, bezüglich folgender Punkte:

1. Festlegung des Ausbruchsmanagementteams
2. Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenzen (akt. Kontaktdaten)
3. Informationsfluss/Auslöseereignisse
4. Analyse, Evaluation und Fehlermanagement

Zur Überprüfung der Umsetzung der Punkte Analyse, Evaluation und Fehlermanagement kann das Gesundheitsamt stichprobenartig die Protokolle von Ausbrüchen einsehen.

Aktualitätskriterium

Die Verfahrensanweisung bzw. deren letzte Revision darf nicht älter als 2 Jahre sein bzw. soll in der jeweils gültigen aktuellen Version vorliegen.

Qualitätsziel 7

[Zurück zum Überblick](#)

7.	QZ_7 – Ausbruchsmanagement¹⁵	/10
7.1	<input type="checkbox"/> Es besteht eine schriftliche Festlegung des Ausbruchsmanagementteams	/3
7.2	<input type="checkbox"/> Die Ansprechpartner sind benannt und die Entscheidungskompetenzen sind festgelegt (inkl. der aktuellen Kontaktdaten).	/2
7.3	<input type="checkbox"/> Informationsfluss/Auslöseereignisse/Ausbruchsbeendigung sind schriftlich definiert.	/3
7.4	<input type="checkbox"/> Analyse, Evaluation, Fehlermanagement werden durchgeführt.	/2

¹⁵ Verfahrensanweisung darf nicht älter als zwei Jahre sein.

Erläuterungen zu QZ_8

Patientensicherheit durch Information

Zielsetzung

Ziel ist die Gewährleistung des Informationsflusses und der Patientensicherheit durch Informationsvermittlung.

Prüfkriterien

Prüfkriterium ist die schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten über das Weitergeben der erforderlichen Informationen des MRE-Status des Patienten. Der zweigleisige Informationsfluss durch Pflege und Ärzte ist für das Siegel gefragt. Außerdem sollen die Zuständigkeiten festgelegt werden: wer welches Dokument ausfüllen und an wen die Information gerichtet sein soll, z.B. soll der Stationsarzt / die Stationsärztin den nachbehandelnden niedergelassenen Facharzt informieren oder das Pflegepersonal soll das Pflegepersonal der aufnehmenden Einrichtung informieren.

Zur Eigenkontrolle der Verwendung des Überleitungsbogens oder gleichwertiger schriftlicher Informationsweitergabe soll eine Abfrage zur Umsetzung des schriftlichen Informationsflusses bei mindestens 10 MRE-Trägern durchgeführt werden. Das Ergebnis der Eigenkontrolle soll dem Personal und dem MRE-Netzwerk mitgeteilt werden.

Es sollen Vorlagen von schriftlichem Informationsmaterial für betroffene Patienten/

Angehörige zu folgenden Themen an einem Ort zur Verfügung gestellt werden:

- MRSA
- MRGN
- Basis- und Händehygiene

Als Alternative kann auch ein Beratungsangebot durch das Hygienepersonal angeboten werden.

Qualitätsziel 8

[Zurück zum Überblick](#)

8.	QZ_8 – Patientensicherheit durch Information	/10
8.1	MRE-Informationsweitergabe/Überleitungsbogen	6 QP
8.1.1	<input type="checkbox"/> Es liegt eine schriftliche Regelung über die Zuständigkeiten vor.	/2
8.1.2	Nutzung Überleitungsbogen oder analoger Informationsfluss zweigleisig durch Pflege und Ärzte: <input type="checkbox"/> Pflegerisch-sozialdienstliche Überleitung <input type="checkbox"/> Ärztliche Überleitung	/2
8.1.3	<input type="checkbox"/> Eigenkontrolle durch Abfrage der Verwendung des Überleitungsbogens im Vergleich zur Anzahl der MRE-Träger wurde durchgeführt. ¹⁶	/2
8.2	Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial für Patienten/Angehörige²	4 QP
8.2.1	<input type="checkbox"/> MRSA	/1
8.2.2	<input type="checkbox"/> MRGN	/1
8.2.3	<input type="checkbox"/> Basis- und Händehygiene	/1
8.2.4	<input type="checkbox"/> Informationsmaterial für Patienten vor Ort verfügbar Oder <input type="checkbox"/> Individuelles aktives Beratungsangebot an Patienten durch HFK verfügbar	/1

¹⁶ Abfrage für mindestens 10 kolonisierte oder infizierte MRE-Träger.

Erläuterungen zu QZ_9

Implementierung eines Antibiotikamanagement

Zielsetzung

Ziel ist der restriktive und rationale Einsatz von Antibiotika.

Prüfkriterien

1. Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres
2. Präsentation der Daten
3. Berechnung der DDD/RDD
4. Erstellen von Therapieleitlinien, im Qualifizierungsjahr wird die Einreichung der Therapieleitlinie perioperative Prophylaxe beim MRE-Netzwerk gefordert
5. Struktur ABS-Team

Erfassungsart

Die Erfassung richtet sich dabei nach der Bekanntmachung „Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach §23 Abs.4 Satz2 IfSG“ und den entsprechenden Ausführungen und Erläuterungen (Bundesgesundheitsblatt 2013 · 56:996–1002 DOI 10.1007/2013/s00103-013-1780-8).

Qualitätsziel 9

[Zurück zum Überblick](#)

9.	QZ_9 – Implementierung eines Antibiotikamanagements	/10
9.1	Resistenz- und Verbrauchsstatistik (Ausführen nach S3LL ¹⁷ , III. 1.2)	2 QP
9.1.1	<input type="checkbox"/> Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und <input type="checkbox"/> Bewertung der Statistik wurden durchgeführt und liegen schriftlich vor.	/0,5
9.1.2	<input type="checkbox"/> Präsentation der Daten vor der Hygienekommission/Arzneimittelkommission ist erfolgt.	/0,5
9.1.3	Berechnung der ddd und/oder rdd pro 100 Patiententage mit Bewertung: mind. <input type="checkbox"/> Vancomycin, <input type="checkbox"/> Piperazillin/Tazobactam, <input type="checkbox"/> Fluorchinolone, <input type="checkbox"/> 3. Generation Cephalosporine, <input type="checkbox"/> Carbapeneme	/1
9.2	Therapieleitlinien (Ausführen nach S3LL*, III. 2.1.-2.4)	3 QP
9.2.1	Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen: <input type="checkbox"/> Sepsis, <input type="checkbox"/> Pneumonie, <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen, <input type="checkbox"/> Haut- und Weichteilinfektionen)	/2
9.2.2	<input type="checkbox"/> Hausinterne Leitlinie „Perioperative Prophylaxe“	/1
9.3	Struktur ABS-Team (Ausführen nach S3LL*, III. 1.1) und verwendete Tools (Ergänzende Strategie)	5 QP
9.3.1	<input type="checkbox"/> ABS-Team formal ernannt (mind. 1 ABS-Experte oder Infektiologe)	/0,5
9.3.2	<input type="checkbox"/> Personalbesetzung gemäß S3-Leitlinie ¹⁵	/0,5
9.3.3	<input type="checkbox"/> Einbindung in Arzneimittelkommission	/0,5
9.3.4	<input type="checkbox"/> Einbindung in Hygienekommission	/0,5
9.3.5	<input type="checkbox"/> Mindestens halbjährliche Sitzungen	/0,5
9.3.6	<input type="checkbox"/> Benennung von ABS-Beauftragten Ärzten (mit Kurs I)	/0,5
9.3.7	<input type="checkbox"/> Formales zeitliches Deputat für Mitglieder des ABS-Teams ist festgelegt	/1
9.4	<input type="checkbox"/> Durchführung mindestens einer ergänzenden ABS-Strategie (ABS-Visiten, Punktprävalenzstudien, Ausführen nach S3LL*, III. 3.1.-3.4)	/1

¹⁷ S3-Leitlinie= AWMF S3Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika Anwendung im Krankenhaus.3333.

Erläuterungen zu QZ_10

Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

Zielsetzung

Ziel ist die Sicherstellung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus mit ausreichend geschulten Mitarbeitern und Aktualisierung des Wissensstandes der Mitarbeiter*innen der Einrichtung.

Prüfkriterien Strukturqualität

Zur Erlangung der Punktzahlen in den Bereichen Externer/Interner Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte müssen die schriftlich festgelegten Kriterien (Qualifikation, Bedarf und Freistellung) erfüllt sein. Aufgaben, Stellung und zeitliche Rahmenbedingungen sollen schriftlich fixiert sein.

Für die Vergabe des Punktes zu den Hygienebeauftragten in der Pflege ist es erforderlich, dass es ein Konzept mit Zielformulierung (Anzahl) für die Aus- und Weiterbildung gibt und ein Ausbildungsangebot (Kostenübernahme, Freistellung) vorhanden ist.

Prüfkriterien innerbetriebliche Wissensmanagement

- Vorlage eines innerbetrieblichen Schulungskonzepts zur Sicherstellung der jährlichen Hygieneschulungen des Personals
- Ab dem Jahr 2020 soll das Schwerpunktthema jeweils aus dem vorangegangenen Jahr als innerbetriebliche Schulung umgesetzt werden.
- Es sollen jeweils Multiplikatoren (z.B. HBA, HBP usw.) aus mindestens 50% der Abteilungen bzw. Stationen oder Berufsgruppe geschult werden.

Qualitätsziel 10 [Zurück zum Überblick](#)

10.	QZ_10 – Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	/10
10.1	Strukturqualität	5 QP
10.1.1	<input type="checkbox"/> Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus und <input type="checkbox"/> Hygienekommission 2x/Jahr (aktuell, Benennung der Person)	/1
10.1.2	Externe*r/Interne*r Krankenhaushygieniker*in: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Rahmenbedingungen Anzahl ermittelter Bedarf: _____ Anzahl tatsächlich vorhanden: _____ <input type="checkbox"/> Externe*r KH <input type="checkbox"/> Interne*r KH <input type="checkbox"/> KH mit curricularer FB	/1
10.1.3	Hygienebeauftragte Ärzte/innen (HBA): Festlegung der Aufgaben, Stellung und Rahmenbedingungen Anzahl ermittelter Bedarf: _____ Anzahl tatsächlich vorhanden: _____ Schriftliche Fixierung der Freistellung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	/1
10.1.4	Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Rahmenbedingungen Anzahl ermittelter Bedarf: _____ Anzahl tatsächlich vorhanden: _____	/1
10.1.5	Hygienebeauftragte in der Pflege (HBP): Festlegung der Aufgaben, Stellung und Rahmenbedingungen Anzahl HBP: _____ Anzahl Stationen (gesamt): _____ Schriftliche Fixierung der Freistellung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	/1
10.2	Innerbetriebliche Fortbildungen (inkl. Schwerpunktthema)	5 QP
10.2.1	<input type="checkbox"/> Innerbetriebliches Schulungskonzept mit Sicherstellung der jährlichen Hygieneschulungen liegt vor.	/2
10.2.2	<input type="checkbox"/> Innerbetriebliche Schulung eines jährlichen Schwerpunktthemas des MRE-Netzwerks ¹⁸ Veranstaltungstitel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Veranstaltungsdatum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	/3

¹⁸ Dies gilt nicht im Qualifizierungsjahr 2019. Im Qualifizierungsjahr werden 5 Punkte für die Darstellung des innerbetrieblichen Schulungskonzepts vergeben.