



Zweites euPrevent- Qualitätssiegel für Krankenhäuser

Ein Leitfaden für Auditoren/-innen



2013/2014

Sehr geehrte Auditorin, sehr geehrter Auditor,

nun ist es also endlich wieder soweit: Das zweite euPrevent Qualitätssiegel für Krankenhäuser wird durch Ihre tatkräftige Unterstützung umgesetzt. Wir dürfen uns an dieser Stelle bereits ausdrücklich für Ihr Engagement und Ihre Bereitschaft bedanken, das Audit-Verfahren in dieser Weise zu unterstützen.

Das Ihnen vorliegende Siegel wurde auf einer Sitzung am 24.01.2013 in der Bibliothek des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg geboren. Dort entwickelten die im Folgenden aufgelisteten Anwesenden zunächst die 10 Qualitätsziele:

- Herr Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Leiter des GA Heinsberg, Vorstand Stiftung euPrevent)
- Frau Brigitte van der Zanden (Kordinatorin euPrevent)
- Frau Dr. Corinna Bank (RWTH Aachen, Koordinatorin des MRE Netzwerkes)
- Herr PD Dr. Roland Schulze-Röbbecke (Leit. Krankenhaushygieniker des Universitätsklinikums Düsseldorf; Leiter der Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz [Süd])
- Herr Karl-Heinz Grimm (Euregionale Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz [Süd]; euPrevent)

Im weiteren Verlauf wurde der Siegeltext unter Einbeziehung der regionalen und euregionalen Koordinatoren entwickelt und dem zuständigen wissenschaftlichen Beirat vorgelegt.

Das Interesse der beteiligten Kliniken am Siegelkonzept ist weiterhin sehr groß, was beweist, dass diese Vorgehensweise ein Schritt in die richtige Richtung ist: zu einem stärkeren Bewusstsein für das Thema Patientensicherheit und Infektionsschutz in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Der vorliegende Leitfaden für Auditoren/-innen soll Sie im Auditverfahren unterstützen, indem wir Ihnen Checklisten und wichtige Informationen an die Hand geben.

Dr. Corinna Bank
Institut für Hygiene und Umweltmedizin

Karl-Heinz Grimm
Euregionale Akademie für Patientensicherheit
und Infektionsschutz (Süd)
Stiftung euPrevent | EMR



Allgemeine Hinweise zum Audit-Verfahren

Qualitätsziele

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert:

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	6 QP
2	Surveillance epidemiologischer Daten	5 QP
3	Patientensicherheit durch Standardhygiene	6 QP
4	Hygieneempfehlung MRSA	2 QP
5	Hygieneempfehlung MRGN	2 QP
6	Erregerspezifische Hygienemaßnahmen	2 QP
7	Ausbruchmanagement	2 QP
8	Patientensicherheit durch Patienteninformation	4 QP
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	7 QP
10	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	6 QP
Gesamtpunktzahl:		42 QP

Gültigkeitsdauer des Siegels

- Das zweite Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent-EMR wird für drei Jahre verliehen.
- Gültigkeitszeitraum: 01.07.2014 bis 30.06.2017.
- Das Siegel kann auf Antrag und nach erneuter Prüfung verlängert werden. Die Kriterien für eine Verlängerung stehen noch nicht fest.

Qualitätspunkte – Mindestpunktzahl

- Insgesamt können gemäß der nachfolgenden Tabelle bis zu 42 QP vergeben werden.
- Für jedes Qualitätsziel werden zwischen 2 und 8 Qualitätspunkte (QP) vergeben.
- Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 50% der Gesamtpunkte (d.h. 21 QP) erreicht werden.
- Falls nicht anders angegeben, muss mindestens 1 QP für jedes QZ erreicht werden.

Punkteverteilung

Unter diesem Punkt findet man konkrete Angaben zur Punkteverteilung an den Stellen, wo eine Differenzierung vorgesehen ist.

Wer darf das Audit-Verfahren durchführen?

Die Auditierung muss durch einen Arzt / eine Ärztin des ÖGD geschehen, der / die regelmäßig Begehungen nach §23 Abs.6 IfSG vornimmt. Der Auditor/die Auditorin kann durch geeignete Mitarbeiter begleitet werden.

Zuständigkeit der Auditoren/-innen

Die Auditoren dürfen nicht aus dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt stammen.

Den Auditoren werden Krankenhäuser zugeteilt, mit denen sie den Termin zur Auditierung abstimmen. Die Unterlagen werden den Auditoren nach Absprache direkt zugestellt. Sie können alternativ auch an Frau Dr. Bank (Institut für Hygiene und Umweltmedizin, UK Aachen, Pauwelstr. 30, 52074 Aachen) geschickt werden.

KISS-Module und vergleichbare Erfassungssysteme

Die Teilnahme an KISS-Modulen in den einzelnen QZ kann durch das jeweilige Zertifikat der Teilnahme belegt werden. Daten müssen nicht vorgelegt werden. Bei hausinternen Erfassungssystemen ist der Nachweis des Vorhandenseins eines solchen Instrumentes individuell in Kooperation mit dem Haus zu erbringen. Die Einschätzung des Auditors wird anerkannt. Die Erfassungssysteme müssen zum Zeitpunkt der Auditierung implementiert sein.

Schlichtungsverfahren

Kommt es bei einer Auditierung zu nicht klärbaren Differenzen zwischen dem Auditor und dem Haus, sollte dies Frau Dr. Bank (E-Mail: corinna.bank@rwth-aachen.de, Tel.:0241-8035595) oder Herrn Karl-Heinz Grimm (E-Mail: Karl-Heinz.Grimm@med.uni-duesseldorf.de, Tel.: 0211-8114946) mitgeteilt werden. Die strittigen Fragen werden dann einem Schlichtergremium vorgelegt.

QZ 1 – Netzwerkarbeit und Wissensmanagement		6 QP
1) Aufbau von Wissensstrukturen		3 QP
Veranstaltung 1:		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 2:		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 3:		<input type="checkbox"/> 1 QP
2) Vertiefung der Netzwerkarbeit		3 QP
Veranstaltung 1:		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 2:		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 3:		<input type="checkbox"/> 1 QP
Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 1		QP

Anmerkungen zu QZ 1

Zielsetzung

Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen des Infektionsschutzes und der Infektionsprävention sowie Vertiefung der Netzwerkarbeit.

Prüfkriterien

- 1) Aufbau von Wissensstrukturen ⇒ Vorlage der Teilnehmerlisten bzw. der Teilnahmebescheinigungen
- 2) Vertiefung der Netzwerkarbeit ⇒ Vorlage der Anwesenheitslisten

Zielgruppen

Aufbau von Wissensstrukturen ⇒ Hygienebeauftragte Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte, ggf. interessierte Mitarbeiter/-innen (z.B. Hygienebeauftragte in der Pflege)

Vertiefung der Netzwerkarbeit ⇒ Hygienebeauftragte Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte

Definition Qualitätsverbundveranstaltungen

Unter Qualitätsverbundveranstaltungen versteht man in diesem Kontext Veranstaltungen zu den Themen Hygiene und Infektionsschutz, die von folgenden Organisationen/Projekten angeboten werden:

- Stiftung euPrevent
- euPrevent EDUCAP
- EurSafety Health-net
- Euregionale Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Süd)

Sonderregelung: Sollten nicht genügend Qualitätsverbundveranstaltungen angeboten werden oder es der Einrichtung nicht möglich sein, an den angebotenen Veranstaltungen teilzunehmen, dann können Veranstaltungen zu den relevanten Themen, die von anderen Veranstaltern angeboten werden und die qualitativ gleichwertig sind, anerkannt werden, was im Ermessen des Auditors liegt.

Anerkannt werden alle Veranstaltungen **ab Juni 2012**.

QZ 2 – Surveillance epidemiologischer Daten		5 QP
Surveillance		
a) Device-assoziierte Infektionen	<input type="checkbox"/>	1 QP
b) Postoperative Wundinfektionen	<input type="checkbox"/>	1 QP
Erfassung von MRSA	<input type="checkbox"/>	1 QP
Erfassung von MRGN	<input type="checkbox"/>	1 QP
Erfassung von CDAD	<input type="checkbox"/>	1 QP
Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 2		QP

Anmerkungen zu QZ 2

Zielsetzung

Standortbestimmung als Entscheidungsgrundlage zur Steuerung von Interventionsmaßnahmen.

Prüfkriterien

- Vorlage der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul
- Vorlage des Protokolls der Hygienekommission
- Schlussfolgerungen/Präventionsmaßnahmen
- Mitteilungen an das Personal
- Umsetzung der Präventionsmaßnahmen inkl. der Evaluation
- Stichprobenartige Überprüfungen nach Ermessen des Gesundheitsamtes

Definition Kontinuierliche Surveillance

Der Begriff der kontinuierlichen Surveillance ist den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung anzupassen, d.h. die Surveillance gilt auch dann als kontinuierlich, wenn die Datenerfassung in verschiedenen Bereichen der Klinik in einem Rotationsverfahren erfolgt.

Erfassungsart

Die Erfassung aller oben genannten Erreger erfolgt nach den KISS-Kriterien.

Qualitätspunkte

In diesem QZ müssen alle QP erreicht werden.

QZ 3 – Patientensicherheit durch Standardhygiene	6 QP
<p>Standardhygienemaßnahmen im hauseigenen Hygieneplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleidung/Schmuck • Persönliche Schutzausrüstung • Aufbereitung von Wäsche und Geschirr • Reinigung und Desinfektion von Flächen • Hustenetikette (optional) 	<input type="checkbox"/> 2 QP <input type="checkbox"/> 1 QP <input type="checkbox"/> ½ QP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs</p>	<input type="checkbox"/> 1 QP <input type="checkbox"/> ½ QP
<p>Datenpräsentation auf Stationen und vor der Hygienekommission</p>	<input type="checkbox"/> 1 QP <input type="checkbox"/> ½ QP
<p>Ausstattung der Patientenzimmer mit Händedesinfektionsmittelspendern</p> <p>Periphere Stationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-Bett-Zimmer/mind. 1 Spender • 3-4-Bett-Zimmer/mind. 2 Spender <p>Intensivstationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro Patientenbett/1 Spender 	<input type="checkbox"/> 2 QP <input type="checkbox"/> 1 QP <input type="checkbox"/> ½ QP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 3</p>	<p>QP</p>

Anmerkungen zu QZ 3

Zielsetzung

Implementierung der Standardhygiene zur Steigerung der Patientensicherheit.

Prüfkriterien

- Vorlage der Hygienepläne
- Begehung ausgewählter Bereiche

Punkteverteilung

Standardhygienemaßnahmen im hauseigenen Hygieneplan:

- 4-5 im Hygieneplan benannte Hygienemaßnahmen \Rightarrow 2 QP
- 2-3 im Hygieneplan benannte Hygienemaßnahmen \Rightarrow 1 QP
- 1 im Hygieneplan benannte Hygienemaßnahme \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs:

- Vollständige Erfassung und Bewertung \Rightarrow 1 QP
- Unvollständige Bewertung und/oder Erfassung \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Datenpräsentation auf Stationen und vor der Hygienekommission:

- Vollständige Datenpräsentation \Rightarrow 1 QP
- Unvollständige Datenpräsentation \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Ausstattung der Patientenzimmer mit Händedesinfektionsmittelspendern:

- 3 Kriterien erfüllt \Rightarrow 2 QP
- 2 Kriterien erfüllt \Rightarrow 1 QP
- 1 Kriterium erfüllt \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Erfassungsart des Händedesinfektionsmittelverbrauchs

Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs, z. B. über das Modul Hand-KISS:

5.1.3 Wie werden die Raten berechnet?

Folgende Raten werden pro Station in Bettenführenden Einrichtungen berechnet:

$$\text{HDM – Verbrauch / Patiententag} = \frac{\text{HDM -Verbrauch in ml /Jahr}}{\text{Patiententage / Jahr}}$$

$$\text{Anzahl durchgeführte HD} = \frac{\text{HDM -Verbrauch in ml /Patiententag}}{3}$$

Folgende Raten werden im Funktionsbereich berechnet:

$$\text{HDM – Verbrauch / Behandlungsfall} = \frac{\text{HDM -Verbrauch in ml/Jahr}}{\text{Behandlungsfälle /Jahr}}$$

$$\text{Anzahl durchgeführte HD} = \frac{\text{HDM -Verbrauch in ml /Behandlungsfall}}{3}$$

Sonderfall Kittelflaschen

„Der Einsatz von Kitteltaschenflaschen sollte immer mit einer initialen Einweisung zum richtigen Umgang mit Kitteltaschenflaschen einhergehen, um trotz externer Kontamination der Flaschen eine korrekte Händedesinfektion sicher zu stellen. Es gibt bisher keine Untersuchungen, ob der Einsatz von Kitteltaschenflaschen die Transmission von potentiell pathogenen Erregern im Vergleich zu fest montierten Spendern begünstigt. Bei richtiger Handhabung ist jedoch nicht davon auszugehen, dass nach erfolgter Händedesinfektion immer noch potentiell pathogene Erreger auf den Händen zu finden sind.“ (Quelle: www.aktion-sauberehaende.de/downloads/pdf/ASH_Positionspapier_Kitteltaschenflaschen_122009.pdf)

QZ 4 – Hygieneempfehlung MRSA

2 QP

Vorlage der entsprechenden Dokumente

2 QP

1 QP

- Aktualität (nicht älter 2008)
- Anerkannte Hygieneempfehlungen zu MRSA

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 4

QP

Anmerkungen zu QZ 4

Zielsetzung

Prävention und Bekämpfung von MRSA.

Prüfkriterien

Vorlage der Dokumente, welche die entsprechenden Interventionen detailliert beschreiben. Dabei wird für den Inhalt der Empfehlungen 1 QP vergeben und für die Aktualität 1 QP. ½ QP kann bei einer unvollständigen Empfehlung vergeben werden.

Punkteverteilung

- 2 Kriterien erfüllt \Rightarrow 2 QP
- 1 Kriterium erfüllt \Rightarrow 1 QP

Aktualitätskriterium

Die Richtlinie darf nicht älter sein als **2008**.

QZ 5 – Hygieneempfehlung MRGN

2 QP

Vorlage der entsprechenden Dokumente
unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien:

2 QP

1 QP

½ QP

- Aktualität (nicht älter 2012)
- Screening
- Isolierung
- Informationsweitergabe
- Verfahren bei Wiederaufnahme

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 5

QP

Anmerkungen zu QZ 5

Zielsetzung

Prävention und Bekämpfung von MRGN.

Prüfkriterien

Vorlage der Dokumente, welche die entsprechenden Interventionen detailliert beschreiben. Die angeführten Stichworte dienen als Hilfsmittel zur Beurteilung der inhaltlichen Qualität.

Punkteverteilung

- 4-5 Kriterien erfüllt \Rightarrow 2 QP
- 2-3 Kriterien erfüllt \Rightarrow 1 QP
- 1 Kriterium erfüllt \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Aktualitätskriterium

Die Richtlinie darf nicht älter sein als **2012**.

QZ 6 – Erregerspezifische Hygienemaßnahmen

2 QP

Vorlage der schriftliche Verfahrensweisungen für :

2 QP

1 QP

½ QP

- Noroviren
- Clostridium difficile
- Tuberkulose

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 6

QP

Anmerkungen zu QZ 6

Zielsetzung

Angemessene Anwendung von erregerspezifischen Maßnahmen.

Prüfkriterien

Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisungen: Noroviren, Clostridium difficile, Tuberkulose.

Punkteverteilung

- 3 Kriterien erfüllt \Rightarrow 2 QP
- 2 Kriterien erfüllt \Rightarrow 1 QP
- 1 Kriterium erfüllt \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Aktualitätskriterium

Die Richtlinie darf nicht älter als vier Jahre sein.

QZ 7 – Ausbruchmanagement

2 QP

Schriftliche Verfahrensweisungen zum
Ausbruchmanagement

2 QP

1 QP

½ QP

- Aktualität (nicht älter als 4 Jahre)
- Maßnahmen sind an das Haus angepasst
- Festlegung des Ausbruchsteams
- Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenz
(inkl. der aktuellen Kontaktdaten)

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 7

QP

Anmerkungen zu QZ 7

Zielsetzung

Erkennung und Einleitung von Maßnahmen zur Bekämpfung eines Ausbruchs.

Prüfkriterien

Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung, die an das jeweilige Haus angepasst sein muss:

- Festlegung des Ausbruchsteams
- Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenzen (akt. Kontaktdaten)

Punkteverteilung

- 3-4 Kriterien erfüllt \Rightarrow 2 QP
- 2 Kriterien erfüllt \Rightarrow 1 QP
- 1 Kriterium erfüllt \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Aktualitätskriterium

Die Richtlinie darf nicht älter als vier Jahre sein.

QZ 8 – Patientensicherheit durch Patienteninformation

2 QP

Durchführung von Informationskampagnen:

- Händehygiene 1 QP
- Antibiotika ½ QP
- Multiresistente Erreger ½ QP

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 8

QP

Anmerkungen zu QZ 8

Zielsetzung

Steigerung des Patienten-Empowerments durch Informationsvermittlung.

Definition Patienten-Empowerment

„Patienten-Empowerment bezeichnet eine relativ verbreitete, neue Bewegung, um die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern. Dazu zählt auch die wachsende Infrastruktur, die dieser entstehenden Nachfrage auf Anbieterseite entspricht.“ (Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Patienten-Empowerment>)

Prüfkriterien

Vorlage der Einladungen oder eines anderen schriftlichen Nachweises bez. der drei Informationskampagnen.

Definition Informations-Kampagne

- Aktionstag in der Klinik
- Infostand in der Klinik
- Vortragsveranstaltung für Patienten und Angehörige
- Gezielte Verteilung von Informationsbroschüren bzw. Flyern an Patienten/-innen

Der Händehygiene-Tag zur „Aktion Saubere Hände“ ist verpflichtend.

QZ 9 – Implementierung eines Antibiotikamanagements

7 QP

Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres (inkl. Interpretation der Statistik) 1 QP
 ½ QP

Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für **mind. drei** Antibiotikagruppen 2 QP
 1 QP
 ½ QP

- Vancomycin
- Piperacillin/Tazobactam
- Fluorochinolin
- 3. Gen. Cephalosporin
- Carbapenem

Erstellen von Therapieleitlinien mind. für folgende Indikationen 3 QP
 2 QP
 1 QP
 ½ QP

- Sepsis (ambulant/nosokomial)
- Pneumonie (ambulant/nosokomial)
- Harnwegsinfektion (ambulant/nosokomial)
- Haut- und Weichteilinfektionen

Präsentation der Daten vor der Hygienekommission/Arzneimittelkommission 1 QP

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 9

QP

Anmerkungen zu QZ 9

Zielsetzung

Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus.

Qualitätspunkte

Zur Erreichung dieses QZ müssen mind. Punkt 1 und 3 erfüllt sein:

- 1) Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres
- 2) Berechnung der DDD
- 3) Erstellen von Therapieleitlinien
- 4) Präsentation der Daten

Erfassungsart

Die Erfassung richtet sich dabei für die deutschen Teilnehmer 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).

Punkteverteilung

Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres (inkl. Interpretation der Statistik):

- Resistenzstatistik + Interpretation \Rightarrow 1 QP
- Resistenzstatistik ohne Interpretation \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Berechnung der DDD pro 1000 Patiententage für mind. drei Antibiotikagruppen:

- 3-5 Antibiotikagruppen \Rightarrow 2 QP
- 2 Antibiotikagruppen \Rightarrow 1 QP
- 1 Antibiotikagruppe \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

Erstellen von Therapieleitlinien mind. für folgende Indikationen:

- 4 Indikationen \Rightarrow 3 QP
- 3 Indikationen \Rightarrow 2 QP
- 2 Indikationen \Rightarrow 1 QP
- 1 Indikation \Rightarrow $\frac{1}{2}$ QP

QZ 10 – Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

6 QP

1) Strukturqualität

3 QP

Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement

½ QP

Mind. 2x jährliche Einberufung der Hygienekommission

½ QP

Externer/Interner Krankenhaushygieniker

½ QP

Schriftliche Festlegung:

- Aufgaben
- Stellung
- Befugnisse

Hygienebeauftragte Ärzte

½ QP

Schriftliche Festlegung:

- Qualifikation
- Aufgaben
- Rahmenbedingungen

Hygienefachkräfte

½ QP

Schriftliche Festlegung:

- Aufgaben
- Befugnisse
- Rahmenbedingungen

Hygienebeauftragte in der Pflege	<input type="checkbox"/> ½ QP
Schriftliche Festlegung:	
• Aufgaben	<input type="checkbox"/>
• Befugnisse	<input type="checkbox"/>
• Rahmenbedingungen	<input type="checkbox"/>
2) Innerbetriebliche Fortbildungen	3 QP
Veranstaltung 1:	<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 2:	<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 3:	<input type="checkbox"/> 1 QP
Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 10	QP

Anmerkungen zu QZ 10

Zielsetzung

Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus mit ausreichend geschulten Mitarbeitern und Aktualisierung der Wissensbestände der MitarbeiterInnen der Einrichtung.

Grundsatz

Im Gegensatz zum ersten Siegel soll jetzt nicht nur das Vorhandensein des jeweiligen Personals, sondern auch die entsprechende regelmäßige Schulung nachgewiesen werden. Außerdem muss das Haus eine regelmäßige innerbetriebliche Schulung des Krankenhauspersonals nachweisen.

Punkteverteilung

Zur Erlangung der Punktzahlen in den Bereichen Externer/Interner Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege müssen alle drei schriftlich festzulegenden Kriterien erfüllt sein.

Weiterbildung Hygienebeauftragte in der Pflege

Für die Weiterbildung zur Hygienebeauftragten in der Pflege werden von der Stiftung EuPrevent in Kooperation mit der Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Süd) Unterrichtsmaterialien zur Verfügung gestellt.

Erreichte Gesamtpunktzahl

QZ	Beschreibung	Maximale QP	Erreichte QP
1	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	6 QP	___QP
2	Surveillance epidemiologischer Daten	5 QP	___QP
3	Patientensicherheit durch Standardhygiene	6 QP	___QP
4	Hygieneempfehlung MRSA	2 QP	___QP
5	Hygieneempfehlung MRGN	2 QP	___QP
6	Erregerspezifische Hygienemaßnahmen	2 QP	___QP
7	Ausbruchsmanagement	2 QP	___QP
8	Patientensicherheit durch Patienteninformation	4 QP	___QP
9	Implementierung eines Antibiotika-managements	7 QP	___QP
10	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	6 QP	___QP
	Gesamtpunktzahl:	42 QP	___QP

Ort, Datum _____

Auditor

Vertreter des Hauses

Für das teilnehmende Krankenhaus

QZ	Beschreibung	Maximale QP	Erreichte QP
1	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	6 QP	___QP
2	Surveillance epidemiologischer Daten	5 QP	___QP
3	Patientensicherheit durch Standardhygiene	6 QP	___QP
4	Hygieneempfehlung MRSA	2 QP	___QP
5	Hygieneempfehlung MRGN	2 QP	___QP
6	Erregerspezifische Hygienemaßnahmen	2 QP	___QP
7	Ausbruchsmanagement	2 QP	___QP
8	Patientensicherheit durch Patienteninformation	4 QP	___QP
9	Implementierung eines Antibiotika-managements	7 QP	___QP
10	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	6 QP	___QP
	Gesamtpunktzahl:	42 QP	___QP

Ort, Datum _____

Auditor

Vertreter des Hauses