



Auditorenschulung Qualitätssiegel EuPrevent

Euregionale Akademie für Patientensicherheit
und Infektionsschutz (Süd)



*Euregionale Akademie für Patientensicherheit
und Infektionsschutz (Süd)*

Entstehung des Qualitätssiegels Euregio MRSA-net: Münsterland/Twente



Die Koordinatoren von MRSA-net



Priv.-Doz. Dr. Alexander W. Friedrich
„Projektleiter Münsterland“
Institut für Hygiene des Universitäts-
klinikums Münster (D)
Tel.: +49 251 83 52317
E-mail Adresse: alexf@uni-muenster.de



Dr. M.G. Ron Hendrix,
„Projektleiter Twente“
Laboratorium Microbiologie
Twente-Achterhoek Enschede (NL)
Tel.: +31 53 852 6300
E-mail Adresse: r.hendrix@labmicta.nl



Dr. Inka Daniels-Haardt
Koordinatorin „Öffentlicher Gesundheits-
dienst“, Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst (LÖGD)
Nordrhein-Westfalen Münster (D)
Tel.: +49 251 7793 124
E-mail Adresse:
inka.daniels-haardt@loegd.nrw.de



Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen
Koordinatorin „Entwicklung und Umsetzung
von grenzübergreifenden MRSA Hygieneplänen“
Fakultät für Verhaltenswissenschaften der
Universität Twente Enschede (NL)
Tel.: +31 (0) 53 489 4795
E-mail Adresse:
j.vangemert-pijnen@utwente.nl

Das **MRSA-net** www.mrsa-net.org

Euregio-Netzwerk schützt vor Infektionen

In Deutschland kommen Antibiotika-resistente Bakterien (MRSA) bis zu 20mal häufiger vor als in den Niederlanden.

Das **EUREGIO MRSA-net** Projekt ist ein Netzwerk zum Schutz der Bevölkerung in der Region Münsterland/Twente vor Infektionen mit MRSA.

Von beiden Seiten der Grenze entsteht ein Netzwerk der Akteure im Gesundheitswesen, die mit MRSA zu tun haben. Hierzu gehören in erster Linie Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Arztpraxen, Gesundheitsämter, Laboratorien usw.

MRSA-net bildet die Grundlage für einen grenzübergreifenden Qualitätsverbund, der langfristige Strukturen zur Bekämpfung von MRSA und anderen Infektionen schaffen soll.

Voneinander lernen

Die enge Zusammenarbeit und der Austausch von Wissen und Know-how zu MRSA verbessert die Qualität der Patientenbehandlung und die Arbeitschancen für Personal im Gesundheitswesen über unsere gemeinsame Grenze hinweg.

Der Wundkeim *Staphylococcus aureus* verursacht weltweit die meisten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA), für die es nur noch wenige Möglichkeiten der Antibiotikatherapie gibt.

Ambulant erworbene CA-MRSA

Seit ein paar Jahren werden in beiden Ländern vermehrt so genannte „community acquired“ (CA-) MRSA, d.h. ambulant erworbene MRSA beobachtet, die eine Infektionsgefahr für die gesunde Bevölkerung auch außerhalb von Krankenhäusern darstellen.

www.mrsa-net.org

Vergabe des Qualitätssiegels in der Euregio Münsterland/Twente





Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen



laboratorium microbiologie

Universiteit Twente

UKM

medizinische fakultät



Kreis/District Steinfurt

MRSA-net Teilnehmer/praticipant/deelnemend institutie



MRSA-net Teilnehmer – deelnemend institutie



- Startseite/Home
- Achterhoek (LK/District)
- Borken (Kreis/District)
- Coesfeld (Kreis/District)
- Emsland (LK/District)
- Grafschaft Bentheim (LK/District)
- Münster (Stadt/City)
- Osnabrück (Stadt/City)
- Osnabrück (LK/District)
- Steinfurt (Kreis/District)**
- Twente (LK/District)
- Warendorf (Kreis/District)

Kreis/District Steinfurt - Münsterland

Stand: 07.07.2011

Krankenhäuser • Ziekenhuizen • Hospitals

Name des Krankenhauses Website Projektansprechpartner

+ Helios-Klinik • Lengerich
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1166-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Jakobi Krankenhaus • Rheine
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1175-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Klinikum Ibbenbüren • Ibbenbüren
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1187-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ LWL Klinik Lengerich • Lengerich
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1178-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Maria-Josef-Hospital • Greven
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1170-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Marienhospital • Emsdetten
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1169-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Marienhospital • Steinfurt
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1177-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Mathias-Spital • Rheine
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1176-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ Pius-Hospital • Ochtrup
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1174-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)

+ St. Elisabeth-Hospital • Mettingen
Zertifikations-Code EUREGIO-ML-ST-1179-2 [besuchen](#) [Ansprechpartner](#)
[Contactperson](#)



Weiterentwicklung des Qualitätssiegels



Aufbau eines Qualitätsnetzwerkes in der Euregio Maas-Rhein

EurSafety-Qualitätssiegel MRSA

Einladung zur Auftaktveranstaltung für Krankenhäuser der Ems Dollart Region

Datum/Ort

Donnerstag 26. August 2010
Klinikum Oldenburg
Herzogin Amelie Saal
www.klinikum-oldenburg.de

Programm

- 16:00 - 16:10 Begrüßung
- 16:10 - 16:40 EurSafety Health net
PD Dr. Alexander Friedrich
Universität Münster
- 16:40 - 17:10 EurSafety-Qualitätssiegel-MRSA
Dr. Matthias Pulz
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
- 17:10 - 17:30 Hygiene-Akademie Nord
Dr. Jörg Herrmann
Institut für Hygiene des Klinikums Oldenburg
- 17:30 - 18:00 Gemeinsame Diskussion der Vorträge

Anmeldung

bitte bis zum 12. August 2010
formlos per E-Mail an
gundula.pape@nlga.niedersachsen.de

Weitere Informationen zu EURSAFETY HEALTH-NET im Internet unter
www.eursafety.eu und www.mrsa.niedersachsen.de

Qualitätsziele des euPrevent – Qualitätssiegel

QZ	Beschreibung	max. QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranst.	3
2	Erfassung epidemiologischer Daten	6
3	Runder Tisch Gesundheitsämter - Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE	3
4	Patienten- und risikobereichorientiertes Screening	3
5	Erfassung von Risikofaktoren / <i>spa</i> -Typisierung	3
6	Umsetzung der nationalen Hygieneempfehlungen	3
7	Übergabe von Informationen bei Entlassung / Verlegung	3
8	Präventionsmaßnahmen „Händehygiene“	6
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	6
10	Sicherstellung der Strukturqualität	6
	max. erreichbare QP	42

Qualitätsziele des euPrevent – Qualitätssiegel

QZ	Beschreibung	max. QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranst.	3
2	Erfassung epidemiologischer Daten	
3	Runder Tisch Gesundheitsämter - Teilnahme am kommunalen N...	
4	Patienten...	
		3
		3
	... bei Entlassung / Verlegung	3
	...ventionsmaßnahmen „Händehygiene“	6
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	6
10	Sicherstellung der Strukturqualität	6
		max. erreichbare QP
		42

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 50% der Gesamtpunkte (d.h. 21 QP) erreicht werden. Dabei muss mindestens 1 QP für jedes QZ erfüllt werden.



Wer führt das Audit durch?

- Ärzte aus dem ÖGD (ggf. in Begleitung)
 - Personen, die regelmäßig Begehungen nach § 23 Abs. 6 IfSG vornehmen
 - nicht aber aus dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt

Zeitraum für die Begutachtung

- Begutachtet werden die letzten 12 Monate ab Einreichung der Unterlagen
- Ausnahme:
 - *QZ3: Hier wird die Teilnahme an länger zurückliegenden kommunalen Netzwerkveranstaltungen berücksichtigt*

QZ 1

Teilnahme an euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen

ZIEL

Schulungen zur Krankenhaushygiene und
Infektionsprävention

1. Qualitätsverbundveranstaltung
2. durch die Ärztekammer zertifizierte
Fortbildungsveranstaltungen
3. innerbetriebliche Schulung mit Anwesenheitsnachweis

- 0,5 QP pro Veranstaltung
- Max. 3 QP, min. 1 QP

Was ist eine Qualitätsverbundveranstaltung (QVV)?

zu
QZ 1.1

- Veranstaltungen der euPrevent-Koordinationszentren in Aachen und Maastricht
- Veranstaltungen von euPrevent / EurSafety (erkennbar durch Logo)
- Themen:
 - Infektionsprävention
 - Infektionsdiagnostik
 - Infektionstherapie



Teilnahme an den Qualitätsverbundveranstaltungen



- Für wen muss die Teilnahme nachgewiesen werden?
 - Multiplikatoren
 - Ärzte in verantwortlicher Position (CA, OA, hygienebeauftragter Arzt)
 - Pflegedienstleitung, Hygienefachkraft
- Bewertung:
 - 0,5 QP pro Veranstaltung

Teilnahme an durch die Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen



- Zu welchen Themen können die Fortbildungen angerechnet werden?
 - Infektionsprävention
 - Infektionsdiagnostik
 - Infektionstherapie
- Wer muss die Veranstaltung besucht haben?
 - Arzt in verantwortlicher Position (CA, OA, HBA)
- Bewertung:
 - 0,5 QP pro nachgewiesener Veranstaltung

Anerkennung innerbetrieblicher Schulungen



- Welche innerbetrieblichen Schulungen können anerkannt werden?
 - Prüfung des Veranstaltungsinhalts
 - MRE-Prävention
 - Antibiotikamanagement
 - Allg. Hygienemaßnahmen im Krankenhaus
 - Welche Zielgruppe sollte erreicht werden?
 - Ärzte, Pflegepersonal, Funktionsabteilungen, Reinigungsdienst etc.
 - Welcher Anteil der Zielgruppe wurde erreicht?
 - mind. 20% (Überprüfung anhand der Teilnehmerliste)
- Bewertung: 0,5 QP / Veranstaltung

ZIEL

Datenerfassung und -austausch zur Darstellung der Netzwerkstrukturen

1. Kontinuierliche Teilnahme an einem System zur **Surveillance** nosokomialer Infektionen, das die Möglichkeit des Benchmarking mit ext. Referenzdaten erlaubt (z.B. KISS)
2. Erfassung von **MRSA-Patienten** nach Vorgaben des MGEPA bzw. MRSA-KISS
3. Analyse und **Präsentation der Daten** vor der Hygienekommission des eigenen Krankenhauses

- 2 QP für KISS-Erfassung
- 2 QP für MRSA-Erfassung
- 1 QP für Darstellung der KISS-Daten, 1 QP für MRSA-Daten in HygKo
- Max. 6 QP, min. 2 QP

Surveillance

zu
QZ 2.1

= fortlaufende, systematische Erfassung
[Aufzeichnung], Analyse und Interpretation
[Bewertung] relevanter Daten (einschließlich
feedback)

(www.nrz-hygiene.de)

§ 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

ZU
QZ 2.1

Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

Aufgaben des Krankenhaushygienikers, u.a.:

- Surveillance (Umsetzung von § 23 Abs. 4 IfSG)
 - Surveillance (ausgewählter) nosokomialer Infektionen
 - Surveillance von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (einschließlich der Bewertung und Implementierung von Konsequenzen)
- (Supervision und Beratung)*

aus: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ Bundesgesundheitsblatt 2009, 52: 951-962

§ 4 Abs. 3 Krankenhaushygiene- verordnung **NRW**

zu
QZ 2.1

Die Hygienefachkräfte haben insbesondere

(...)

2. Surveillance von nosokomialen Infektionen sowie von multiresistenten Erregern und anderen besonderen Erregern gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz in Zusammenarbeit mit den Hygienebeauftragten und dem Krankenhaushygieniker durchzuführen,

(...)

Erhebungspflichtige Infektionen

ZU
QZ 2.1

Leithema: **Infektionsschutzgesetz**

Übersicht 1

Übersicht über die zu erhebenden nosokomialen Infektionen

Je nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen (d. h. identifiziertem Risikobereich) soll zunächst mindestens eine der genannten nosokomialen Infektionen pro Krankenhaus bzw. Einrichtung für ambulantes Operieren erfasst werden

postoperative Wundinfektionen (der häufigsten, mit einem nosokomialen Infektionsrisiko belasteten Operation)

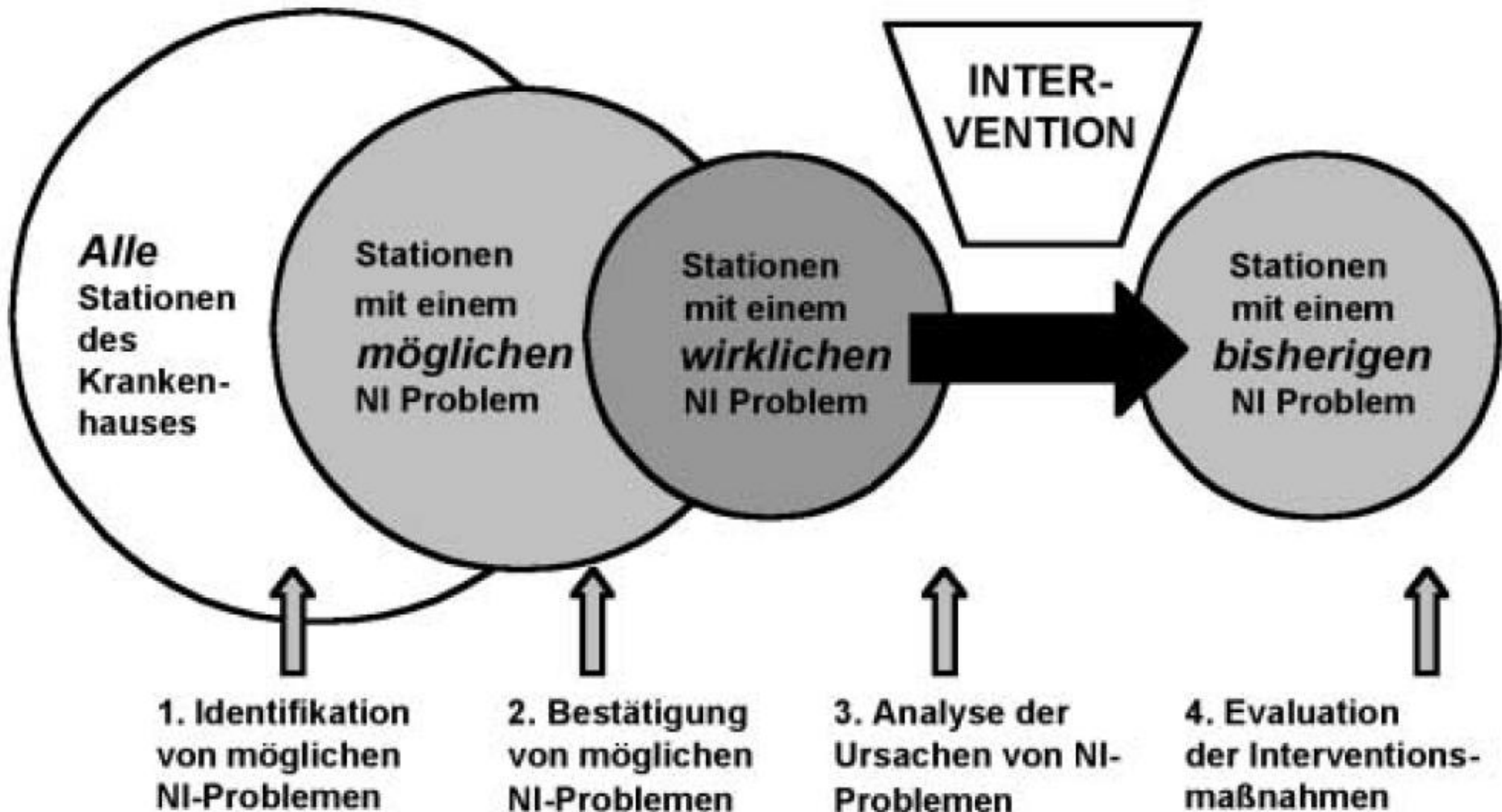
katheterassoziierte Septikämien

beatmungsassoziierte Pneumonien

katheterassoziierte Harnwegsinfektionen

aus: „Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2000, 43: 887-890

Identifikation von Risikobereichen



aus: „Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen“
Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2001, 44: 523-536



Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

- Standardisierte Erhebung eigener Daten
- Unterstützung bei Umsetzung der Erfassungs- und Bewertungspflicht nach § 23 Abs. 4 IfSG
- Erzeugung von überregionalen Referenzdaten
 - Eigene Daten können bewertet werden
 - Erfolgskontrolle von Interventionen



Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

- AMBU-KISS (postoperative Wundinfektionen nach ambulanten OPs)
- CDAD-KISS (CDAD: Clostridium difficile assoziierte Diarrhö)
- *für QZ 2.1* DEVICE-KISS (Katheter-assoziierte Infektionen)
- HAND-KISS (Händedesinfektion)
- *für QZ 2.1* ITS-KISS (Infektionen auf Intensivstationen)
- MRSA-KISS (Erfassung von MRSA-Fällen)
- *für QZ 2.1* NEO-KISS (Infektionen auf Intensivstationen für Frühgeborene)
- *für QZ 2.1* ONKO-KISS (Infektionen auf Knochenmark- und Blutstammzell-Transplantationsabteilungen)
- *für QZ 2.1* OP-KISS (postoperative Wundinfektionen)

Referenzdaten - Device-Anwendungsraten und Device-assoziierte Infektionsraten

Art der Station:	CHIRURGISCH		
Anzahl Stationen:	122		
Anzahl Beobachtungsmonate:	4.545	Anzahl Patiententage:	1.474.281
Anzahl Patienten:	357.639	Mittlere Liegedauer:	4,12

Tabelle 1: Device-Anwendungsraten über alle Stationen dieser Art

Device	Anzahl Stationen	Anzahl Patiententage	Anzahl Devicetage	Device-Anwendungsrate			
				gepoolter arithm. Mittelwert	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
HWK	122	1.474.281	1.327.197	90,02	85,85	91,29	95,94
ZVK (bis Dez. 2007)	97	539.698	451.192	83,60	73,23	82,38	92,32
ZVK (ab Jan. 08)	113	934.583	755.367	80,82	71,70	80,90	91,11
Beatmung INV	122	1.474.281	717.386	48,66	34,28	47,62	57,88
Beatmung NIV (a)	39	237.013	8.940	3,77	0,33	3,52	7,71
Ventrikeldrainage (a)	28	212.952	14.324	6,73	0,00	0,70	6,28

Tabelle 2: Device-assoziierte Infektionsraten über alle Stationen dieser Art

Art der Infektion	Anzahl Stationen	Anzahl Device-ass. Infektionen	Device-assoziierte Infektionsrate			
			gepoolter arithm. Mittelwert	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
HWK-assoziierte Harnwegsinfektion	121	3.241	2,44	0,61	1,67	3,18
-Symptomatische Harnwegsinfektion	121	1.100	0,83	0,05	0,41	1,14
-Asymptomatische Bakteriurie	121	2.113	1,59	0,12	0,62	2,05
ZVK-assoziierte Sepsis (bis Dez. 2007)	97	669	1,48	0,37	1,23	2,20
ZVK-assoziierte Sepsis (ab Jan. 08)	113	1.054	1,40	0,42	1,15	1,88
INV-assoz. Atemwegsinfektion	121	4.968	6,93	3,73	5,80	9,50
INV-assoz. Pneumonie	121	3.891	5,42	2,40	4,75	7,62
INV-assoz. Bronchitis	121	1.077	1,50	0,00	0,64	1,81
NIV-assoz. Atemwegsinfektion (a)	31	8	0,89	0,00	0,00	0,00
NIV-assoz. Pneumonie (a)	31	8	0,89	0,00	0,00	0,00
NIV-assoz. Bronchitis (a)	31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Ventrikeldrainage-assoziierte Meningitis (a)	17	79	5,52	0,00	1,72	3,13

(a) - als optionale Surveillancekomponente

Teilnahme am KISS

zu
QZ 2.1

- Welche Nachweise sind erforderlich?
 - Überprüfung: Ist die Auswahl des Moduls für die Surveillance geeignet?
 - Teilnahme an einem Modul, das mind. eine vom RKI definierte Indikatorinfektion beinhaltet
(mind. eine Indikator-Operation bzw. Device-assoziierte Infektion)
 - Geeigneten Nachweis über die Teilnahme an Surveillance-System vorlegen lassen
 - Teilnahme über mind. 12 Monate
- Bewertung:
 - 2 QP für nachvollziehbar dokumentierte aktive KISS-Teilnahme

Erfassung von MRSA-Patienten nach Anforderung des MGEPA

zu
QZ 2.2

- Bereichsbezogene Auswertung von
 - MRSA-Fälle/1.000 Patiententage
 - Anteil MRSA an MSSA
 - Differenzierung der MRSA-Erstnachweise nach
 - Mitgebracht/Nosokomial
 - Infektion/Kolonisation
 - Anteil Nasenabstriche/100 Aufnahmen
 - Bewertung:
 - 2 QP für MRSA-Datenerfassung,
-auswertung und -weitergabe an das Gesundheitsamt
 - Alternative 1: Teilnahme an MRSA-KISS
 - Alternative 2: Hausinterne Erfassung mit Bezugsgröße
- 2 QP

Erfassung von MRSA-Patienten nach MRSA-KISS



MRSA-KISS Bogen

KISS – Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System

Folgende Liste ist jährlich für stationäre Patienten auszufüllen und bis zum 31. März des Folgejahres durch online-Ausfüllen des MRSA-Erfassungsbogens in webKess (www.webkess.de) zu versenden.

Für das Jahr:

Anzahl Nasenabstriche:; Patienten bereinigt: ja nein
(obligatorisch)

Krankenhaus-Kürzel:

Reha-Station/Abteilung im Krankenhaus vorhanden: ja nein

Etabliertes Aufnahme-Screening-Regime: ja nein

Abteilungen/Kliniken	MRSA-Fälle insgesamt	Mitgebrachte Fälle	Nosokomiale Fälle	Stationäre MRSA-Patiententage	Patiententage des Jahres	Anzahl Patienten (inkl. Interne Verlegungen)	Anzahl Patienten (ohne interne Verlegungen)
Krankenhaus gesamt (alle Abteilungen)							

Erfassung von MRSA-Patienten nach MRSA-KISS



Tabelle A.1.2: Verteilung der MRSA-Raten

Bezeichnung	Berechnung	KRH ^{*1}	MW ^{*2}	Q1	Median	Q3
Gesamt Inzidenzdichte	Anzahl MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage	268	1,32	0,76	1,26	1,75
Inzidenzdichte der nosokomialen MRSA-Fälle	Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage	268	0,21	0,10	0,18	0,27
Mitgebrachte MRSA-Fälle bei Aufnahme	Anzahl mitgebrachter MRSA-Fälle pro 100 Patienten	262	0,81	0,43	0,72	1,12
Mittlere tägliche MRSA-Last	Anzahl stationärer MRSA-Patiententage pro 100 Patiententage	268	1,85	0,98	1,55	2,32
MRSA-Tage-assoziierte nosokomiale MRSA-Rate	Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle pro 1000 stationärer MRSA-Patiententage	268	11,55	8,07	11,71	16,58

Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission des eigenen Krankenhauses

zu
QZ 2.3

- Welche Daten sind gemeint?
 - Surveillance-Daten aus KISS-Erfassung
 - Erfassung von MRSA-Patienten
(nach Anforderungen des MGEPA oder nach MRSA-KISS)
- Bewertung:
 - 1 QP für die Darstellung der Surveillance-Daten
 - 1 QP für die Darstellung zur Erfassung der MRSA-Daten

QZ 3

Runde Tische der Gesundheitsämter - Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE

ZIEL

Netzwerk-Bildung. Treffen mit anderen
Einrichtungen des Netzwerks und Diskussion
Moderation durch die Gesundheitsämter

– Teilnahme an kommunalen Netzwerkveranstaltungen

- 1 QP pro Veranstaltung
(keine Begrenzung auf 12-Monatszeitraum)
- Max. 3 QP, min. 1 QP

Teilnahme an kommunalen Runden Tischen der Gesundheitsämter



- Relevant sind die durch die lokalen Koordinatoren an den Gesundheitsämtern einberufenen Runden Tische
 - innerhalb des lokalen MRSA-/MRE-Netzwerks
 - Themen: keine Einschränkung (*auch Qualitätszirkel zu AB-Therapie & Diagnostik sowie HBA-Kurse*)
- Teilnahme mind. eines benannten Vertreters pro Einrichtung
- Anrechenbar ist die belegte Teilnahme an allen bislang durchgeführten Runden Tischen

QZ 4

Patienten- und Risikobereich-orientiertes Screening

ZIEL

Einschätzung der Prävalenz von MRSA

- Durchführung eines generellen MRSA-Eingangsscreenings bei allen stationären Patienten für mind. 5 Tage bei Aufnahme

- Zusage und Beginn des Screenings: 1 QP
- HygKo-Beschluss zur konkreten Umsetzung des Screenings: 1 QP
- Durchführung des Screenings für 1 Woche: 1 QP
- Max. 3 QP, min. 1 QP

Alternativen zum MRSA-Screening

- Alternative 1: Wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein mind. 5-tägiges Eingangsscreening *mit Festlegung von Risikobereichen und Risikopatienten (QZ 5)* vorgenommen, kann dieses anerkannt werden
- Alternative 2: Individuelle Festlegung und Durchführung eines risikobasierten Eingangsscreening (z.B. gem. KRINKO, 2008) oder generalisiertes Screening
 - *Überprüfung entsprechender Dokumentation, 3 QP*

Erfassung von Risikofaktoren

ZIEL

Erkennung von typischen MRSA-Risikopatienten.
Einschätzung des notwendigen Screening-Umfangs

- Erhebung und Auswertung der vom RKI festgelegten Risikofaktoren parallel zum generellen MRSA-Eingangsscreenings bei allen stationär aufgenommenen Patienten für 5 Tage

- Erfassung der Risikofaktoren (1 QP),
- Auswertung der Erhebung in Kombination mit den Screeningergebnissen (1 QP)

Erfassung von Risikofaktoren

- Zu welchem Zweck sollen parallel zum MRSA-Eingangsscreening Risikofaktoren erfasst werden?
 - Feststellung der relevanten Risikofaktoren im eigenen Patientengut
 - Kritische Frage: *Ist eine 5-tägige Datenerhebung hinreichend aussagekräftig?*
 - *Überprüfung entsprechender Dokumentation, 2 QP*
- Alternative zur individuellen Festlegung von Risikofaktoren: 1:1-Übernahme des risikobasierten Eingangsscreening gem. KRINKO, 2008
 - *Überprüfung entsprechender Dokumentation, 1 QP*

Ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Kolonisation im Sinne der „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aurantus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ besteht bei:

1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
3. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
4. Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben
5. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im selben Zimmer)
6. Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - ▶ chronische Pflegebedürftigkeit,
 - ▶ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - ▶ liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - ▶ Dialysepflichtigkeit,
 - ▶ Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen,
 - ▶ Brandverletzungen.

Ein mikrobiologisches Screening umfasst in der Regel

- ▶ Abstriche der Nasenvorhöfe (rechts/links) und des Rachens und ggf.
- ▶ Abstriche von vorhandenen Wunden (einschließlich ekzematöse Hautareale, Ulcera).

Präzisierung der „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ hinsichtlich den Risikopopulationen für die Kolonisation mit MRSA (KRINKO und RKI, 2008)
Epidemiologisches Bulletin Nr. 42, 17. Okt. 2008

spa-Typisierung

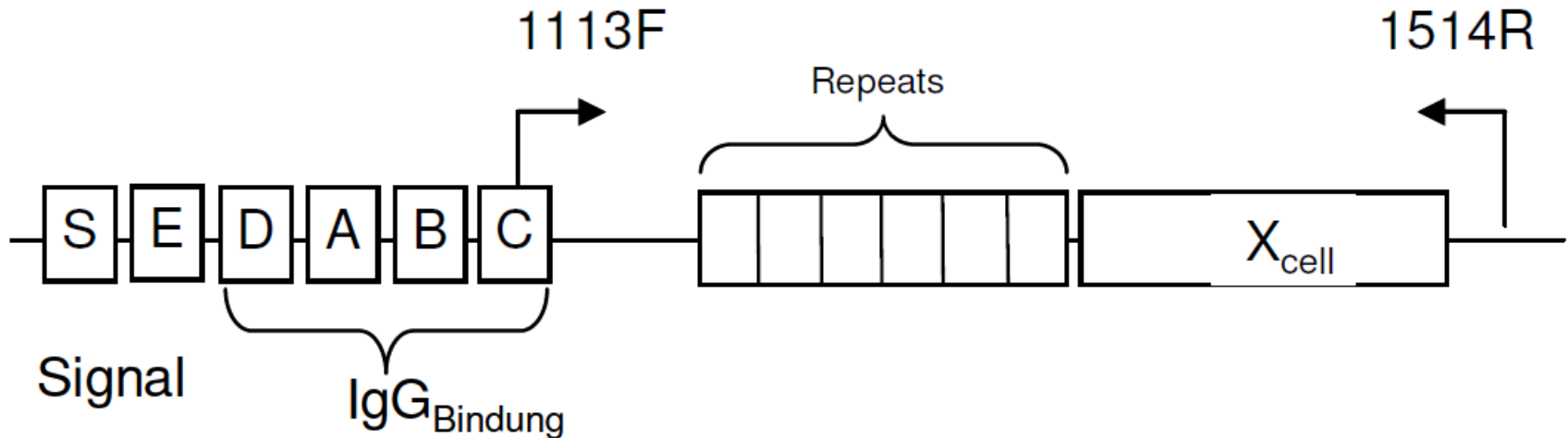
ZIEL

Erkennung von typischen MRSA-Risikopatienten.
Einschätzung des notwendigen Screening-Umfangs

– *spa*-Typisierung aller Blut- und Liquorisolat, die in dem 5-tägigen Erfassungszeitraum festgestellt wurden

- Durchführung der *spa*-Typisierung (1 QP, wird auch vergeben, wenn keine Blut- oder Liquorkulturen positiv waren)
- Max. Punktzahl für QZ 5: 3 QP, min. 1 QP

spa-Typisierung



Genetische Organisation des *S. aureus* Protein A-Gens (*spa*),
1113F und 1514R geben die 3'-Positionen der Anlagerungen der Primer an,
die Repeat-Folge ergibt den *spa*-Typ.

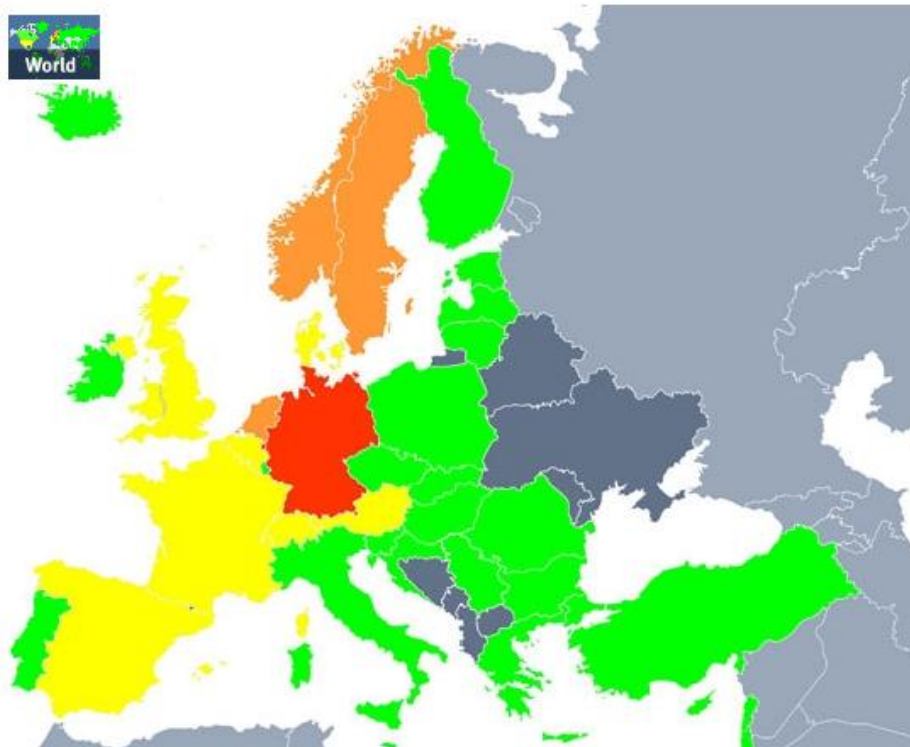


SpaServer: SpaServer Summary

Data submissions and activities 2011

[Data from 2007](#) | [Data from 2008](#) | [Data from 2011](#)

This graph shows the data submission activities and origins of strains on the spa server from the different countries in the world.



[Back to the mainpage](#)

[Presentations](#)

[Top 20 of Spa-Types in countries](#)

[Members only]

[Spa distribution in countries](#)

[Members only]

Data submissions



n = 99071

Date: 26.04.2011

Overview

- Home
- Background
- Policy
- Submit

Database

- Frequencies**
- Spa-types
- Repeats
- MLST Mapping

Contact

- Imprint
- Contact us

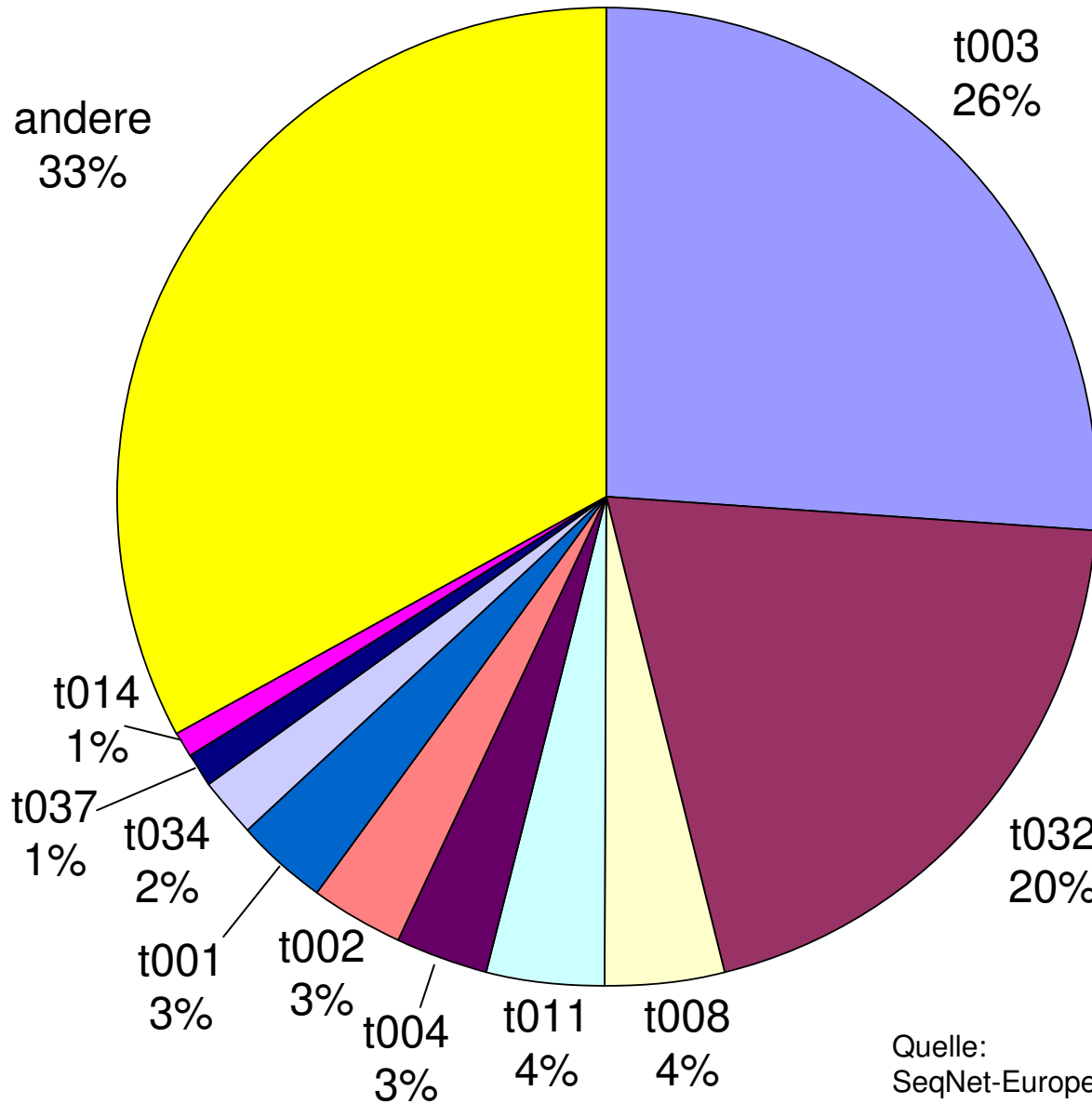
Ridom SpaServer - Frequencies

Relative global frequencies of spa-type occurrences:

Spa-type	Frequency	Countries of origin	MLST	Comment
t003	11.11 %	Austria, Belgium, Canada, Croatia, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Greece, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-5, ST-225	CC5, Rhine Hesse MRSA (subclone), EMRSA-3, New York clone
t032	10.43 %	Austria, Belgium, Canada, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Lebanon, Malaysia, Netherlands, New Zealand, Norway, Sana Klinikum Lichtenberg, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-22	Barnim MRSA (prototype & subclone), EMRSA-15, prototype of ST-22, CC22
t002	6.02 %	Afghanistan, Islamic State of, Argentina, Austria, Belgium, Canada, Chile, China, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Gabon, Germany, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Japan, Jordan, Lebanon, Martinique, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Romania, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Taiwan, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-5, ST-231	CC5, Rhine Hesse MRSA (prototype), EMRSA-3, New York clone, Japan clone, Pediatric, USA100 ORSA II, USA800 ORSA IV, ST 5 ORSA I
t008	5.93 %	Argentina, Australia, Austria, Belgium, Bulgaria, Canada, Chile, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Gabon, Germany, Hungary, Iceland, India, Israel, Italy, Japan, Jordan, Lebanon, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Slovakia, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-8, ST-247, ST-250, ST-254	CC8, Northern German MRSA (subclone), USA300 ORSA IV (cMRSA in the US), Archaic/Iberian, ST250 ORSA I
t011	3.50 %	Austria, Belgium, Croatia, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland		
t084	1.74 %	Austria, Belgium, China, Denmark, Finland, France, Gabon, Germany, Iceland, Indonesia, Italy, Jordan, Lebanon, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Taiwan, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-15, ST-18	
t037	1.68 %	Argentina, Australia, Austria, Belgium, Bulgaria, Canada, Chile, China, Croatia, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Iceland, Iran, Israel, Italy, Jordan, Latvia, Lebanon, Malaysia, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Taiwan, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-239, ST-240, ST-241	CC8/239, Vienna MRSA, Brazilian/Hungarian, ST239 ORSA III, ST240 ORSA III, EMRSA-1, -4, -7, -9, -11
t127	1.65 %	Austria, Belgium, Canada, China, Croatia, Cyprus, Denmark, Finland, France, Gabon, Germany, Greece, Iceland, Indonesia, Israel, Ivory Coast, Latvia, Lebanon, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Romania, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Taiwan, United Arab Emirates, United Kingdom, United States	ST-1	
		Austria, Belgium, Canada, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, France		

spa-Typenhäufigkeit in Deutschland Stand 13.08.2008

zu
QZ 5b



Quelle:
SeqNet-European Network of Laboratories

MRSA-positive Blut- und Liquorkulturen

zu
QZ 5b

- *spa*-Typisierung für QZ 5b ist nur während des 5-tägigen MRSA-Erfassungszeitraums vorgesehen
- Die Wahrscheinlichkeit, dass in dieser Zeit eine positive Blut- oder Liquorkultur mit MRSA festgestellt wird, ist gering!

QZ 6

Umsetzung nationaler Hygieneempfehlungen

ZIEL

Bewertung der Umsetzung von Empfehlungen zur MRSA Prävention des RKI bezgl. Isolationsmaßnahmen, Barrieremaßnahmen etc.

1. Isolationsmaßnahmen (Punkt 3 der RKI-Empf.)
2. Sonstige Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus (Punkte 4,5,6,7 der RKI-Empf.)
3. Gesamtbeurteilung durch den Auditor anhand konkreter Fragen

– Max. Punktzahl 3 QP, min. 1 QP

Empfehlungen

Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin- resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen

Mitteilung der Kommission für Krankenhaus-
hygiene und Infektionsprävention am RKI

Räumlich-funktionelle Anforderungen an die Unterbringung von MRSA-Patienten

(Punkt 3 der KRINKO-Empfehlung)

zu
QZ 6.1

- Räumliche Trennung von MRSA-kolonisierten und -infizierten Patienten von anderen
 - *Möglichst in Zimmern mit eigener Nasszelle und einem Vorraum mit Schleusenfunktion*
 - *Eine Kohortenisolierung ist möglich.*

Räumlich-funktionelle Anforderungen an die Unterbringung von MRSA-Patienten

(Zulässige Abweichung von
Punkt 3 der KRINKO-Empfehlung)



- Räumliche Trennung von MRSA-kolonisierten und -infizierten Patienten von anderen
 - Bei Kontaktisolierung nicht nötig
- *Möglichst in Zimmern mit eigener Nasszelle*
~~– *und einem Vorraum mit Schleusenfunktion*~~
- *Eine Kohortenisolierung ist möglich.*

Räumlich-funktionelle Anforderungen an die Unterbringung von MRSA-Patienten (Punkt 3 der KRINKO-Empfehlung)

zu
QZ 6.1

- Überprüfung der Isolierungsmaßnahmen mittels Hygieneplan und durch Inspektion eines MRSA-Isolierzimmers (1 QP)

Schutz vor Kontamination

(Punkt 4 der KRINKO-Empfehlung)

- Strikte Einhaltung der Händehygiene
- Bei Betreten des Zimmers:
 - Kittelwechsel (Kittel verbleibt im Vorraum, pro Schicht wechseln)
 - Anlegen eines MNS
- Bei möglichem direkten Kontakt zu kontaminierten Gegenständen/Materialien:
 - Einmalhandschuhe
- Besucher und stationsfremdes Personal:
 - Einweisung in Schutzmaßnahmen
- Transporte und Verlegungen
 - vermeiden / beschränken

Schutz vor Kontamination

(Zulässige Abweichungen von
Punkt 4 der KRINKO-Empfehlung)



- Strikte Einhaltung der Händehygiene
 - Nur bei Patientenkontakt
 - Einmalkittel bevorzugen
- Bei Betreten des Zimmers:
 - Kittelwechsel (Kittel verbleibt im Zimmer, wechseln)
 - Anlegen eines MNS
 - Nur in unmittelbarer Patientennähe (1m-Umkreis)
- Bei möglichem direkten Kontakt mit kontaminierten Gegenständen
 - Einmalhandschuhe
 - Pflicht nur bei möglichem Kontakt zu Sekreten u.ä.
- Besucher und stationsfremdes Personal:
 - Einweisung in Schutzmaßnahmen
- Transporte und Verlegungen
 - vermeiden / beschränken

Desinfektion und Reinigung

(Punkt 5 der KRINKO-Empfehlung)

- **Flächendesinfektion**
 - Patientennahe Bereiche: täglich
 - Übrige Flächen: bei Bedarf
- **Instrumentendesinfektion**
 - Nach Gebrauch mit VAH-gelisteten Mittel
 - Alternative: patientenbezogene Verwendung
- **Patientenwäsche**
 - Sammeln in Wäschesäcken
 - Verwendung eines anerkannten Wäschedesinfektionsverfahrens

Abfallentsorgung

(Punkt 6 der KRINKO-Empfehlung)

zu
QZ 6.2

- MRSA-haltiger Abfall
 - Sammlung in verschließbaren Behältern / Säcken
 - Entsorgung als Abfall des **AS 18 01 04** gemäß der LAGA – Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes Stand: September 2009 (ehem. LAGA-Gruppe B)

Eingriffe am Patienten

(Punkt 7 der KRINKO-Empfehlung)

- Diagnostische und kleinere therapeutische Eingriffe möglichst im Patientenzimmer vornehmen
 - Elektive und invasiv-diagnostische Eingriffe möglichst vermeiden
 - *(Operationen, wie die der Gruppe C in den hierfür vorgesehenen Operationseinheiten)*
 - *(Operationen am Ende des OP-Programms)*
-
- Durch die Umsetzung des Prinzips der Standardhygiene sind diese Vorgaben relativiert

***Sonstige Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus
(Punkte 4,5,6,7 der RKI-Empf.)***



- Überprüfung mittels Hygieneplan und durch Inspektion eines MRSA-Isolierzimmers (1 QP)

Gesamtbeurteilung des Auditors

- a) Werden die Hygienemaßnahmen wie im Hygieneplan festgelegt praktiziert?
- b) Sind MRSA-Hygienepläne auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar?
- c) Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert?
- d) Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?
- e) Waren anlassbezogene Interventionen im Zusammenhang mit dem MRSA-Management des Krankenhauses notwendig?
- f) War die Zusammenarbeit konstruktiv?

Zu c): Ergänzender Kommentar der KRINKO zu der KRINKO-Mitteilung von 1999

17. Oktober 2008

Epidemiologisches Bulletin Nr. 42 | Robert Koch-Institut | 363

Mitteilung der KRINKO und des RKI:

Kommentar zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“

Hinweise zu Risikopopulationen für die Kolonisation mit MRSA (August 2008)

- Änderung des Hygieneplans aufgrund des ergänzenden Kommentars?

Gesamtbeurteilung des Auditors



- Zusammenfassende positive
Gesamtbeurteilung: 1 QP

QZ 7

Übergabe von Informationen bei Entlassung / Verlegung

ZIEL

Weiterbehandlung von MRSA Patienten nach Krankenhausentlassung

- Standardisierte Weitergabe des MRSA-Kolonisations/-Infektionsstatus durch die Verwendung des im Netzwerk erarbeiteten Übergabebogens
- schriftliche Bestätigung der Nutzung während : 1 QP
- Verfügbarkeit des Bogens auf zwei stichprobenartig ausgewählten Stationen: 2 QP
- Max. Punktzahl 3 QP, min. 1 QP

Pflegeüberleitung im Kreis Heinsberg

Stand 04/2011

PATIENT / ADRESSETTE

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Straße _____
Wohnort _____

ANGEHÖRIGE / BETREUER

Patient lebt allein? ja nein
Angehörige _____
Tel.: _____
ges. Betreuer _____
Hausarzt _____
Richterlicher Beschluss Patientenverfügung

KOSTENTRÄGER

Krankenkasse: _____
Pflegeversicherung 1 2 3
genehmigte Stufe: _____
Leistung / Höherstufung beantragt ja nein

KOMMUNIKATION

nicht eingeschränkt
eingeschränkt
warum? _____

AUSSCHIEDUNG

letzter Stuhlgang: _____
Stuhlinkontinenz ja
Harninkontinenz ja
Künstl. Darmausgang ja
Blasenkatheter ja
wenn ja, letzter Wechsel: _____

HILFSMITTEL

	"ist"	"soll"
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG

Vollkost pass. Kost
Schonkost Schluckschutzhaltung
Diabeteskost Sondenkost
zuletzt verabreichte PEG-Kost: _____ Sonstiges: _____
PEG: _____ kcal / Tag Flussrate: _____ ml/h
Flüssigkeitsmenge: _____ ml/Tag

ORIENTIERUNG

	ja	zw	nein
zur eigenen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weg-/Hinflaufendenz Tag/Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PFLEGEBEGREUNDE DIAGNOSEN

OP (evtl.) _____ am: _____
zuletzt verabreichte MEDIKATION
(bei Schmerzmitteln u. ä. letzte Gabe/Wechsel angeben)

	morgens	mittags	abends	nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLG. KÖRPERPFLEGE / MOBILITÄT

bettlägerig ja nein

	S	A	TU	VO	TF
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren/Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneieinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontraktionen

nein ja, wo?

DECUBITUS / WUNDEN

Decubitus ja nein
Grad 1 = bleibende Hautrötung
Grad 2 = Blasenbildung / Erosion
Grad 3 = tiefe Gewebszerstörung
Grad 4 = Nekrose / Knochenbeteiligung
Hautpflege mit: _____

Besonderheiten bei der Lagerung

Pat. lagert sich ausreichend selbständig ja nein
Lagerungshilfen ja nein
Spezialmatratzen ja nein

WUNDE(N) bitte beschreiben (Lage, Größe, Grad I - IV, Versorgung mit ...) oder Wunddokumentation mitgeben

MRSA, ESBL, Clostridien u.a.:

Besiedlung/Infektion: nein ja, womit: _____ unbekannt

Lokalisation: _____

Sanierung: nein ja, seit: _____ womit: _____

Abstrichkontrollen/Proben:

Datum: negativ liegt noch nicht vor positiv
Datum: negativ liegt noch nicht vor positiv

MRGA in der Vorgeschichte nein ja unbekannt

Direkter Kontakt zu MRGA-Trägern in letzten 4 Wo. nein ja unbekannt

Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den letzten 12 Mon. nein ja unbekannt

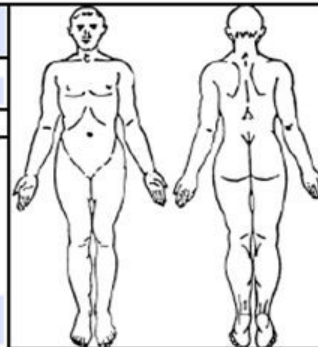
Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten nein ja unbekannt

Besonderheiten bei Besiedlung/Infektion:

Anhalt für eine ansteckungsfähige Lungen-Tbc (§36 IfSG)

(bei erstmaliger Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim o. ä., Arztunterschrift erforderlich)

ja nein _____
Unterschrift Ärztin/Arzt (Name)



BESONDERHEITEN (Allergie, ausgestellte Rezepte):

QZ 8

Qualitätsmaßnahmen „Händehygiene“

ZIEL

Verbesserung der Compliance bei der Händehygiene

1. Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauches in den letzten 12 Monaten (L / 1000 Patiententage) (2 QP)
2. Datenpräsentation auf Stationen und / oder Hygienekommission (1 QP)
3. Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene innerhalb der letzten 12 Monate (1 QP)
4. Ausstattung der Patientenzimmer mit ausreichenden Händedesinfektionsmittel-Spendern (2 QP)

– Max. Punktzahl 6 QP, min. 1 QP

Erfassung und Bewertung des Händedesinfektions-Mittelverbrauchs

zu
QZ 8.1

- Teilnahme an HAND-KISS oder vergleichbare Auswertung
 - **HAND-KISS_S**
für bettenführende Bereiche eines Krankenhauses
 - *Berechnung durchgeführter HD aus HDM-Verbrauch pro Patiententag*
 - **HAND-KISS_F**
für Funktionsbereiche eines Krankenhauses
 - *Berechnung durchgeführter HD aus HDM-Verbrauch pro Behandlungsfall*

Erfassung und Bewertung des Händedesinfektions-Mittelverbrauchs



KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System

Modul: HAND-KISS_S

Berechnungszeitraum: 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010

Erstellungsdatum:

19. April 2011

Abschnitt A.1 - Referenzdaten

Tabelle A.1.1: Intensivstationen

Art der Station	Anzahl Krh.	Anzahl Stat.	Patienten-tage	Jahres-verbrauch Liter	Verbrauch ml / Patiententag						Anzahl HD / Pat.-Tag ^{*1,2}
					MW ^{*1}	P10	P25	Median	P75	P90	
Innere	101	114	412.109	35.675	87	46	59	81	108	131	29
Interdisziplinär	336	374	1.377.542	123.263	89	49	65	84	102	131	30
Chirurgie	68	95	425.765	47.435	111	55	74	100	119	144	37
andere operative Fächer	22	23	91.116	6.701	74	21	51	73	109	129	25
andere konservative Fächer	23	26	109.973	7.642	69	30	56	66	81	96	23
Pädiatrie	31	33	116.531	11.409	98	43	60	96	131	190	33
Neonatologie	68	70	266.065	24.997	94	36	59	84	124	191	31
Reha	4	5	32.187	1.543	48	17	51	52	106	108	16
Alle Abteilungen	421	740	2.831.288	258.663	91	46	64	84	110	140	30

*1 - gepoolter arithmetischer Mittelwert

*2 - bei einem angenommenen Verbrauch von 3 ml je Händedesinfektion

Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene

zu
QZ 8.3



Ausstattung der Patientenzimmer mit ausreichenden HD-Spendern



- pro 2-Bett-Zimmer mind. 1 Spender
an geeigneter Stelle (1 QP)
- pro 3-4-Bett-Zimmer mind. 2 Spender
an geeigneter Stelle (1 QP)

*Stichproben in mind. 2 Zimmern auf
verschiedenen Stationen*

Implementierung eines Antibiotikamanagements

ZIEL

Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus

1. Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik (1 QP)
2. Berechnung der ddd (defined daily dose) pro 1000 Patiententage (Vancomycin, Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolon, 3. Gen. Cephalosporin, Carbapenem) (2 QP)
3. Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (2 QP)
4. Präsentation der Daten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission (1 QP)

– Max. Punktzahl 6 QP, min. 1 QP

Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik



- Ggf. Differenzierung zwischen Fachbereichen
- Ggf. Differenzierung zwischen Intensiv- und Normalstation
- Beurteilung im Vergleich zum Vorjahr sowie im Vergleich zu Referenzdaten
 - z.B. Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)
<https://ars.rki.de>
 - z.B. Antibiotika-Resistenz-Monitoring in Niedersachsen (ARMIN): www.nlga.niedersachsen.de
 - z.B. Referenzdaten für Intensivstationen:
<http://sari.ipse-freiburg.de>

Escherichia coli

Bitte wählen Sie...

Vorkommen:

Escherichia coli (gramnegatives Stäbchenbakterium) gehört zu den Enterobakterien. Physiologischer Standort ist der Darm von Mensch und Tier.

Klinische Bedeutung:

E. coli Isolate werden mit Abstand am häufigsten aus klinisch relevanten Materialien angezüchtet. E. coli kann bei einer Vielzahl von verschiedenen Infektionen gefunden werden, bevorzugt jedoch bei Harnwegsinfektionen, Sepsis, Entzündungen im Bauchraum und bei Beatmungspneumonien. Auch bei Wundinfektionen ist E.coli - oft zusammen mit anderen Keimen - ein nicht zu unterschätzender Infektionserreger.

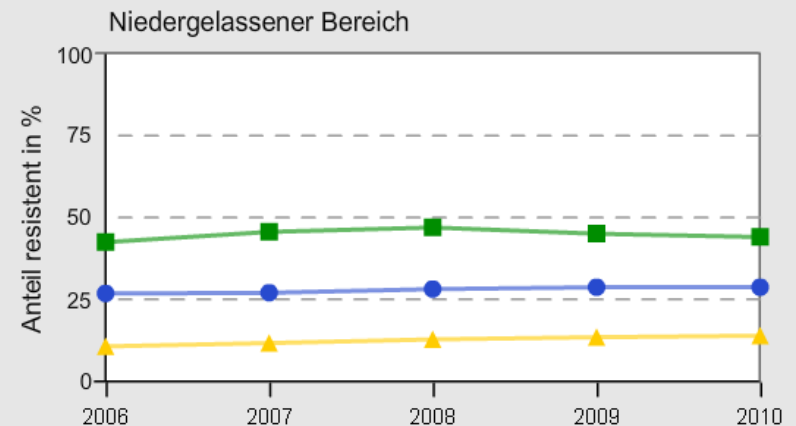
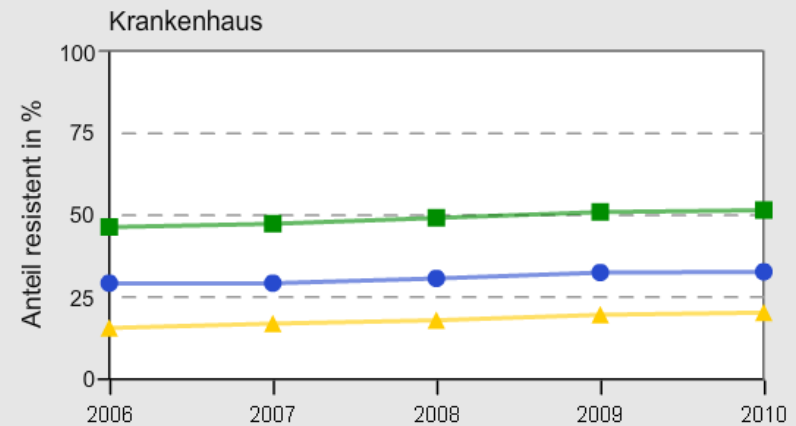
> Datentabelle aufrufen

Bitte wählen Sie mit Strg+Mausklick 1 bis max. 6 Antibiotika aus:

- Amikacin
- Ampicillin**
- Ampicillin/Sulbactam
- Cefotaxim
- Cefpodoxim
- Ceftazidim
- Cefuroxim
- Ciprofloxacin**

Folgende Antibiotika werden in den Diagrammen dargestellt:

- Ampicillin
- Ciprofloxacin
- Co-Trimoxazol





Sie sind hier: > Startseite > Datenbank > Resistenzübersicht

ROBERT KOCH INSTITUT



Resistenzübersicht

Erreger: Materialgruppe:

Versorgungsbereich: stationäre Versorgung ambulante Versorgung Fachrichtung:

Zeitraum: Stationstyp:

Norm: Versorgungsstufe:

1 of 1 Select a format Export



ROBERT KOCH INSTITUT



Parameter:

Erreger: Acinetobacter baumannii Materialgruppe: Alle
 Versorgungsbereich: stationäre Versorgung Fachrichtung: Alle
 Zeitraum: Jahr 2010 Stationstyp: Alle
 Norm: CLSI Versorgungsstufe: Alle

Datenstand: 07.10.2011

	R		I		S		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Ampicillin/Sulbactam	361	40.3	8	0.9	526	58.8	895
Piperacillin	372	36.0	303	29.4	357	34.6	1032

- Projekt
- Ziele - Aufgaben - Netzwerk
- Teilnehmende Labore
- Ergänzende Module
- Kooperationen
- EARS-Net
- Methoden
- Mikrobiologische Methoden
- Datenmanagement
- Datenbank
- Einführung
- Erregerübersicht
- Resistenzübersicht**
- Resistenzentwicklung
- 1. Workshop Antibiotikaresistenz
- Studien
- Publikationen
- Links



Home
Daten

Erläuterung
Antibiotika
Resistenzdaten

Mitarbeiter
Publikationen
Downloads
Links

SARI-Daten zu bakteriellen Resistenzen

Grafiken zu Antibiotika-Resistenzraten 2001-12/2010
zusammengefasst CLSI und DIN



MRSA



K. pneumoniae



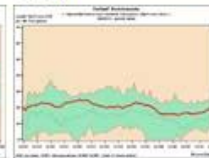
E. coli



VRE



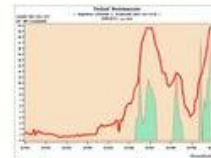
P. aeruginosa -
Imipenemresistent



P. aeruginosa -
Piperacillin/Tazobactam
resistent



Ciprofloxacinresistente
E. coli



Imipenemresistente
A. baumannii



Ciprofloxacinresistente
S. maltophilia

Tabellen zu Resistenzdaten

Referenzdaten aller teilnehmenden Intensivstationen

Zeitraum: 01/2005-12/2010

- ➔ Referenzdaten der Intensivstationen, die nach DIN testen
- ➔ Referenzdaten der Intensivstationen, die nach CLSI testen

Legende:



Mittelwert

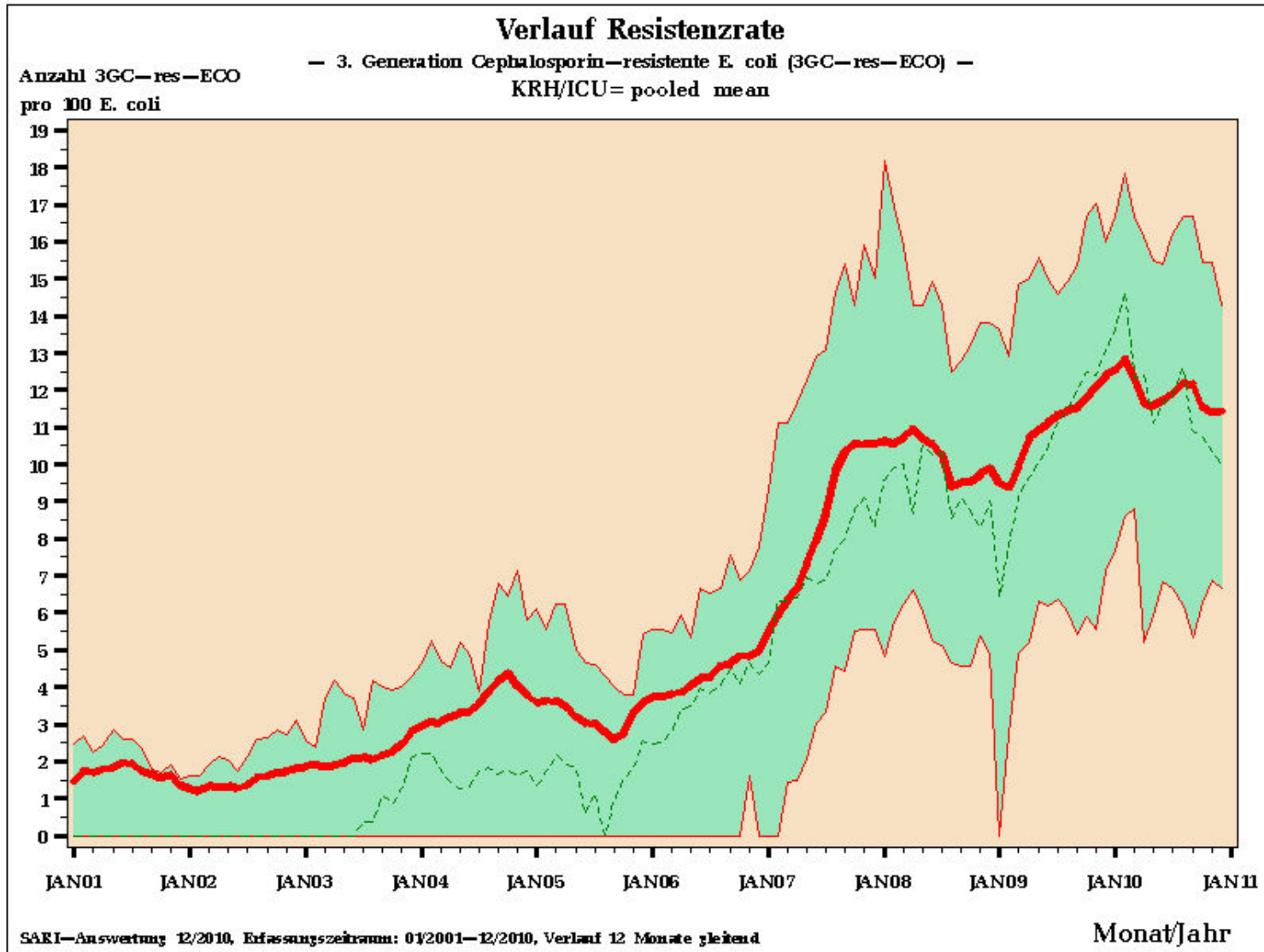


Median

Obere Linie: 75% Perzentile

Untere Linie: 25% Perzentile

ZU
QZ 9.1



Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen

am Institut für Hygiene, UK Benjamin Franklin, FU Berlin/ZB Krankenhaushygiene
und Infektionsprävention, UL Charité, HU Berlin (Prof. Dr. med. Petra Gastmeier)

Kooperationspartner: Prof. Dr. med. Markus Dettenkofer

Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene Freiburg
Universitätsklinikum Freiburg



alle nach DIN-testenden SARI-ITS (Zeitraum: Januar 2006 - Dezember 2010, N=31)										
ERREGER	# I.	ANTIBIOTIKA	# ITS g.	# g. I.	RR	MIN	Q1	MED	Q3	MAX
A.baumannii	855	Ceftazidim	28	720	27,6	0,0	18,1	22,4	38,1	55,0
		Cefuroxim/Cefotiam	29	739	91,2	0,0	75,0	98,8	100,0	100,0
		Piperacillin/Sulbactam	16	227	9,3	0,0	0,0	1,3	24,6	100,0
		Piperacillin/Tazobactam	30	753	21,0	0,0	2,6	18,3	26,2	60,0
		Imipenem	28	706	16,7	0,0	0,0	6,2	20,1	48,3
		Meropenem	28	759	14,5	0,0	0,0	5,7	16,2	41,5
		Amikacin	24	342	10,2	0,0	0,0	0,0	14,3	100,0
		Ciprofloxacin	30	741	23,2	0,0	9,5	22,0	30,8	100,0
E.cloacae	2.548	Cefotax./Ceftr./Cefta.	29	2.437	37,5	12,8	30,4	37,0	48,1	77,8
		Imipenem	29	2.355	0,6	0,0	0,0	0,0	0,9	2,5
		Meropenem	30	2.447	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
		Amikacin	25	1.227	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7
		Ciprofloxacin	31	2.434	7,6	0,0	3,1	6,1	11,1	100,0
		Levofloxacin	27	1.631	7,8	0,0	0,0	5,7	11,1	100,0
S.marcescens	1.073	Imipenem	28	993	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
		Cefotax./Ceftr./Cefta.	29	1.019	9,0	0,0	0,0	4,7	9,1	26,5
		Meropenem	29	1.044	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Amikacin	22	454	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8
		Ciprofloxacin	30	1.017	6,0	0,0	0,0	1,0	8,3	20,3
		Levofloxacin	26	699	7,2	0,0	0,0	1,5	8,7	33,3
E.coli	7.506	Cefota./Ceftr./Cefta.	31	7.142	10,0	0,7	6,5	10,5	14,9	20,0
		Cefuroxim/Cefotiam	30	6.764	18,8	0,0	13,5	18,0	22,5	31,0
		Imipenem	29	6.513	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
		Meropenem	30	6.744	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
		Ciprofloxacin	31	6.976	21,8	5,8	17,6	21,7	27,1	47,4
		Levofloxacin	28	5.002	22,1	6,8	16,8	22,5	28,8	45,9
		Amikacin	26	3.561	0,5	0,0	0,0	0,0	0,6	4,8
		Piperacillin/β-Lactamase-Inhibitor	31	6.249	13,4	0,0	9,8	11,1	17,0	25,0
		Ampicillin/Sulbactam	31	6.701	43,0	21,7	34,6	37,0	43,0	50,0
		Amoxicillin/Clavulansäure	11	2.039	44,3	0,0	24,0	27,0	33,0	50,0

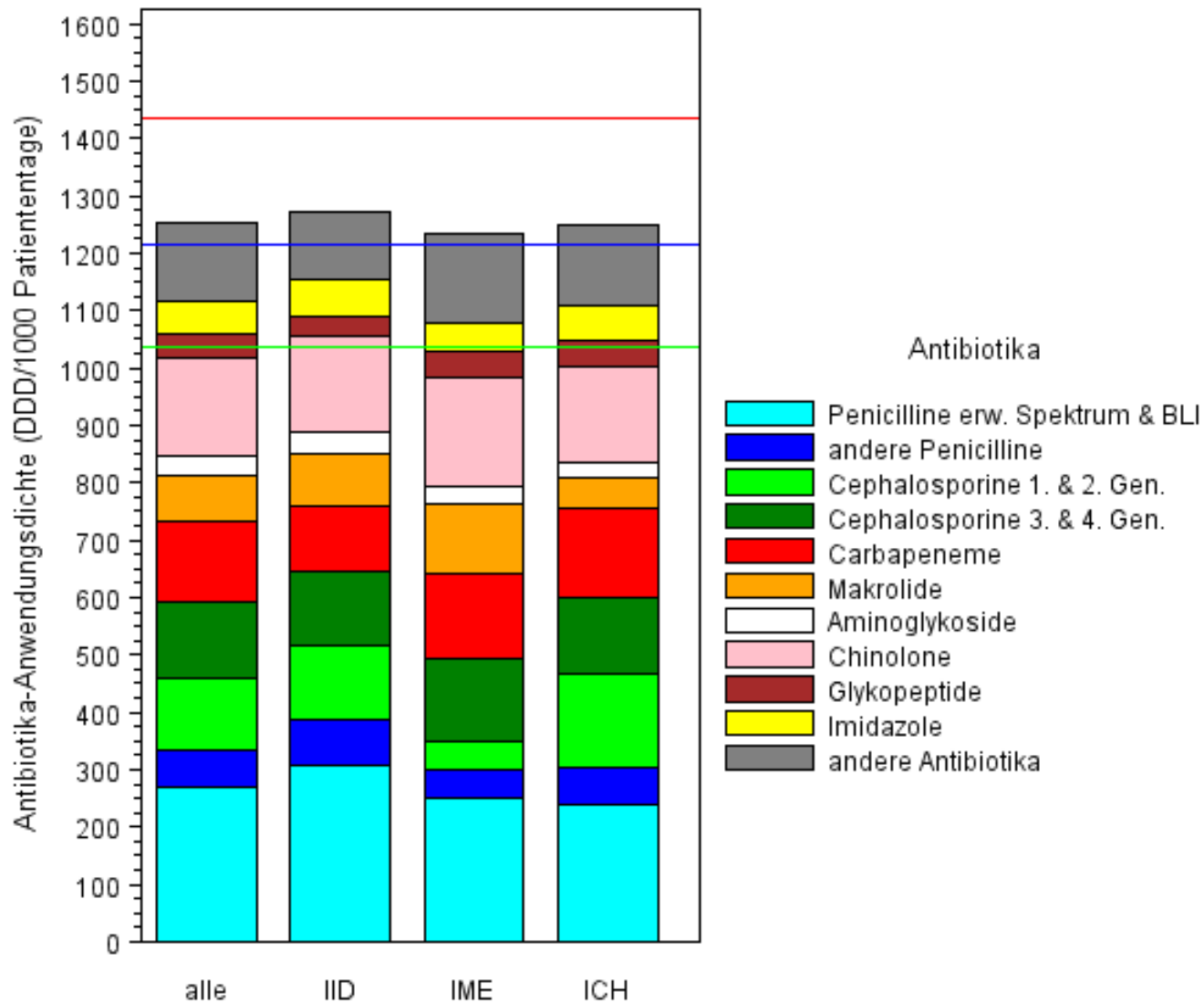
RR: Resistenzrate

<http://sari.ipse-freiburg.de>

Berechnung der ddd (defined daily dose) pro 1000 Patiententage



- Berechnungsgrundlage:
Summe Antibiotikaverbrauch
 - Umrechnung des Verbrauchs von Gewichtseinheiten in verbrauchte Tagesdosen
 - Bezug der Anzahl Tagesdosen auf 1000 Patiententage



Verteilung SARI 2005-2008

SARI-Auswertung 12/2009, Erfassungszeitraum: 01/2005-12/2009, DDD defined daily doses (Tagesdosen),

erw. erweitertem, BLI beta-Laktamase Inhibitor,

alle ITS(N=72), IID interdisziplinäre ITS (N=28), IME medizinische ITS (N=18),

ICH chirurgisch/neurochirurgisch ITS (N=26),

Referenzlinien: grün 25% Perzentil, blau 50% Perzentil, rot 75% Perzentil aller ITS

ZU
QZ 9.2

**Nationales Referenzzentrum
für Surveillance
von nosokomialen Infektionen**

am Institut für Hygiene, UK Benjamin Franklin, FU Berlin/ZB Krankenhaushygiene
und Infektionsprävention, UL Charité, HU Berlin (Prof. Dr. med. Petra Gastmeier)



Kooperationspartner: Prof. Dr. med. Markus Dettenkofer
Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene Freiburg
Universitätsklinikum Freiburg

ATC Code WHO	Wirkstoff	Alle SARI-ITS: 01/2006-12/2010						
		# DDD	AD	MIN	Q1	MED	Q3	MAX
	4. Generation Cephalosporin	7.488	5,8	0,0	0,0	0,0	2,9	78,8
J01DE24	Cefepim	7.488	5,8	0,0	0,0	0,0	2,9	78,8
	Carbapeneme	203.164	158,5	10,6	95,5	154,8	223,0	593,7
J01DH51	Imipenem	73.990	57,7	0,0	3,6	30,8	108,8	401,8
J01DH02	Meropenem	116.608	91,0	0,0	29,9	67,5	153,5	314,8
J01DH03	Ertapenem	11.358	8,9	0,0	0,0	1,2	11,5	69,2
J01DH04	Doripenem	1.208	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	68,4
	Monobactame	640	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6
J01DF01	Aztreonam	640	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6
	Glykopeptide	62.712	48,9	0,8	18,0	33,5	59,0	424,6
J01XA01	Vancomycin (p)	56.456	44,0	0,8	17,7	30,1	54,2	197,5
J01XA01	Vancomycin (o)	225	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1
J01XA02	Teicoplanin	6.031	4,7	0,0	0,0	0,0	2,3	388,4
	Fluorochinolone	225.445	175,9	40,3	121,5	173,6	239,7	411,2
J01MA02	Ciprofloxacin (p)	115.681	90,2	6,3	47,3	83,7	122,6	285,9
J01MA02	Ciprofloxacin (o)	29.275	22,8	0,0	7,9	18,5	28,3	149,9
J01MA01	Ofloxacin (p)	851	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	39,4
J01MA01	Ofloxacin (o)	71	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
J01MA12	Levofloxacin (p)	27.852	21,7	0,0	0,3	12,9	40,0	253,7
J01MA12	Levofloxacin (o)	6.451	5,0	0,0	0,0	2,8	9,4	94,9
				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

AD: Mittelwert der DDD/1000 Patiententage
(Mittelwert der Anwendungsdichten aller Stationen)

<http://sari.ipse-freiburg.de>

Berechnung der ddd (defined daily dose) pro 1000 Patiententage

- Berechnung für:
 - Vancomycin
 - Piperacillin/Tazobactam
 - Fluorochinolone
 - 3. Gen.-Cephalosporine
 - Carbapeneme
- Beurteilung:
 - Durchführung für 3 bzw. 4 der 5 Antibiotikaklassen: 1 QP
 - Durchführung für alle 5 Antibiotikaklassen: 2 QP

Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen



- Welche sind die „wichtigsten“ Indikationen?
 - abhängig vom Fachbereich und ggf. vorhandenen Schwerpunkten
 - Häufige Indikationen für die empirische Antibiotikatherapie darstellen lassen
- Werden die Therapieleitlinien regelmäßig überprüft, z.B. aufgrund der eigenen Resistenzstatistik?

Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen



- Antibiotikatherapieleitlinie für 2 Indikationen vorhanden: 1 QP
- Antibiotikatherapieleitlinie für 4 oder mehr Indikationen vorhanden: 2 QP

Präsentation der Daten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission



- Nachweis durch Vorlage der Protokolle der Kommissionssitzungen: 1 QP

Sicherstellung der Strukturqualität

ZIEL

Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus

1. Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus, unter Einbezug aller beteiligten Bereiche und der darin verantwortlichen Mitarbeiter
2. Mindestens 1 x jährlich Einberufung der Hygienekommission
3. Externer / interner Krankenhaushygieniker: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse
4. HBÄ: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Fortbildungen
Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung

Sicherstellung der Strukturqualität

ZIEL

Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus

5. Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Fortbildungen
Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung
6. Hygienebeauftragte in der Pflege: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Fortbildung
Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung

– 1 QP pro Ziel, max. Punktzahl 6 QP, mind. 1 QP

Empfehlung

Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:951–962
DOI 10.1007/s00103-009-0929-y
Online publiziert: 20. August 2009
© Springer-Verlag 2009

Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen

Empfehlung der Kommission
für Krankenhaushygiene und
Infektionsprävention

i.V.m.

Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus

zu
QZ 10.1

Empfehlung

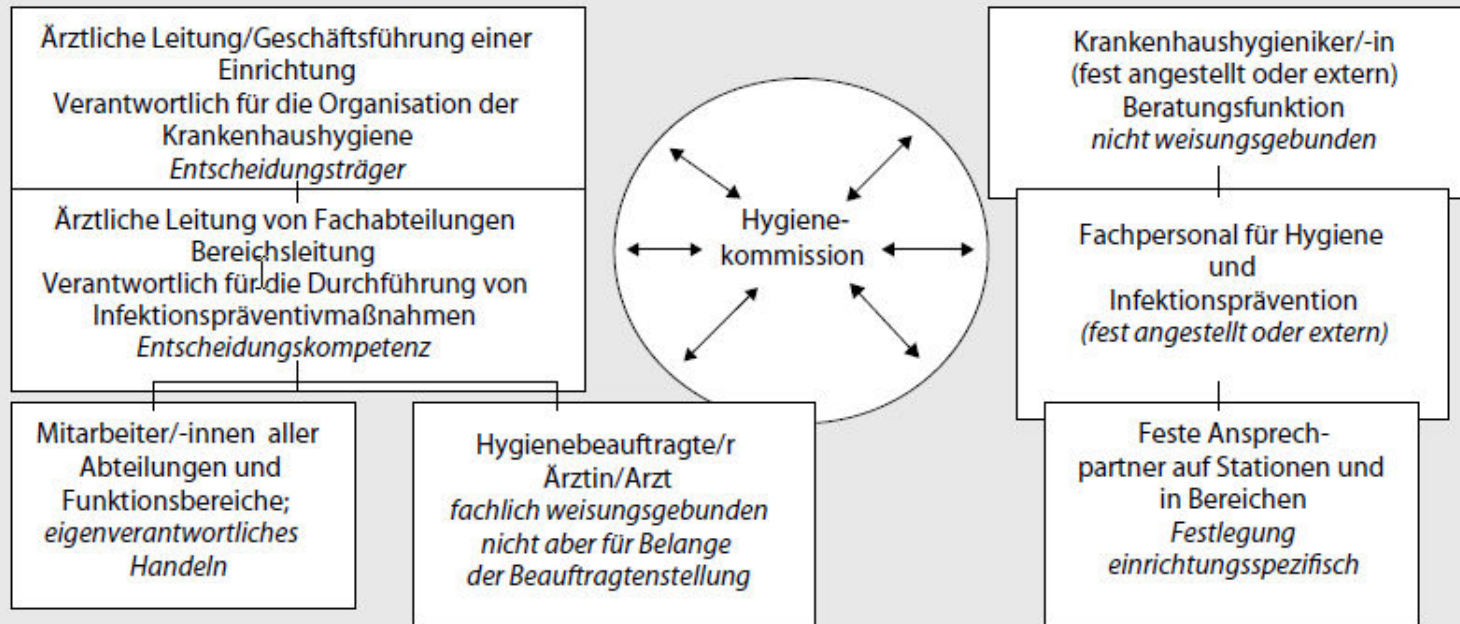


Abb. 2 ◀ Beispiel in Form eines Organigramms für das Hygienemanagement in Kliniken

- Nachweis durch Vorlage aussagekräftiger interner Dokumente: 1 QP

Mindestens jährliche Einberufung der Hygienekommission

ZU
QZ 10.2

§ 3 Krankenhaushygieneverordnung **NRW** (v. 09.12.2009)

Hygienekommission

(1) In jedem Krankenhaus ist eine Hygienekommission zu bilden. Die Hygienekommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Krankenhausträgers bedarf. Der Hygienekommission gehören mindestens an

1. der Leitende Arzt,
2. die Leitende Pflegekraft,
3. die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes,
4. die Hygienefachkräfte nach § 4,
5. der Krankenhaushygieniker und
6. die Hygienebeauftragten nach § 5.

Der Hygienekommission sollten darüber hinaus der kaufmännische Direktor, der Krankenhausapotheker und der technische Leiter angehören. Weitere Abteilungsärzte sowie Mitglieder der Personalvertretung im Krankenhaus können der Kommission angehören.

Mindestens jährliche Einberufung der Hygienekommission

ZU
QZ 10.2

§ 3 Krankenhaushygieneverordnung **NRW** (v. 09.12.2009)

Hygienekommission

(3) Die Hygienekommission wird von dem Vorsitzenden in regelmäßigen Abständen, **mindestens halbjährlich**, einberufen. Bei gehäuftem Auftreten von Krankenhausinfektionen und bei besonderen, die Hygiene betreffenden Vorkommnissen wird die Hygienekommission unverzüglich einberufen.

- Nachweis durch Vorlage der Protokolle der Kommissionssitzungen: 1 QP

Externer / interner Krankenhausthygieniker: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse

ZU
QZ 10.3

Nach Punkt 3.1 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Qualifikation des Krankenhaushygienikers

- approbierter Humanmediziner
- Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bzw.
- Facharztausbildung mit Nachweis der Fähigkeit zur Erfüllung der in der KRINKO-Empfehlung genannten Aufgaben

Externer / interner Krankenhausthygieniker: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse

zu
QZ 10.3

Nach Punkt 3.1 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Aufgaben des Krankenhaushygienikers

- Koordination der Prävention und Kontrolle nosokomialer Infektionen
- Beratung der ärztlich und pflegerisch Verantwortlichen
- Bewertung der für die Entstehung nosokomialer Infektionen vorhandenen Risiken
- Festlegung des notwendigen und angemessenen Risikomanagements
- Sicherstellung der Berücksichtigung aller baulich-funktionellen und betrieblich-organisatorischen Erfordernisse auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien
- Durchführung der Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen entsprechend § 23 Abs. 4 IfSG (gemeinsam mit HFK)
- Koordination aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Infektionsprävention und des Ausbruchsmanagements
- Ansprechpartner für die zuständigen Gesundheitsbehörden

Bei stationären Einrichtungen wird als Richtgröße ab einer Zahl von 400 Betten ein *hauptamtlicher* Krankenhaushygieniker für sinnvoll erachtet

Externer / interner Krankenhaushygieniker: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse

zu
QZ 10.3

Nach Punkt 3.1 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Stellung des Krankenhaushygienikers

- Leiter einer eigenen Organisationseinheit
- HFK sind dem Krankenhaushygieniker zugeordnet
- Durch eine Stabsfunktion soll die fachliche Unabhängigkeit gewährleistet werden
 - Gegenüber dem Träger der Einrichtung unmittelbar verantwortlich
 - Für die Fachabteilungen beratend tätig
- Für externe Krankenhaushygieniker werden entsprechende vertragliche Vereinbarungen empfohlen

- Schriftlicher Nachweis, dass die Anforderungen zu QZ 10.3 erfüllt sind: 1 QP

HBÄ: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen

ZU
QZ 10.4

Nach Punkt 3.2 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Qualifikation und Fortbildungen des Hygienebeauftragten Arztes

- Weisungsbefugter Facharzt in seinem Gebiet
- Qualifizierung durch den Besuch entsprechender Fortbildungen



Einladung

Grundkurs: Der Hygienebeauftragte (nach den RKI Empfehlungen)

Aachen
Montag, 14. März 2011
Dienstag, 15. März 2011

Veranstalter:
Prof. Dr. med. S. W. LEMMEN
Zentralbereich für Krankenhaushygiene
und Infektiologie (ZfKI)
Zentrum für Infektiologie (DGI)
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Mit freundlichen Grüßen

S. Lemmen

Ihr
Prof. Dr. med. S. W. Lemmen

PROGRAMM Montag 14.03.2011

10:00 - 11:00 Uhr
Rolle der Hygienefachkraft,
Hygienebeauftragter Arzt,
Krankenhaushygieniker und Amtsarzt

11:00 - 11:45 Uhr
Standardhygienemaßnahmen: Hände, Kittel
usw.

11:45 - 12:00 Uhr
PAUSE

12:00 - 13:00 Uhr
Prävention der Pneumonie

13:00 - 14:00 Uhr
MITTAGSPAUSE

14:00 - 15:00 Uhr
Medizinproduktgesetz: Wiederaufbereitung
von OP-Instrumenten, Endoskopen usw.

15:00 - 16:00 Uhr
Hygienemaßnahmen im OP-Bereich

16:00 - 17:00 Uhr
Erfassung nosokomialer Infektionen

PROGRAMM Dienstag 15.03.2011

09:00 - 10:00 Uhr
Rationeller Einsatz von Antibiotika
Was ich schon immer über Antibiotika wissen
wollte!

10:00 - 11:00 Uhr
MRSA, VRE, ESBL
und andere multiresistente Erreger I
(Epidemiologie, Therapie)

11:00 - 11:15 Uhr
PAUSE

11:15 - 12:30 Uhr
MRSA, VRE, ESBL
und andere multiresistente Erreger II
(Prävention)

12:30 - 13:30 Uhr
MITTAGSPAUSE

13:30 - 14:30 Uhr
Isolationsempfehlungen – wen, wann, wo und
wie lange

14:30 - 15:30 Uhr
Prävention der Sepsis

ab 15:30 Uhr
Abschlussdiskussion und Quiz

HBÄ: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen

ZU
QZ 10.4

Nach Punkt 3.2 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Aufgaben des Hygienebeauftragten Arztes

- Umsetzung der auf den Verantwortungsbereich zugeschnittener Hygienemaßnahmen (in enger Zusammenarbeit mit dem Hygienefachpersonal)
- Unterstützung des Hygienefachpersonals innerhalb des jeweiligen Funktionsbereichs
- Nachgehen von Ursachen nosokomialer Infektionen
- Zeitnahes Einleiten von Maßnahmen (Ausbruchsmanagement)
- Mitglied in der Hygienekommission, Vermittlung von Beschlüssen im eigenen Fachbereich

§ 5 Abs. 2 Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Der Hygienebeauftragte hat insbesondere

1. bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene- und Infektionsprävention in seinem Verantwortungsbereich mitzuwirken und dabei Verbesserungen der Hygienepläne und der Funktionsabläufe anzuregen und
2. bei der Aus- und Fortbildung des Personals in der Krankenhaushygiene mitzuwirken.

HBÄ: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen

ZU
QZ 10.4

Nach Punkt 3.2 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Aufgaben des Hygienebeauftragten Arztes

- Umsetzung der auf den Verantwortungsbereich zugeschnittener Hygienemaßnahmen (in enger Zusammenarbeit mit dem Hygienefachpersonal)
- Unterstützung des Hygienefachpersonals innerhalb des jeweiligen Funktionsbereichs
- Nachgehen von Ursachen nosokomialer Infektionen
- Zeitnahes Einleiten von Maßnahmen (Ausbruchsmanagement)
- Mitglied in der Hygienekommission, Vermittlung von Beschlüssen im eigenen Fachbereich

HBÄ: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.4

Nach Punkt 3.2 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009 und § 5 Abs. 1 Krankenhaushygieneverordnung NRW

Bedarf an Hygienebeauftragten Ärzten

- mind. 1 HBA / Krankenhaus
- jede organisatorisch getrennte Abteilung mit einem speziellen Risikoprofil für nosokomiale Infektionen sollte einen HBA benennen

- **Schriftlicher Nachweis, dass die Anforderungen zu QZ 10.4 erfüllt sind: 1 QP**

Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.5

Nach Punkt 3.3 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Qualifikation der Hygienefachkräfte

- Voraussetzung für diese Weiterbildung eine staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin und eine mindestens 3-jährige Berufserfahrung vorzugsweise in der Intensivmedizin, Chirurgie, Onkologie oder ähnlichen Risikobereichen als Zugangsvoraussetzung zu fordern
- Ausbildung nach den Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen zur Hygienefachkraft der Länder

§ 4 Abs. 1 Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Qualifikation der Hygienefachkräfte

Hygienefachkräfte im Sinne dieser Verordnung sind Hygienefachschwestern/ Hygienefachpfleger, *die an einer qualifizierten, staatlich anerkannten Weiterbildung zur Hygienefachkraft mit Erfolg teilgenommen haben.*

Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.5

§ 4 Abs. 3 Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Aufgaben der Hygienefachkräfte

Die Hygienefachkräfte haben insbesondere

- 1. mit den Hygienebeauftragten bei der Überwachung der Krankenhaushygiene und krankenhaushygienischen Maßnahmen zusammenzuarbeiten,*
- 2. Surveillance von nosokomialen Infektionen sowie von multiresistenten Erregern und anderen besonderen Erregern gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz in Zusammenarbeit mit den Hygienebeauftragten und dem Krankenhaushygieniker durchzuführen,*
- 3. die Stationen und die sonstigen pflegerischen, diagnostischen, therapeutischen, ver- und entorgungstechnischen Bereiche sowohl regelmäßig als auch anlassbezogen zu besichtigen,*
- 4. die Ärzte, das Pflegepersonal und die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes der entsprechenden Bereiche über Verdachtsfälle zu unterrichten,*
- 5. die Mitarbeiter über angeordnete Hygienemaßnahmen und deren Gründe zu unterrichten,*
- 6. die Hygiene-, Desinfektions- und Desinsektionsmaßnahmen zu überwachen,*
- 7. Arbeitspläne für pflegetechnische Maßnahmen nach hygienischen Gesichtspunkten zu erstellen und deren Einhaltung zu überwachen,*
- 8. bei epidemiologischen Untersuchungen mitzuwirken,*

Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.5

§ 4 Abs. 3 Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Aufgaben der Hygienefachkräfte

Die Hygienefachkräfte haben insbesondere

(...)

- 9. bei der Fachaufsicht über die Sterilisations- und Desinfektionsgeräte, über die Bettenaufbereitung sowie über die Krankenhausreinigung mitzuwirken,*
- 10. die Analyse und Bewertung mikrobiologischer und anderer Befunde von Infektionen und anderer gesundheitsgefährdender Gegebenheiten bei Patienten und deren Umgebung insbesondere aufgrund von Untersuchungen an Patienten, Personal, Luft, Wasser, Klimaanlage und Gegenständen auf mögliche Gesundheitsgefährdungen zu unterstützen,*
- 11. in Zusammenarbeit mit den hygienebeauftragten Ärzten und dem Krankenhaushygieniker Infektionsketten und Infektionsursachen zu erforschen sowie die Gegenmaßnahmen einzuleiten und*
- 12. Fortbildungen für das Krankenhauspersonal durchzuführen.*

Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbed.

zu
QZ 10.5

Tab. 6 Einstufung von Maßnahmen/Patienten/-innen in Bezug auf das Infektionsrisiko

Maßnahmen			
Risiko	Hoch	Mittel	Niedrig
	<ul style="list-style-type: none"> – Intensivmedizinische oder vergleichbare Betreuung – Komplexbehandlungen – Betreuung isolierter Patienten/-innen 	<ul style="list-style-type: none"> – Alle Operationen und Eingriffe – Invasive Diagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> – Konservative Diagnostik und Therapie
Patienten			
Risiko	Hoch (A)	Mittel (B)	Niedrig (C)
Stationär	<ul style="list-style-type: none"> – Immunsupprimierte/-defiziente Patienten/-innen mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko – Polytraumatisierte Patienten/-innen – Schwerstbrandverletzte – Alle Intensivpatienten 	<ul style="list-style-type: none"> – Chirurgische Fächer – Gynäkologie – Geburtshilfe – Stroke Unit – Intermediate Care – Interventionelle Radiologie – Operative Dermatologie – Chemotherapie – Dialyse 	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrie – Konservative Medizin der verschiedenen Fachrichtungen (zum Beispiel Innere Medizin, Geriatrie, HNO, Dermatologie, Neurologie, Radiologie) – Nicht immunsupprimierte hämatologisch-onkologische Patienten – Rehabilitationsabteilungen
Ambulant und teilstationär		<ul style="list-style-type: none"> – Ambulante Operationen – Ambulante, invasive Diagnostik (zum Beispiel Endoskopien, Bronchoskopien) – Ambulante/teilstationäre Dialyse 	<ul style="list-style-type: none"> – Behandlungsbereiche ohne invasive Maßnahmen und Diagnostik (inklusive Tageskliniken) – Ambulante Chemotherapien

Tab. 7 Bedarf an HFK pro Betten gemäß Risikoeinstufung analog Tab. 6

Betten führende Abteilungen	Hoch (A)	1:100 Betten
	Mittel (B)	1:200 Betten
	Niedrig (C)	1:500 Betten

Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.5

Nach Punkt 3.3 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Befugnisse der Hygienefachkräfte

- die Mitarbeiter/-innen des Hygieneteams müssen Zugang zu allen hygiene- und infektionsrelevanten Unterlagen (einschließlich der Patientendaten) haben

- Schriftlicher Nachweis, dass die Anforderungen zu QZ 10.5 erfüllt sind: 1 QP

Hygienebeauftragte in der Pflege: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen

zu
QZ 10.6

Nach Punkt 3.4 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009

Qualifikation der Hygienebeauftragte in der Pflege

- *„erfahrene, hygieneinteressierte und in ihrem Tätigkeitsbereich anerkannte Pflegekräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung“*

Aufgaben der Hygienebeauftragte in der Pflege

- Verbindung zwischen Hygienefachkraft und Stations-/Bereichspersonal
- Multiplikator
- Unterstützung bei Ausbruchsmanagement und Fortbildungen

Bedarf der Hygienebeauftragte in der Pflege

- 1 Person pro Stations- und Funktionsbereich

Krankenhaushygieneverordnung **NRW**

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Regelung

Hygienebeauftragte in der Pflege: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen



- Schriftlicher Nachweis, dass die Anforderungen zu QZ 10.6 erfüllt sind: 1 QP