

# Checkliste Auditoren

## EuPrevent MRSA Qualitätssiegel der Krankenhäuser

### „Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz“



**Patiënteneiligheid door hygiëne en infectieziektebestrijding**  
**La sécurité des patients grâce à l'hygiène et à la protection contre les infections**

### Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz



Ministerium für Wirtschaft, Energie,  
Bauen, Wohnen und Verkehr  
des Landes Nordrhein-Westfalen



provincie limburg



DG



interreg



provincie limburg



Province de Liège



Santé et  
qualité de vie

mit Unterstützung des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)  
avec le soutien du Fonds européen de Développement régional (FEDER)  
met de ondersteuning van het Europees Fonds voor Regionaal Ontwikkeling (EFRO)

de Europese Commissie financiert in ihre Zukunft  
la Commission européenne financie dans votre avenir  
de Europese Commissie investeert in uw toekomst

**Haus:** \_\_\_\_\_ **Datum der Auditierung:** \_\_\_\_\_

**Dauer der Vorbereitung:** \_\_\_\_\_ h **Dauer der Auditierung:** \_\_\_\_\_ h

Stand:  
20.10.2011

- 1 -



## Anforderungen an das Qualitätssiegel euPrevent MRSA EMR

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen	3
2	Erfassung epidemiologischer Daten	6
3	Runder Tisch Gesundheitsämter Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE	3
4	Patienten- und risikobereicherorientiertes Screening	3
5	Erfassung von Risikofaktoren / Spa-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
		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.

Stand:  
20.10.2011

- 2 -

## Checkliste Auditoren

### Allgemeine Bedingungen

- Das Siegel gilt für zwei Jahre, eine Reevaluierung wird durch die Stiftung EuPrevent angeboten, genaue Ausarbeitung wird noch erfolgen.
- Eine zweite Siegelstufe ist geplant.
- Die Unterlagen zur Auditierung werden vorher von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt und können von den Auditoren bereits im Vorfeld eingesehen werden.
- 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 seit mindestens 12 Monaten implementiert sein.
- Die Auditierung muss durch einen Arzt / eine Ärztin des ÖGD geschehen, der / die regelmäßig Begehungen nach §23 Abs.6 IfSG vornimmt. Der Auditor kann durch geeignete Mitarbeiter begleitet werden.
- Werden Zeitangaben verlangt (z. B. in den letzten 12 Monate, so ist der Stichtag immer das Datum der Einreichung der Unterlagen).

Stand:  
20.10.2011

- 3 -

- 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.
- Punkte, die erst bei der Begehung bearbeitet werden können, sind in der Checkliste grau hinterlegt.
- 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](mailto:corinna.bank@rwth-aachen.de), Tel.:0241-8035595) oder Frau Dr. Weishoff-Houben (E-Mail: [michaela.weishoff@post.rwth-aachen.de](mailto:michaela.weishoff@post.rwth-aachen.de), Tel.: 0241-8088520) mitgeteilt werden. Die strittigen Fragen werden dann einem Schlichtergremium vorgelegt.

## Checkliste zum Audit

<b>QZ1 Teilnahme an euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen o. ä.</b>	<b>0,5 QP Pro Veran- staltung</b>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ1</b>	<b>/3</b>

### Ziel: Schulungen zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

- Anerkannt werden Bescheinigungen aus den letzten 12 Monaten (Stichtag: Datum Einreichung der Unterlagen).
- **Zum Nachweis des Besuchs von Qualitätsverbundveranstaltungen und durch die Ärztekammer-zertifizierten Veranstaltungen** sind die Bescheinigungen von Multiplikatoren (Chefärzte, Oberärzte, hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, Pflegedienstleitung etc.) einzureichen.
- Pro Veranstaltung erhält man **0,5 Punkte**, maximal können 3 Punkte erreicht werden, d. h. es können maximal sechs Veranstaltungen berücksichtigt werden.
- Wird die gleiche Veranstaltung von mehreren Mitarbeitern des Hauses besucht, wird sie nur einmal gezählt.

Stand:  
20.10.2011

- 5 -

- Gezählt werden neben den Qualitätsverbundveranstaltungen auch alle anderen Veranstaltungen des Netzwerkes EuPrevent MRSA und Veranstaltungen anderer Netzwerke
  - Die Teilnahme von Multiplikatoren an durch die Ärztekammer zertifizierter Veranstaltungen kann dann anerkannt werden, wenn diese Veranstaltungen zu dem Themen Infektionsprävention, Infektionsdiagnostik und Infektionstherapie statt fanden.
  - **Innerbetriebliche Veranstaltungen** werden ebenfalls anerkannt, wenn sie von mind. 20% der Zielgruppe besucht worden sind und sich schwerpunktmäßig mit den Themen MRE-Prävention, Antibiotikamanagement oder Krankenhaushygiene beschäftigen. Dabei werden Fortbildungen zu den oben genannten Themen für verschiedene Zielgruppen anerkannt, z. B. Ärzte, Pflegepersonal, Funktionsabteilungen, Reinigungsdienst etc.
  - Kurse für Hygienebeauftragte Ärzte werden ebenfalls anerkannt.
  - Die Teilnahme des Personals muss durch Anwesenheitslisten oder Bescheinigungen belegt werden.
  - Die Anerkennung einzelner Veranstaltungen liegt im Ermessen der Auditoren.
-

<b>QZ2 Erfassung epidemiologischer Daten (Surveillance)</b>	
<b>Erfassung mindestens <u>einer</u> nosokomialen Infektionsart nach IfSG (in Deutschland), z. B. beatmungassoziiertes Pneumonie</b>	<b>2 QP</b>
DEVICE –KISS	<input type="checkbox"/>
ITS - KISS	<input type="checkbox"/>
NEO - KISS	<input type="checkbox"/>
ONKO - KISS	<input type="checkbox"/>
OP - KISS	<input type="checkbox"/>
Hausinterne Erfassung mit Bezugsgröße Infektion: _____	<input type="checkbox"/>
<b>Erfassung von MRSA – Patienten</b>	<b>2 QP</b>
MRSA-KISS	<input type="checkbox"/>
MGEPA-Schreiben	<input type="checkbox"/>
Hausinterne Erfassung mit Bezugsgröße	<input type="checkbox"/>
<b>Analyse und Präsentation der Daten</b>	<b>Je 1 QP</b>
Darstellung der Surveillance-Daten	<input type="checkbox"/>
Darstellung der Daten zur MRSA-Erfassung	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ2</b>	<b>/6</b>

**Ziel: Datenerfassung und – austausch**

a) Erfassung einer nosokomialen Infektionsart nach § 23 Abs. 4 IfSG (2QP)

- Die Infektion kann nach KISS oder nach einem hausinternen System erfasst werden. Die Verwendung hauseigener Erfassungssysteme muss von den

Stand:  
20.10.2011

- 7 -

Auditoren kritisch geprüft werden. Nur aktive Surveillance (aktive Erfassung durch Hygienepersonal, nicht Meldung durch Stationen) wird akzeptiert! Wichtig bei hausinternen Erfassungssystemen ist, dass mit einer sinnvollen Bezugsgröße erfasst wird, z. B. pro Patiententag, nicht nur soundsoviel Infektionen im Jahr. Mindestanforderung: Bezug auf Neuaufnahmen, besser: Bezug auf Patiententage bzw. Devicetage

- Erfasst werden können entweder postoperative Wundinfektionen bei einer ausgewählten Indikatoroperation (eine Operation, die im jeweiligen Haus häufig vorkommt bzw. bei der eine Wundinfektion eine besondere Relevanz hat, z. B. Appendektomie) oder ausgewählte Device-assoziierte Infektionen (Katether-assoziiertes Harnwegsinfekt, beatmungsassoziierte Pneumonie, ZVK-assoziierte Sepsis)
- Bei dem Erfassen einer nosokomialen Infektion nach IfSG erhält man 2 QP, d.h. man kann hier entweder 2QP oder 0QP bekommen
- Die Erfassung muss seit mindestens 12 Monaten durchgeführt werden (Stichtag: Datum der Einreichung der Unterlagen)
- **Wichtig!:** Die Teilnahme an einem KISS-Modul kann durch das entsprechende Zertifikat der Teilnahme belegt werden. Daten müssen nicht vorgelegt werden.

#### b) Erfassung von MRSA-Patienten (2QP)

- MRSA- Patienten können entweder mit dem MRSA - KISS Modul oder nach einem hausinternen System erfasst werden. Wichtig ist, dass es auch hier eine Bezugsgröße (Patiententage) gibt und zwischen ambulanten und nosokomialen Fällen unterschieden wird.
- Ist kein Erfassungssystem vorhanden, kann auch eine Datenerfassung im Sinne der Anfrage MGEPA vom 30.01.2011 anerkannt werden. Wenn das Krankenhaus keine Daten zeigen möchte, kann es sich bei dem jeweiligen

Stand:  
20.10.2011

- 8 -



Gesundheitsamt die inhaltlich aussagekräftige Beantwortung des MGEPA-Schreibens formlos schriftlich bestätigen lassen.

- Auch hier ist es nur möglich, entweder 2QP oder 0QP zu erreichen.

c) Darstellung der Daten (2QP)

- Für das Darstellen der Surveillancedaten erhält man **1QP** und für die Darstellung der Daten zur MRSA-Erfassung erhält man ebenfalls **1QP**.
  - Die Daten können vor der Hygienekommission, in den jeweiligen Abteilungen oder sonstigen Bereichen des Hauses vorgestellt worden sein. Die Präsentation ist durch Protokolle, o. ä. zu belegen.
-

<b>QZ3 Runder Tisch Gesundheitsämter Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE</b>	<b>1 QP</b> Pro Veran- staltung
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
Veranstaltung: Teilnehmer:	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ3</b>	<b>/3</b>

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

- Relevant sind die durch die Lokalen Koordinatoren an den Gesundheitsämtern einberufenen Runden Tische
- Die Runden Tische können das Projekt betreffen oder im Rahmen von Qualitätszirkeln zu Antibiotikatherapie, Diagnostik oder regelmäßigen Auffrischkursen zum Hygienebeauftragten Arzt stattfinden.
- Es ist die Teilnahme von mindestens einem Mitarbeiter (Multiplikator) des Krankenhauses (Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt etc.) an den Runden Tischen der Gesundheitsämter z. B. durch die Vorlage von Teilnehmerlisten zu belegen.
- Pro besuchte Veranstaltung wird **1QP** vergeben.
- Es werden alle bisher durchgeführten Netzwerkveranstaltungen anerkannt.

Stand:  
20.10.2011

- 10 -

<b>QZ4 Patienten – und risikobereichorientiertes Screening</b>	<b>3 QP Je 1 QP</b>
Zusage zur Teilnahme am Screening und Beginn des Screenings	<input type="checkbox"/>
Hygienekommissionsbeschluss mit konkreter Regelung des MRSA Screenings	<input type="checkbox"/>
MRSA Screening eine Woche durchgeführt (Beleg durch „excel-sheet“)	<input type="checkbox"/>
Unterlagen über bereits im Vorfeld erfolgte Festlegung von Risikobereichen	Ein Kreuz ausreichend für 3 QP
Vollscreening schon erfolgt, Screeningregime nach Ergebnis angepasst Unterlagen vorhanden Gescreent wird: _____	<input type="checkbox"/>
Definition eigener Risikobereiche anhand anderer Überlegungen Unterlagen vorhanden Gescreent wird: _____	<input type="checkbox"/>
Screening gemäß KRINKO-Empfehlung 2008 Entsprechende Verfahrensanleitung liegt vor	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ4</b>	<b>/3</b>

### Ziel: Einschätzung der Prävalenz von MRSA

- Es gibt grundsätzlich entweder die Möglichkeit, das Vollscreening über fünf Tage durchzuführen, um die drei QP zu erwerben oder unter Umgehung des Vollscreenings über die Ausnahme („Falls ein Haus ....“) die drei QP zu erhalten.
- a) Vollscreening über fünf Tage
  - Vor Beginn des Screenings muss das Haus (z.B. im Rahmen einer Hygienekommissionssitzung) seine Bereitschaft zur Teilnahme schriftlich erklären und mit dem Screening zumindest beginnen. Beginn ist, wenn

Stand:  
20.10.2011

- 11 -

mindestens ein Patient gescreent wird, der anhand der bisher geltenden Regelung nicht gescreent worden wäre **(1QP)**.

- Eine schriftliche Einverständniserklärung des einzelnen Patienten ist nicht erforderlich! Solange das Screening im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt wird und sich an der KRINKO – Empfehlung orientiert, muss keine spezielle Einverständniserklärung eingeholt werden. Hierbei handelt es sich dann um eine Maßnahme des Infektionsschutzes und damit um eine präventive Diagnostik zur Feststellung einer Trägerschaft. Die KRINKO gestattet hier auch das Vollscreening, weil, abhängig von der epidemiologischen Situation vor Ort, über die Risikopatienten hinaus gescreent werden darf und muss.
- Im Rahmen eines Entscheidungsgremiums (z.B. einer Hygienekommissionssitzung) muss die genaue Durchführung des MRSA Screenings konkret geregelt werden. Dabei reicht die Planung des Screenings aus, um diesen QP zu erreichen. Es muss nicht mit dem Screening begonnen worden sein. Es sollten aber hohe Anforderungen an die Ausarbeitung der „genauen Durchführung“ gestellt werden **(1QP)**.
- Für die Durchführung des Screenings über eine Woche (fünf Tage) wird ebenfalls **1 QP** vergeben.

b) zurückliegendes Vollscreening

- Wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein mind. 5-tägiges Eingangsscreening mit Festlegung von Risikobereichen und Risikopatienten (QZ5) vorgenommen, wird dies anerkannt. Das Screening darf nicht länger zurückliegen als die Überarbeitung der Risikofaktoren durch das RKI (August 2008)

c) Übernahme der Risikofaktoren des RKI /Festlegung eigener Risikobereiche

- Alternativ können individuelle Risikobereiche von den Häusern definiert und ein risikobasiertes Eingangsscreening festgelegt worden sein. Auch dies

Stand:  
20.10.2011

- 12 -

- wird anerkannt. Entsprechende Überlegungen sind zu dokumentieren (z. B. Protokolle der Hygienekommissionssitzung, Screeningprotokolle, Verfahrensprotokolle o. ä.). Die vom Haus festgesetzten Risikobereiche sollten die Risikobereiche des RKI ergänzen. Wird ein Risikofaktor weggelassen, so muss dies plausibel (nicht mit z. B. Kostengründen) begründet werden.
- Wird in einem Haus gemäß der Risikofaktoren der KRINKO (2008) gescreent und liegen entsprechende Verfahrensanweisungen o. ä. vor, so wird dies auch anerkannt.
  - Sind die unter b) oder c) genannten Bedingungen erfüllt, erhält das Haus auch ohne Durchführung eines Vollscreening **3 QP**.
  - Wird kein Vollscreening durchgeführt, können entweder nur 3QP oder 0QP erreicht werden.
  - **Achtung!:** Wird kein Vollscreening durchgeführt, entfällt eigentlich auch QZ5, da ein alleiniges Erfassen von Risikofaktoren ohne gleichzeitiges Screening keinen Sinn ergibt. Daher erhält man bei Erfüllung der Variante b von QZ4 für QZ5 automatisch **2 QP! (Die Suche nach MRSA-positiven Liquor- oder Blutuntersuchungen kann unabhängig vom Vollscreening von dem jeweiligen Haus in einem vorher festgelegten 5-tägigen Zeitraum vorgenommen werden. Damit kann im QZ5 noch 1QP erreicht werden.)**
-

<b>QZ5 Erfassung von Risikofaktoren / Spa- Typisierung</b>	<b>Je 1 QP</b>
Risikoerfassung über eine Woche durchgeführt (Beleg durch „excel-sheet“)	<input type="checkbox"/>
Auswertung der Risikofaktoren und Festlegung von Risikobereichen bzw. krankenhausspezifischen Risikopatienten	<input type="checkbox"/>
Spa-Typisierung MRSA-positiver Liquor- und Blutkulturisolaten	<input type="checkbox"/>
Variante b von QZ4, entspricht <b>2QP</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ5</b>	<b>/3</b>

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

- Ziel von QZ4 und QZ5 ist der Vergleich zwischen den Ergebnissen des Screenings und den Risikofaktoren, um für das eigene Haus zu entscheiden, ob die Empfehlungen der KRINKO individuell angepasst werden müssen, z. B. durch andere Bereiche erweitert werden müssen, wie z. B. Intensivstationen. Deshalb ist neben der Erfassung der MRSA-Risikofaktoren (**1QP**) vor allem die Auswertung der Risikofaktoren in Kombination mit den Ergebnissen des Screenings wichtig (**1QP**). Am Ende des Screenings werden die Daten (Screeningergebnisse und Risikofaktoren) mit der beigefügten Tabelle („excel-sheet“) anonym an das Gesundheitsamt übermittelt. Gleichzeitig ist die Zahl der stationären Aufnahmen im Screeningzeitraum anzugeben.
- Zu 3.: Sollten während des 5-tägigen Erfassungszeitraumes (egal bei welchem Patienten, nicht nur bei den Aufnahmen aus dieser Woche) eine MRSA-positive Liquor- oder Blutkultur entnommen werden, so sollte Material aus dieser Probe zur Spa-Typisierung zu Prof. Friedrich, Groningen geschickt

Stand:  
20.10.2011

- 14 -

werden (**1QP**). Wenn im Erfassungszeitraum keine Patienten mit MRSA-positiven Liquor- oder Blutkulturen betreut werden (Abgleich mit Meldedaten), so kann der 1QP trotzdem vergeben werden.

- Ist QZ4 durch die Variante b oder c erfüllt worden, entfällt QZ5; **das Haus erhält automatisch 2 QP (nur zwei!)**, es sei denn es wird ein 5- tägiger Erfassungszeitraum festgelegt, in dem nur das Vorhandensein von MRSA-positiven Blut- oder Liquorproben festgestellt wird. Dann gilt das zu Punkt 3 gesagte analog

<b>QZ6 Umsetzung nationaler Hygieneempfehlungen</b>	Je 1 QP
Vorhandensein eines Isolierungsprotokolls zur Isolierung von MRSA-Patienten	<input type="checkbox"/>
Leitlinien zu sonstigen Hygienemaßnahmen (außer Isolierung) beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus vorhanden	<input type="checkbox"/>

Zu Nr 3	Müssen alle erfüllt sein für 1QP
Aktuelle MRSA-Hygienepläne auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar, auch Intranet	<input type="checkbox"/>
Angebot regelmäßiger innerbetrieblicher Schulungen zum Thema Krankenhaushygiene und MRE	<input type="checkbox"/>

### **Beispiel für Umsetzungen der Empfehlungen zur MRSA-Prävention Isolationszimmer (exemplarisch)**

Isolationszimmer vorhanden	<input type="checkbox"/>
Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolation <input type="checkbox"/>	
Vorraum vorhanden mit Schleusenfunktion (nicht unbedingt erforderlich)	( <input type="checkbox"/> )
Schutzkittel vorhanden	<input type="checkbox"/>
Einmalkittel <input type="checkbox"/> Mehrfachkittel (Wechsel pro Schicht) <input type="checkbox"/>	
Anlegen eines Mundnasenschutzes vor Betreten des Zimmers	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion und Anlegen von Handschuhen vor Betreten des Zimmers (zumindest HS vor direktem Kontakt mit Gegenständen / Materialien)	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion nach Verlassen des Zimmers!!	<input type="checkbox"/>
Besucher und stationsfremdes Personal einweisen	<input type="checkbox"/>
Tägliche Desinfektion patientennaher Flächen	<input type="checkbox"/>
Patientenbezogene Verwendung von Instrumenten oder Instrumentendesinfektion direkt nach Gebrauch mit VAH-gelisteten Mitteln	<input type="checkbox"/>
Sammeln von Patientenwäsche und Verwendung eines anerkannten Wäschedesinfektionsverfahrens	<input type="checkbox"/>

 Stand:  
 20.10.2011

- 16 -



Sammeln von MRSA-haltigem Abfall und Entsorgung als Abfall des AS 18 01 04	<input type="checkbox"/>
Transporte und Verlegungen möglichst einschränken und nur nach Information der Zieleinrichtung	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Aktualisierung der MRSA-Hygienepläne	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Schulungen zum MRSA-Management	<input type="checkbox"/>
Anlassbezogene Interventionen im Zusammenhang mit dem MRSA-Management waren notwendig	<input type="checkbox"/>
Konstruktive Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ6</b>	<b>/3</b>

**Ziel: Bewertung der Umsetzung von Empfehlungen zur MRSA-Prävention des Robert-Koch-Instituts oder nationaler Empfehlung bezügl. Isolationsmaßnahmen, Barrieremaßnahmen etc.**

- Bei diesem Punkt geht es nicht nur um das Fest- (und Ab-)legen bestimmter Vorgehensweisen im Umgang mit MRSA-Patienten, sondern vor allem auch darum, dass die Maßnahmen im Alltag auch „gelebt“ werden.
- Für das Vorhandensein eines Isolierungsprotokolls (irgendwo im Krankenhaus) erhält man **1QP**.
- Für die Festlegung von anderen Maßnahmen beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus gemäß Punkte 4,5,6,7 der RKI-Empfehlung (z.B. Kittelpflege, Mund- /Nasenschutz, Handschuhe, desinfizierende Maßnahmen, Abfallentsorgung, Transport, Frühwarnsystem...) erhält man ebenfalls **1QP**. Auch hier reicht das Vorhandensein. Begründete Abweichungen in Details sind zulässig. Zulässig sind z. B.: Kittel nur bei Patientenkontakt, Mund-

Stand:  
20.10.2011

- 17 -

Nasenschutz nur in unmittelbarer Patientennähe (1m-Umkreis), Einmalhandschuhe nur bei möglichem Kontakt zu Sekreten u. ä.)

- Inwieweit die Hygienemaßnahmen auch praktiziert werden, wird in Nr.3 abgefragt.
- **Nr3a:** Hier soll überprüft werden, ob die Hygienemaßnahmen betreffend den MRSA-Richtlinien auch umgesetzt werden. Dies soll durch die Auditoren bei der Hospitation mit dem Personal festgestellt werden. Eine exakte Vorbereitung dieses Punktes ist nicht möglich, da auch konkrete Abläufe im Krankenhaus durch die Auditoren am Tag der Auditierung beobachtet werden sollen. Einige Vorschläge zur Beobachtung sind in den Checklisten gemacht, z. B. würde es sich empfehlen, wenn ein MRSA-Patient stationär betreut wird, sich das Handling im Isolationszimmer zeigen zu lassen. Ist kein MRSA-Patient im Haus oder kann das Zimmer wegen der Schwere der Erkrankung des Patienten nicht aufgesucht werden, kann man das Personal nach dem üblichen Vorgehen fragen und sich so einen Überblick über den Wissensstand auf der Station verschaffen. Welche Station überprüft wird, sollte zwischen Auditor und Krankenhaus abgesprochen werden.
- **Nr3b:** Hier sollen die MRSA-Pläne auf jeder Station verfügbar sein. Dies kann entweder in Form eines Hygieneordners geschehen oder durch das Vorhandensein von Intranet auf der Station, in dem MRSA-Pläne zur Verfügung gestellt werden.
- **Nr3c:** Die zugrundeliegende „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ der KRINKO am RKI ist von 1999. In der Aktualisierung von 2008 geht es hauptsächlich um die Aktualisierung von Screeningempfehlungen. Ein Gesamtkatalog zum Umgang mit MRSA-Patienten sollte also nicht älter sein als von 2008, Empfehlungen zu Einzelmaßnahmen können auch älter sein.

Stand:  
20.10.2011

- 18 -

- **Nr3d:** Die regelmäßigen Schulungen können im Rahmen von innerbetrieblichen Fortbildungen oder Begehungen / Hospitationen durch Hygienefachkräfte etc. geschehen. Der Passus „regelmäßig“ ist nicht näher definiert, d. h. hier kann großzügig verfahren werden.
  - **Nr3e:** Wurde in der Vergangenheit ein MRSA-Ausbruch erkannt, so sollte die Vorgehensweise des Ausbruchmanagement dargelegt werden, wenn nicht, dann entfällt dieser Punkt.
  - **Nr3f:** Eine unglückliche Formulierung, die sich wohl auf die Zusammenarbeit zwischen den Auditoren und dem jeweiligen Haus bezieht. Eine schlechte Zusammenarbeit ist in dieser Konstellation eher unwahrscheinlich.
  - Bei Erfüllung aller Unterpunkte von Nr3 (a-f) gibt es **1QP**.
-

<b>QZ7 Übergabe von Informationen bei Entlassung / Verlegung</b>	
Schriftliche Bestätigung des Hauses, dass ein Übergabebogen benutzt wird, <b>Übergabebogen enthält alle erforderlichen Informationen</b> <input type="checkbox"/>	<b>1QP</b> <input type="checkbox"/>
Vorhandensein des Übergabebogens auf den Stationen	<b>2QP</b> <input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ7</b>	<b>/3</b>

**Ziel: Weiterbehandlung von MRSA Patienten nach Krankenhausentlassung**

- Ein Problem bei der Behandlung von MRSA-Patienten ist auch die Informationsvermittlung an den weiterbehandelnde Einrichtung (Pflegeheim, Hausarzt, Reha) und den Transport. Eine Arbeitsgruppe arbeitet noch an einem Übergabebogen für den Rettungsdienst, daher kann zu Übergabebögen an den Rettungsdienst noch kein endgültiger Bogen zur Verfügung gestellt werden. Ein Pflegeüberleitungsbogen (entsprechend dem Heinsberger Bogen) wird von dem Projekt zur Verfügung gestellt. Bereits etablierte (und wirklich genutzte) Übergabebögen können weiter benutzt werden. Dabei müssen in den hauseigenen Bögen vergleichbare Informationen enthalten sein wie in dem projekteigenen Bogen. Für die schriftliche Bestätigung des Hauses, dass ein Übergabebogen genutzt wird, gibt es **1 QP**. Die Bestätigung kann z.B. durch die Hygienefachkraft erfolgen.
- Bei der Begehung muss der Überleitungsbogen auf mindestens zwei Stationen verfügbar sein oder im Intranet zum Ausdruck hinterlegt sein. Dann muss allerdings die Station auch über eine Möglichkeit des Ausdrucks (Computer, Drucker) verfügen (**2QP**).

QZ8 Präventionsmaßnahme „Händehygiene“	
Erfassung und Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauches HAND-KISS_S <input type="checkbox"/> HAND-KISS_F <input type="checkbox"/> Vergleich mit HAND-KISS <input type="checkbox"/> Eigenes System <input type="checkbox"/>	2QP <input type="checkbox"/>
Präsentation der Daten über den Desinfektionsmittelverbrauch auf den Stationen oder in der Hygienekommission	1QP <input type="checkbox"/>
Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene	1QP <input type="checkbox"/>
mind. 1 Spender pro 2-Bett-Zimmer	1QP <input type="checkbox"/>
mind. 2 Spender pro 3-4-Bett-Zimmer	1QP <input type="checkbox"/>
Alternative Maßnahmen Welche?	1-2QP <input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ8</b>	<b>/6</b>

### Ziel: Verbesserung der Compliance bei der Händehygiene

- Die Händehygiene ist die wichtigste Einzelmaßnahme bei der Prävention nosokomialer Infektionen. Daher ist die Verbesserung der Compliance bei der Händehygiene ein wichtiger Punkt zur Verbesserung des Hygieneregimes.
- Durch die Erfassung und Bewertung (z.B. über das Modul Hand-KISS bzw. Vergleich mit Hand-KISS) des Händedesinfektionsmittelverbrauches bekommt man einen Überblick über den Stand des eigenen Hauses (**2QP**). Dabei ist es unerheblich, ob das Modul HAND-KISS\_S (bettenführende Bereiche) oder HAND-KISS\_F (Funktionsbereiche) oder beide benutzt werden.
- Der Desinfektionsmittelverbrauch kann auch nach einem eigenen System erfasst werden, allerdings sollte es auch hier einen sinnvollen Vergleichswert (Nenner) geben.

Stand:  
20.10.2011

- 21 -

- Die Erfassung sollte über 12 Monate erfolgt sein.
  - Diese Daten sollten auch auf einer Hygienekommissionssitzung oder auf den Stationen in den letzten 12 Monaten präsentiert worden sein (**1QP**).
  - Die Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene innerhalb der letzten 12 Monate ergibt **1 QP**.
  - Wichtig für eine gute Compliance ist die Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittelspendern. In einem Zweibettzimmer sollte mindestens ein Spender (**1 QP**) vorhanden sein, in einem Zimmer mit mehr Betten mindestens zwei Spender (**1 QP**). Ist das Anbringen von Wandspendern nicht möglich (z. B. in der Psychiatrie oder aus Platzgründen) so ist über geeignete andere Maßnahmen nachzudenken, um eine gute Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel sicherzustellen (z.B. Kitteltaschenflaschen). Dieser Punkt kann nur vergeben werden, wenn in allen Zimmern (100 %) genügend Spender vorhanden sind. Ist dies nicht möglich, muss ansonsten auf andere Maßnahmen etabliert sein, d. h. der Auditor muss sich vor Ort überzeugen, ob z. B. bei allen Mitarbeitern alternativ Kitteltaschenflaschen vorhanden sind.
  - Das Vorhandensein der Spender soll stichprobenartig in mindestens jeweils zwei Zimmern auf zwei Stationen überprüft werden. Wichtig ist dabei, dass die Spender an geeigneter Stelle im Zimmer angebracht sind, d. h. patientennah. Spender die außen oder in der Nasszelle angebracht sind, können nicht gezählt werden.
-

<b>QZ9 Implementierung eines Antibiotikamanagements</b>	
Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik	<b>1 QP</b> <input type="checkbox"/>
<b>Berechnung der ddd pro 1000 Patiententage</b>	
Für 3-4 Antibiotikagruppen	<b>1 QP</b> <input type="checkbox"/>
Für 5 Antibiotikagruppen	<b>2 QP</b> <input type="checkbox"/>
<b>Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen</b>	
2-3 Indikationen Welche? _____	<b>1 QP</b> <input type="checkbox"/>
4 und mehr Indikationen Welche? _____	<b>2 QP</b> <input type="checkbox"/>
Präsentation der Daten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission	<b>1 QP</b> <input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ9</b>	<b>/6</b>

### Ziel: Optimierung des Antibiotika- Einsatzes im Krankenhaus

- Ein gutes Antibiotikaregime ist wichtig, um die Entwicklung von multiresistenten Erregern zu minimieren. Ein erster Schritt hierzu ist die Vorlage der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und die Interpretation der erhobenen Daten. Dabei sollte die Resistenzlage einer ausreichend großen Zahl von Antibiotika nach Antibiotika und Erreger aufgeschlüsselt mit den Daten vom Vorjahr und einem Referenzwert verglichen werden (**1QP**). Dabei ist es für den Siegelerwerb unerheblich, ob die Daten mit den hauseigenen Daten der Vorjahre oder mit externen Referenzen (z.B. ARS) verglichen werden. Ob die Darstellung für das gesamte Krankenhaus oder für einzelne Stationen / Bereiche erfolgen soll, ist nicht festgelegt und hängt sehr von der Größe und Ausrichtung des betroffenen Hauses ab.

Stand:  
20.10.2011

- 23 -

- Außerdem sollte die ddd (defined daily dosis) pro 1000 Patiententage für Vancomycin (Glycopeptide), Piperacillin/Tazobactam (Penicilline erw. Spectrum und BLI), Fluorochinolon (Chinolone), 3.Generation Cephalosporin und Carbapenem) berechnet werden. Ein Vergleich mit den SARI-Daten (Surveillance der Antibiotika-Anwendung und der bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen) ist möglich. Werden die ddd für alle fünf Antibiotikagruppen berechnet, so erhält man **2QP**, bei drei bis vier Antibiotika **1 QP**.
  - In einem weiteren Schritt sollen Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (z. B. Harnwegsinfektion, Sepsis, Pneumonie) vorgelegt werden (**2QP**). Für welche Indikationen und wie viele Indikationen Leitlinien vorliegen, wird ebenfalls von der Größe und der Ausrichtung des Hauses abhängen. Für das Vorliegen von Therapieleitlinien für 2-3 Indikationen erhält man **1QP**, für das Vorliegen von vier und mehr Indikationen erhält man **2 QP**. Leitlinien, in denen die Intensivstationen ausgenommen sind, ohne dass eigene Leitlinien für Intensivstationen bestehen, können nicht akzeptiert werden.
  - Die Resistenzlage, der Antibiotikaverbrauch und ggf. erstellt Leitlinien sollten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission und/oder dem eigenen Personal vorgestellt werden (**1QP**).
-



<b>QZ10 Sicherstellung der Strukturqualität</b>	<b>Je 1QP</b>
Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Mind. 1x jährlich Einberufung der Hygienekommission	<input type="checkbox"/>
Externe(r) / interne(r) Krankenhaushygieniker/in: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte Ärzte / Ärztinnen: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen Ermittelter Bedarf ____ (Anzahl) Tatsächlich vorhanden ____ (Anzahl)	<input type="checkbox"/>
Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen Ermittelter Bedarf ____ (Anzahl) Tatsächlich vorhanden ____ (Anzahl)	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte in der Pflege: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen Ermittelter Bedarf ____ (Anzahl) Tatsächlich vorhanden ____ (Anzahl)	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl QZ10</b>	<b>/6</b>

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

- Grundlage für die Festlegung der Rahmenbedingungen ist in NRW die Krankenhaushygieneverordnung NRW 2010, die die Empfehlung der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) rechtsverbindlich umsetzt.
- Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich im Rahmen der Sicherstellung von Strukturqualität, eine ausreichende Zahl von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten bereitzustellen. Dazu zählt auch die regelmäßige Einberufung der Hygienekommission.
- Für die aufgeführten Berufsgruppen (siehe Erläuterungen Siegel) sind die Anzahl der Mitarbeiter (auch in der Aus- / und Weiterbildung), deren Aufgaben und Rahmenbedingungen festzulegen.

Stand:  
20.10.2011

- 25 -

- Der Bedarf muss anhand der Empfehlung (Bettenzahl, Risikobereiche etc.) ermittelt werden. Die Bedarfsermittlung muss von den Auditoren nicht überprüft werden, es sei denn, die Berechnung erscheint unplausibel.
  - Für den Siegelerwerb ist die Ausarbeitung der Funktionen und Befugnisse der einzelnen in der Krankenhaushygiene tätigen Personen ausschlaggebend.
  - Achtung!: In den einzelnen Unterpunkten kann ein Punkt nur dann vergeben werden, wenn die geforderte Anzahl an Mitarbeitern auch erreicht wird. Mitgerechnet werden dürfen Mitarbeiter, die sich zurzeit in der Aus- /bzw. Weiterbildung (z. B. zur Hygienefachkraft) befinden. Ebenfalls mitgerechnet werden darf Personal, zu dem es ein konkretes Einstellungsdatum gibt. Ausschreibungen und Vorstellungsgespräche sind nicht ausreichend.
- 

Bitte beachten Sie: Es handelt sich um eine  
**GELEBTE AUDITIERUNG**

d. h. durch die Auditierung soll es zu einer Verbesserung der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention kommen, keine Vorgaben für den Papierkorb erfüllt werden..

Bitte beachten Sie dies bei der Bewertung

Stand:  
20.10.2011

- 26 -

## Gesamtpunktzahl

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen	/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 / Spa-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
<b>GESAMT</b>		<b>/42</b>

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Auditor

\_\_\_\_\_  
Vertreter des Hauses

Stand:  
20.10.2011

- 27 -

Für das teilnehmende Krankenhaus

Teilnahme an der Auditierung für das Qualitätssiegel der Krankenhäuser „Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz“

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen	/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 / Spa-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
<b>GESAMT</b>		<b>/42</b>

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Auditor

\_\_\_\_\_  
Vertreter des Hauses

Stand:  
20.10.2011

- 28 -