



# Erstes Qualitätssiegel für Rehabilitationseinrichtungen der Gruppen 2 und 3

Ein Leitfaden für Auditoren/-innen

 Niedersächsisches  
Landesgesundheitsamt



Rehabilitation  
*revalidatie kliniek*

**UNIKLINIK**  
**RWTHAACHEN**

EURSAFETY  HEALTH-NET

 EUPREVENT | EMR  
crossing the borders in health policy

 mre-owl.net

 Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Sehr geehrte Auditorin, sehr geehrter Auditor,

wir freuen uns, Ihnen das erste Qualitäts- und Transparenzsiegel für Rehabilitationseinrichtungen präsentieren zu können, welches durch Ihre tatkräftige Unterstützung umgesetzt wird. Wir dürfen uns an dieser Stelle bereits ausdrücklich für Ihr Engagement und Ihre Bereitschaft bedanken, das Audit-Verfahren in dieser Weise zu unterstützen.

Das Ihnen vorliegende Siegel ist das Ergebnis eines abgestimmten Entwicklungsprozesses, an dem die folgenden Personen und die damit verbundenen Institutionen beteiligt waren:

- Frau Dr. med. Corinna Bank (RWTH/Uniklinik Aachen, Koordinatorin des MRE Netzwerkes Euregio Maas Rhein)
- Herr Peter Bergen (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, NLGA, EurSafety Health-net)
- Herr Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff (Leiter des GA Kreis Heinsberg, Vorstandsvorsitzender der Stiftung euPrevent EMR)
- Herr Dipl. Pflegewissenschaftler (FH) Karl-Heinz Grimm (RWTH/Uniklinik Aachen, Kreis Heinsberg, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Stiftung euPrevent EMR)
- Dr. med. Ralf-Achim Grünther (Baumrainklinik HELIOS Reha-Zentrum Bad Berleburg, Chefarzt der Abteilung Orthopädie)
- Frau Prof. Dr. med. Claudia Hornberg (Universität Bielefeld, MRE-Netzwerk Ostwestfalen-Lippe)
- Frau Helga Nolte, M.Sc. Public Health (Universität Bielefeld, MRE-Netzwerk Ostwestfalen-Lippe)
- Frau Dr. rer. nat. Dagmar Rocker (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, NLGA, EurSafety Health-net)
- Dr. med. Ellen Stobberingh (RIVM, Utrecht)

Das Siegel wurde vom zuständigen wissenschaftlichen Beirat der Stiftung euPrevent EMR überprüft und freigegeben.

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

Dr. Corinna Bank  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
der RWTH/Uniklinik Aachen

Karl-Heinz Grimm  
Stiftung euPrevent I EMR  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
der RWTH/Uniklinik Aachen

# Allgemeine Hinweise zum Audit-Verfahren

## Qualitätsziele

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert:

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Strukturqualität und Umsetzungsstrategien	10 QP
2	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	10 QP
3	Standardhygiene - Händehygiene	10 QP
4	Standardhygiene - Hygieneplan	10 QP
5	Risikoanalyse und –bewertung	10 QP
6	Screening und Antibiotikamanagement	10 QP
7	Surveillance	10 QP
8	Ausbruchsmanagement	10 QP
9	Informations- und Entlassungsmanagement	10 QP
10	Patientensicherheit durch Patienteninformation	10 QP
<b>Gesamtpunktzahl:</b>		<b>100 QP</b>

## Gültigkeitsdauer des Siegels

- Das erste Qualitätssiegel wird für 3 Jahre verliehen.
- Das Siegel kann auf Antrag und nach erneuter Prüfung verlängert werden.

## Qualitätspunkte – Mindestpunktzahl

- Insgesamt können gemäß der oben dargestellten Tabelle bis zu 100 QP vergeben werden.
- Für jedes Qualitätsziel werden 10 Qualitätspunkte (QP) vergeben.
- Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 50% der Gesamtpunkte (d.h. 50 QP) erreicht werden.
- Falls nicht anders angegeben, muss mindestens 1 QP für jedes QZ erreicht werden.

## Punkteverteilung

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

## Wer darf das Audit-Verfahren durchführen?

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

## Zuständigkeit der Auditoren/-innen

Die Auditoren dürfen nicht aus dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt stammen.

Den Auditoren werden Rehabilitationseinrichtungen zugeteilt, mit denen sie den Termin zur Auditierung abstimmen. Die Unterlagen werden den Auditoren nach Absprache direkt zugestellt.

## KISS-Module und vergleichbare Erfassungssysteme

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

## Schlichtungsverfahren

Kommt es bei einer Auditierung zu nicht klärbaren unterschiedlichen Einschätzungen oder Differenzen zwischen dem Auditor und dem Haus, sollte dies den zuständigen Netzwerk-Koordinatoren/-innen mitgeteilt werden. Die strittigen Fragen werden dann einem Schlichtergremium vorgelegt.

## Zeitraum der Datenerfassung

Der relevante Erfassungszeitraum beträgt grundsätzlich 12 Monate vor dem Auditierungstermin, es sei denn, ein anderer Zeitraum wird innerhalb eines Qualitätszieles angegeben.

Charakteristika der Reha-Einrichtungen	
<b>Gruppe 1:</b>	<p>Einrichtungen mit vorwiegend psycho-sozialer Ausrichtung, wie Mutter-Kind-Einrichtungen, Einrichtungen für Suchtkranke oder essgestörte Personen, d.h. Rehabilitanden der Phasen E und F.</p> <p><b>Reha-Phase E:</b> Nachsorge und berufliche Rehabilitation  <b>Reha-Phase F:</b> Aktivierende (Langzeit-)Behandlungspflege, ambulant oder stationär</p>
<b>Gruppe 2:</b>	<p>Einrichtungen mit vorwiegend medizinisch-pflegerischer Ausrichtung für Anschlussheilbehandlungen entsprechend der Rehabilitations-Phasen C und D mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten wie Orthopädie, Traumatologie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie, etc.</p> <p><b>Reha-Phase C:</b> Weiterführende Rehabilitation (weitgehend pflegebedürftig, Barthel-Index 30-65)  <b>Reha-Phase D:</b> Anschlussheilbehandlung (= AHB, weitgehend selbstständig, Barthel-Index 70-100)</p>
<b>Gruppe 3:</b>	<p>Einrichtungen mit vorwiegend medizinischer, teilweise auch intensivmedizinischer Ausrichtung zur Anwendung von Akutbehandlungen und Früh-Rehabilitationen entsprechend der Rehabilitations-Phasen A und B mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten wie z.B. Orthopädie, Traumatologie, Kardiologie, Neurologie, etc.</p> <p><b>Reha-Phase A:</b> Akutbehandlung (Intensivstation)  <b>Reha-Phase B:</b> Frührehabilitation (Barthel-Index &lt;25)</p>
<b>Quelle:</b>	<p>Informationen zu MRSA für Rehabilitations-Einrichtungen des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA); Stand: 03/2012;  <a href="http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Dokumente/MRE_in_Reha-Einrichtungen.pdf">http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Dokumente/MRE_in_Reha-Einrichtungen.pdf</a></p>



# Erstes Qualitätssiegel für Rehabilitationseinrichtungen der Gruppen 2 und 3



Checklisten und Erläuterungen zu den Qualitätszielen

<b>QZ 1 – Strukturqualität und Umsetzungsstrategien</b>		<b>10 QP</b>
<b>1) Hygienebeauftragte/Hygieneteam</b>		<b>Max. 5 QP</b>
Bedarfsermittlung	<input type="checkbox"/>	1 QP
Festlegung der Aufgaben und Befugnisse	<input type="checkbox"/>	1 QP
Hygienebeauftragte(r) mit adäquater Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	3 QP
Hygienebeauftragte(r) mit sonstiger Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	2 QP
Hygienebeauftragte(r) ohne Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	½ QP
<b>2) Hygienekommission/vergleichbares Gremium</b>		<b>Max. 2 QP</b>
Hygienekommission/vergleichbares Gremium mit GO	<input type="checkbox"/>	2 QP
Hygienekommission/vergleichbares Gremium o. GO	<input type="checkbox"/>	1 QP
<b>3) Umsetzungsstrategien</b>		<b>Max. 3 QP</b>
Schriftlich ausgearbeitete Umsetzungsstrategien	<input type="checkbox"/>	3 QP
Darstellung der notwendigen Organisationsstrukturen	<input type="checkbox"/>	
Darstellung der Qualifizierungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	
Einführung der notwendigen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	
Umsetzungsstrategien nur teilweise vorhanden	<input type="checkbox"/>	1 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 1</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 1

## Zielsetzung

- 1) Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention in der Rehabilitationseinrichtung
- 2) Sicherung des Wissenstransfers bzw. der Umsetzung der notwendigen Hygienemaßnahmen in die jeweilige Unternehmenskultur

## Prüfkriterien

- 1) Bedarfsermittlung ⇒ Vorlage der Berechnungsunterlagen
- 2) Festlegung der Aufgaben und Befugnisse ⇒ Vorlage der Tätigkeitsbeschreibung
- 3) Adäquate Weiterbildung ⇒ Vorlage des schriftlichen Weiterbildungsnachweises
- 4) Hygienekommission oder vergleichbares Gremium ⇒ Vorlage der Geschäftsordnung und der Sitzungsprotokolle
- 5) Umsetzungsstrategien ⇒ Vorlage der Verfahrensanweisung oder ähnlicher Dokumente; ggf. mündliche Darstellung

## Bedarfsermittlung

Es gibt zurzeit kein einheitliches Berechnungssystem zur Bestimmung des Bedarfs an Hygiene-Fachkräften in Rehabilitations-Einrichtungen. Allgemein akzeptierte Grundlage ist die KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“. Darüber hinaus haben Eichhorn et al. ein Score-System entwickelt, welches explizit auf dieses spezielle Handlungsfeld abgestimmt ist. Beide Artikel werden Ihnen zur Verfügung gestellt.

## Literatur:

- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) - Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:951–962 DOI 10.1007/s00103-009-0929-y
- Andreas Eichhorn, Jürgen Barth, Bärbel Christiansen - Einschätzung des Risikoprofils von Patienten in Rehabilitationseinrichtungen zur Ermittlung des Bedarfs an Hygienefachpersonal; Hyg Med 2013; 38 – 11



## Tätigkeitsbeschreibung

Die Beschreibung der Tätigkeiten und Befugnisse des Hygienepersonals sollte vollständig, eindeutig und präzise die auf Dauer ausübende Tätigkeit wiedergeben. Die Beschreibung der Teilaufgaben sollte anschaulich und verständlich sowie für Dritte nachvollziehbar sein und den Gegebenheiten des jeweiligen Unternehmens angepasst sein.

## Anforderungen an eine adäquate Weiterbildung für Hygienebeauftragte

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine einheitliche, auf den Bereich Rehabilitation abgestimmte Weiterbildung. Daher greifen die im folgenden Text dargestellten Kriterien auf die Weiterbildungen im Bereich der Alten- und Pflegeheime und der Krankenhäuser zurück:

### Weiterbildungen für Einrichtungen der Gruppe 1

Dauer der Weiterbildung: mind. 40 Unterrichtsstunden

(Mindest-)Inhalte:

- Recht und Hygieneorganisation
- Grundlagen der Mikrobiologie und Hygiene
- Personalhygiene
- Umgebungshygiene
- Medizinprodukte
- Lebensmittel- und Arzneimittelhygiene
- Hygiene der Medizin und Pflege
- Infektionsintervention

(Die Inhalte beziehen sich auf NLGA-Empfehlung „Qualifizierung hygienebeauftragter Pflegekräfte in Alten- und Pflegeeinrichtungen“)

## Weiterbildungen für Einrichtungen der Gruppen 2 und 3

Dauer der Weiterbildung: mind. 40 Unterrichtsstunden

(Mindest-)Inhalte:

- Krankenhaushygiene
- Hygienemanagement
- Krankenhaushygieniker
- Hygienefachkraft
- Hygienebeauftragte/Link Nurse
- Standard-Hygienemaßnahmen
- Isolationsmaßnahmen
- Ausbruchmanagement
- Surveillance
- Grundlagen der Mikrobiologie
- Infektionskrankheiten
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Umgang mit Lebensmitteln
- Abfallentsorgung

(Die Inhalte beziehen sich auf den Weiterbildungskurs der Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz [Süd])

### Hygienekommission

Hier gelten als Prüfkriterien die Sitzungsprotokoll sowie die Geschäftsordnung des Gremiums.

### Umsetzungsstrategien

Ziel bei diesem Prüfkriterium ist es, die sog. Umsetzungskompetenz im Hinblick auf die Einführung notwendiger Maßnahmen im Bereich der Hygiene und des Infektionsschutzes der jeweiligen Einrichtung zu überprüfen. Der Begriff Umsetzungskompetenz bezeichnet zum einen die Fähigkeit von Menschen, Ziele und Motive in Ergebnisse umzusetzen und zum anderen die Fähigkeit von Organisationen (zum Beispiel Unternehmen), Strategien, Veränderungsprozesse oder Innovationen effizient zu implementieren.

<b>QZ 2 – Netzwerkarbeit und Wissensmanagement</b>		<b>10 QP</b>
<b>1) Beitritt zu einem MRE-Netzwerk</b>		<b>2 QP</b>
Teilnahme an einem MRE-Netzwerk		<input type="checkbox"/> 2 QP
<b>2) Netzwerkarbeit</b>		<b>Max. 3 QP</b>
Veranstaltung 1		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 2		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 3		<input type="checkbox"/> 1 QP
<b>3) Wissensaktualisierung</b>		<b>Max. 3 QP</b>
Veranstaltung 1		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 2		<input type="checkbox"/> 1 QP
Veranstaltung 3		<input type="checkbox"/> 1 QP
<b>4) Wissenstransfer</b>		<b>2 QP</b>
Wissenstransfer gewährleistet		<input type="checkbox"/> 2 QP
Präsenzveranstaltung		<input type="checkbox"/>
E-/Blended-Learning- Programme		<input type="checkbox"/>
Hauseigenes Intranet		<input type="checkbox"/>
Schriftliche Mitteilungen		<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		<input type="checkbox"/>
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 2</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 2

## Zielsetzung

Die teilnehmende Institution nimmt an einem bereits bestehenden MRE-Netzwerk teil und gestaltet dies aktiv mit. Die hygienebeauftragten Mitarbeiter/-innen aktualisieren regelmäßig ihr fachspezifisches Wissen und leiten es in der Rehabilitationseinrichtung weiter.

## Prüfkriterien

- 1) Beitritt zu einem MRE-Netzwerk ⇒ Schriftlicher Nachweis
- 2) Netzwerkarbeit ⇒ Anwesenheitslisten/Teilnahmebescheinigung
- 3) Wissensaktualisierung ⇒ Vorlage der Teilnehmerlisten bzw. der Teilnahme-bescheinigungen
- 4) Wissenstransfer ⇒ Vorlage der Anwesenheitslisten oder sonstiger schriftlicher Nachweise

## Zielgruppen

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

Vertiefung der Netzwerkarbeit ⇒ Hygienebeauftragte Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte

## Definition Qualitätsverbundveranstaltungen

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

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

- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
- Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG-NRW)
- MRE-Netzwerk Ostwestfalen-Lippe

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

Anerkannt werden alle Veranstaltungen **der letzten 2 Jahre**.

<b>QZ 3 – Standardhygiene - Händehygiene</b>		<b>10 QP</b>
<b>1) Fortbildungsveranstaltung</b>		
Mind. 1x jährliche Fortbildung „Standardhygiene“	<input type="checkbox"/>	4 QP
<b>2) Aktionstag „Saubere Hände“</b>		
Aktionstag „Händehygiene“	<input type="checkbox"/>	4 QP
<b>3) Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs</b>		
Erhebung erfolgt (siehe QZ 7)	<input type="checkbox"/>	2 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 3</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 3

## Zielsetzung

Die Mitarbeiter/-innen der teilnehmenden Institution führen die hygienische Händedesinfektion, als zentrales und evidenzbasiertes Mittel zur Verhinderung der Verbreitung von MREs und anderen Erregern, sachlich und fachlich korrekt und mit einer hohen Compliance durch.

## Prüfkriterien

- Vorlage der Teilnehmerlisten und Fortbildungsinhalte
- Vorlage des Programms oder ähnlicher Dokumente

## Fortbildungsinhalte

Inhalte der benannten Schulung/Fortbildung müssen die Themen „Händehygiene“ und „Umgang mit Schutzhandschuhen“ sein. Darüber hinaus können aus dem Themenkreis „Standardhygiene“ (im Sinne der Auflistung der Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) noch folgende Inhalte vermittelt werden:

- Richtiger Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung
- Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten
- Reinigung/Desinfektion der Patientenumgebung
- Handhabung von kontaminierter Bettwäsche
- Schutz vor blutübertragenen Erregern
- Einzelunterbringung bei starker Umgebungskontamination
- „Cough etiquette“ (Verhalten beim Husten, Niesen etc.)
- Sichere Injektions- und Infusionstechnik
- Maßnahmen bei Punktionen im Bereich des Wirbelkanals

Nach: Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; HICPAC. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control 2007; 35(10 Suppl 2): S65-S164

Des Weiteren muss diese Fortbildung noch zwei weitere Aspekte berücksichtigen:

- Praktische Übungen/Simulationen
- Fallarbeit im Sinne der Klärung von konkreten, bereichs- bzw. institutionsspezifischen Problemen bezüglich der Standardhygienemaßnahmen

### Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs

Dieser Punkt kann unter QZ 7 – Surveillance geltend gemacht werden.



QZ 4 – Standardhygiene - Hygieneplan		10 QP
Hygieneplan vorhanden	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien des Rahmenhygieneplans berücksichtigt</li> <li>• Anpassung an die Einrichtung erfolgt</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Überprüfung und ggf. Anpassung	<input type="checkbox"/>	
Einweisung der Mitarbeiter/-innen	<input type="checkbox"/>	
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 4</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 4

## Zielsetzung

Die teilnehmende Institution setzt die Inhalte des vom Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach §36 IfSG erarbeiteten Rahmenhygieneplans für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um.

## Prüfkriterien

- Vorlage des aktuellen und ggf. angepassten Hygieneplans
- Vorlage der Teilnehmerlisten, ggf. Stichproben im Rahmen der Begehung

## Kriterien des Rahmenhygieneplans

- Risikobewertung, Hygienemanagement und Verantwortlichkeit
- Standardhygiene
- Hygienische Anforderungen an Bereiche, in denen Kinder betreut werden
- Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen
- Anforderungen nach der Biostoffverordnung
- Erste Hilfe
- Hygiene bei speziellen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen
- Umgang mit Verstorbenen
- Mikrobiologisches Monitoring und hygienische Untersuchungen

(Nach: Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet vom: Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG, Stand: Juni 2007)

## Qualitätspunkte

In diesem Ziel müssen alle Kriterien erfüllt sein, um die Qualitätspunkte zu erhalten.

<b>QZ 5 – Risikoanalyse und –bewertung</b>		<b>10 QP</b>
Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MREs	<input type="checkbox"/>	2½ QP
Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren	<input type="checkbox"/>	2½ QP
Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele	<input type="checkbox"/>	2½ QP
Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen als Ergänzung der Standardhygiene	<input type="checkbox"/>	2½ QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 5</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 5

## Zielsetzung

Zur Identifizierung von Risikobereichen und Risikosituationen führt die teilnehmende Institution eine Risikoanalyse und –bewertung durch.

## Prüfkriterien

- Vorlage der Risiko-Situationen und Risiko-Bereiche
- Benennung der Gefährdungsfaktoren
- Risikobewertung unter Benennung der Schutzziele
- Benennung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen

Die benannten Prüfkriterien können, wie in Tab. 3 des Artikels „Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation - Entwurf eines Rahmenhygieneplans“ von Hergenröder et al. (2012), gemeinsam dargestellt werden.

## Begriff „Schutzziel“

Der Begriff „Schutzziel“ ist dem Artikel „Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation - Entwurf eines Rahmenhygieneplans“ von Hergenröder et al. (2012) entnommen. Dabei handelt es sich um Zielsetzungen im Rahmen der Risikobewertung, wie beispielsweise „Vermeidung einer Kolonisation von Mitpatienten“.

## Qualitätspunkte

In diesem Ziel müssen alle Kriterien erfüllt sein, um die Qualitätspunkte zu erhalten.

<b>QZ 6 – Screening und Antibiotikamangement</b>		<b>10 QP</b>
<b>1) Screening</b>		<b>Max. 5 QP</b>
Beschluss der Hygienekommission		<input type="checkbox"/> 1 QP
MRE-Screening 1. Halbjahr ( <u>vor der Auditierung</u> )		<input type="checkbox"/> 2 QP
MRE-Screening 2. Halbjahr ( <u>vor der Auditierung</u> )		<input type="checkbox"/> 2 QP
<b>2) Antibiotikamangement</b>		<b>Max. 5 QP</b>
Vorlage der Resistenzstatistik		
<ul style="list-style-type: none"> <li>inkl. Interpretation</li> <li>ohne Interpretation</li> </ul>		<input type="checkbox"/> 2 QP <input type="checkbox"/> 1 QP
Vorlage der Therapieleitlinien		
<ul style="list-style-type: none"> <li>für 2 Indikatoren</li> <li>für 4 oder mehr Indikatoren</li> </ul>		<input type="checkbox"/> ½ QP <input type="checkbox"/> 1 QP
Berechnung der „defined daily dosis“		<input type="checkbox"/> 1 QP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vancomycin</li> <li>Piperacillin/Tazobactam</li> <li>Fluorochinolon</li> <li>3. Gen. Cephalosporin</li> <li>Carbapenem</li> </ul>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Präsentation der Daten vor der Hygienekommission /Arzneimittelkommission		<input type="checkbox"/> 1 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 6</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 6

## Zielsetzung

Zur Klärung der lokalen diagnosespezifischen Erreger- und Resistenzsituation führt die teilnehmende Einrichtung ein Screening auf MRE regelmäßig durch und schafft Strukturen zur Optimierung des Antibiotika-Einsatzes.

## Prüfkriterien

- Vorlage des Beschlusses der Hygienekommission
- Nachweis über die durchgeführten Screenings
- Vorlage der Resistenzstatistik
- Vorlage der berechneten „defined daily dosis“
- Vorlage der Therapieleitlinien
- Protokoll der Sitzung der Hygienekommission/Arzneimittelkommission

## Begriff „Regelmäßiges MRE-Screening“

Als regelmäßig im Sinne des vorliegenden Siegels wird ein MRE-Screening definiert, welches pro Halbjahr einmal durchgeführt wird.

## Begriff „Wichtige Indikatoren“

Was als Indikator identifiziert wird, ist abhängig vom Fachbereich und ggf. vorhandenen Schwerpunkten. Hier sollten häufige Indikationen für die empirische Antibiotikatherapie dargestellt werden.

QZ 7 – Surveillance		10 QP
Bestimmung des Händedesinfektionsmittel-Verbrauchs	<input type="checkbox"/>	5 QP
Erfassung der MRSA-Fälle nach den Kriterien von MRSA-KISS-Reha	<input type="checkbox"/>	2½ QP
Erfassung aller weiteren MRE-Fälle	<input type="checkbox"/>	2½ QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 7</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 7

## Zielsetzung

Die teilnehmende Einrichtung schafft sich einen Überblick über die Händehygiene-Compliance und über das Auftreten von MREs als zwei Parameter zur Steuerung von Maßnahmen zur Infektionsprävention.

## Prüfkriterien

- Vorlage des ermittelten Verbrauchs an Händedesinfektionsmitteln
- Vorlage der erfassten MRSA-Fälle
- Vorlage aller weiteren MRE-Fälle

## Berechnung des Händedesinfektionsmittel-Verbrauchs

Für die Auswertung der Daten wird folgende Rate pro Station berechnet:

Händedesinfektionsmittelverbrauch pro Patiententag:  $\frac{\text{Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml im Kalenderjahr}}{\text{Patiententage im Kalenderjahr}}$

Anzahl der durchgeführten Händedesinfektionen pro Patiententag:  $\frac{\text{Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml pro Patiententag}}{3 \text{ ml (pro Händedesinfektion)}}$

(Fundstelle: <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/>)



## Berechnung von MRSA-Raten anhand der MRSA-KISS REHA-Kriterien

Folgende Maßzahlen werden berechnet:

Bezeichnung	Berechnung
Gesamt-Inzidenzdichte	Gesamtzahl der MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage
Inzidenzdichte der nosokomialen MRSA	Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage
Mitgebrachte MRSA Fälle bei Aufnahme	Anzahl mitgebrachter MRSA-Fälle im Krankenhaus pro 100 Patienten des Krankenhauses
Mittlere tägliche MRSA Last	Anzahl stationärer MRSA-Patiententage pro 100 Patiententage

### Standardisierung

Zur Beurteilung des MRSA-Managements einer Reha-Einrichtung erfolgt eine Standardisierung durch Berechnung folgender Rate:

MRSA-Tage-assoziierte nosokomiale MRSA-Rate	Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle pro 1000 stationäre MRSA-Patiententage
---	---

### Stratifizierung:

Zusätzlich erfolgt eine Stratifizierung nach folgenden Faktoren:

1. nach Umfang von Screening-Maßnahmen
2. nach Größe der Reha-Einrichtung

(Fundstelle: <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/mrsa-kiss/>)

<b>QZ 8 – Ausbruchsmanagement</b>		<b>10 QP</b>
Verfahrensanweisung Ausbruchsmanagement	<input type="checkbox"/>	2 QP
Aktualität der Verfahrensanweisung (nicht älter als vier Jahre)	<input type="checkbox"/>	3 QP
Personalschulungen	<input type="checkbox"/>	5 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 8</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 8

## Zielsetzung

Die teilnehmende Einrichtung hat ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes, schriftlich fixiertes Ausbruchsmanagement entwickelt, welches allen Mitarbeitern/-innen bekannt ist.

## Prüfkriterien

- Vorlage einer aktuellen Verfahrensanweisung zum Ausbruchsmanagement
- Vorlage der Teilnehmerlisten

<b>QZ 9 – Informations- und Entlassungsmanagement</b>		<b>10 QP</b>
Informationssystem vorhanden	<input type="checkbox"/>	5 QP
Schriftlich fixiertes Entlassungsmanagement	<input type="checkbox"/>	5 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 9</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 9

## Zielsetzung

Die Mitarbeiter/-innen der teilnehmenden Institution und der weiterbehandelnden Einrichtungen sind nach Entlassung des Patienten über den MRE-Status informiert und können daraus adäquate Maßnahmen ableiten.

## Prüfkriterien

- Vorhandensein eines digitalen und/oder analogen Informationssystems
- Schriftlich fixiertes Entlassungsmanagement (z.B. ein Pflegeüberleitungsbogen)

<b>QZ 10 – Patientensicherheit durch Patienteninformation</b>		<b>10 QP</b>
<b>1) Schulungen - Standardhygiene</b>		
Schulungen für alle Patienten	<input type="checkbox"/>	3 QP
<b>2) Schulungen - MRE-Träger</b>		
Schulungen für MRE-Träger	<input type="checkbox"/>	3 QP
Schulungen für Angehörige	<input type="checkbox"/>	1 QP
<b>3) Informationsmaterial</b>		
Informationsmaterial für Patienten	<input type="checkbox"/>	1 QP
Informationsmaterial für Angehörige	<input type="checkbox"/>	1 QP
Informationsmaterial für Besucher	<input type="checkbox"/>	1 QP
<b>Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 10</b>		<b>QP</b>

# Anmerkungen zu QZ 10

## Zielsetzung

Zur Verhinderung der Verbreitung von Erregern führt die teilnehmende Institution Schulungen bzw. Anleitungen für Patienten/-innen zum Thema "Händehygiene" und "Infektionsschutz" möglichst am Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durch. Dabei wird auch auf die besonderen Maßnahmen im Rahmen einer Kolonisation, z.B. mit MRE, eingegangen. Besucher und Angehörige werden zur hygienischen Händedesinfektion angeleitet.

## Prüfkriterien

- Schulungen – Standardhygiene ⇒ Vorlage der Teilnehmerlisten und Fortbildungsinhalte
- Schulungen – MRE-Träger ⇒ Vorlage der Teilnehmerlisten und Fortbildungsinhalte
- Informationsmaterial ⇒ Vorlage der Flyer o.ä.

# Erreichte Gesamtpunktzahl

QZ	Beschreibung	Maximale QP	Erreichte QP
1	Strukturqualität und Umsetzungsstrategien	10 QP	___QP
2	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	10 QP	___QP
3	Standardhygiene - Händehygiene	10 QP	___QP
4	Standardhygiene - Hygieneplan	10 QP	___QP
5	Risikoanalyse und –bewertung	10 QP	___QP
6	Screening und Antibiotikamanagement	10 QP	___QP
7	Surveillance	10 QP	___QP
8	Ausbruchsmanagement	10 QP	___QP
9	Informations- und Entlassungsmanagement	10 QP	___QP
10	Patientensicherheit durch Patienteninformation	10 QP	___QP
	<b>Gesamtpunktzahl:</b>	<b>100 QP</b>	<b>___QP</b>

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

\_\_\_\_\_  
Auditor

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



# Für die teilnehmende Reha-Einrichtung

QZ	Beschreibung	Maximale QP	Erreichte QP
1	Strukturqualität und Umsetzungsstrategien	10 QP	____QP
2	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	10 QP	____QP
3	Standardhygiene - Händehygiene	10 QP	____QP
4	Standardhygiene - Hygieneplan	10 QP	____QP
5	Risikoanalyse und –bewertung	10 QP	____QP
6	Screening und Antibiotikamanagement	10 QP	____QP
7	Surveillance	10 QP	____QP
8	Ausbruchsmanagement	10 QP	____QP
9	Informations- und Entlassungsmanagement	10 QP	____QP
10	Patientensicherheit durch Patienteninformation	10 QP	____QP
	<b>Gesamtpunktzahl:</b>	<b>100 QP</b>	<b>____QP</b>

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

\_\_\_\_\_  
Auditor

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