

## **1. Erfassung der Strukturdaten**

*(Die Angaben werden für die Personalbedarfsfeststellung benötigt)*

### **1.1 Allgemeine Angaben**

Name der Klinik: \_\_\_\_\_  
Stempel

Art der Klinik: \_\_\_\_\_

Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl der Funktionsbereiche: \_\_\_\_\_

Anzahl der Stationen: \_\_\_\_\_

### **1.2 Erfassung der Risikobereiche**

*Risikobereiche entsprechend der Einstufung „Hoch“, „Mittel“ und „Niedrig“ von Maßnahmen/Patienten in Bezug auf das Infektionsrisiko (aus der Empfehlung der KRINKO: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“)*

#### **1.2.1 Risiko Hoch:**

Gibt es Intensivstationen (ITS) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Betten gibt es pro ITS:

ITS 1     (Anzahl Betten)

ITS 2     (Anzahl Betten)

ITS 3     (Anzahl Betten)

Gibt es Stationen für immunsupprimierte Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen (ohne Frühgeborenenbetten)?     (Anzahl Betten)

Gibt es Stationen für Frühgeborene?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen?     (Anzahl Betten)

Gibt es Stationen mit polytraumatisierten Patienten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen?     (Anzahl Betten)

Gibt es Stationen für Schwerstbrandverletzte?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen?     (Anzahl Betten)

### **1.2.2 Risiko Mittel**

*(Dazu gehören: Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Intermediate Care, interventionelle Radiologie, Operative Dermatologie, Chemotherapie, Dialyse)*

Gibt es Stationen in der Risikokategorie „Mittel“?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? |\_|\_|\_| (Anzahl Betten)

### **1.2.3 Risiko niedrig**

*(Dazu gehören: Psychiatrie, konservative Medizin in verschiedenen Bereichen wie Innere, nicht immunsupprimierte hämatologisch-onkologische Bereiche, Rehabilitation)*

Gibt es Stationen in der Risikokategorie „Niedrig“?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? |\_|\_|\_| (Anzahl Betten)

### **1.2.4 Andere Risikobereiche**

*(Bitte für die Berechnung des Personals diese Betten formal bei „Niedrig“ zählen)*

Gibt es Stationen mit Geriatrischen Betten?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? |\_|\_|\_| (Anzahl Betten)

## **1.3 Erfassung des Zertifizierungsteams des Krankenhauses**

*(nicht nur Vertreter der Krankenhaushygiene, mindestens zusätzlich hygienebeauftragte Ärzte (40 Stundenkurs Pflicht) und/oder Chefärzte und/oder Apotheker)  
Zwei Ansprechpartner bitte mit \* kennzeichnen*

Mitglieder des Zertifizierungsteams des Krankenhauses

Name	Funktion	Telefon-Nr.

### 1.4 Schriftliches Einverständnis des Ärztlichen Direktors/Leiters zur Teilnahme am Zertifizierungsverfahren (= Vergabe des Qualitätssiegels)

Die Entscheidung der AG-MRSA über die Vergabe des Qualitätssiegels ist nicht justiziabel. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name des ÄD	Datum und Unterschrift

## 2. Darstellung und Bewertung der krankenhaushygienischen Versorgung

Grundlage KRINKO Empfehlung: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ Zitat: „Bei stationären Einrichtungen wird als Richtgröße ab einer Zahl von 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für sinnvoll erachtet.“ Hygieneverordnung Berlin

### 2.1 Einschätzung des Versorgungsangebotes durch den Krankenhaushygieniker (KHH)

(Cave: Der Vertrag mit der Klinik muss nicht offengelegt werden)

#### 2.1.1 Präsenz des KHH im Rahmen der Routine, während der regulären Dienstzeiten täglich Mo-Fr entweder vor Ort oder telefonisch

☐ Ja ☐ Nein

2.1.2. ☐ | | | | Arbeitsstunden des KHH pro Woche  
☐ | | | | Arbeitsstunden des KHH pro Monat

2.1.3. ☐ Arbeitsleistung des KHH nur auf Anforderung

#### 2.1.4. Präsenz bedarfsangepasst erweiterbar z.B. ohne Zeitbegrenzung im Ausbruchsgeschehen

☐ Ja ☐ Nein

#### 2.1.5. Vertretung des KHH ärztlich geregelt?

☐ Ja ☐ Nein



Wer ist als Vertretung vorgesehen?

☐ ein anderer KHH ☐ der ärztliche Leiter  
☐ Hygienefachkräfte ☐ hygienebeauftragte Ärzte

#### 2.1.6. Teilnahme des KHH an amtsärztlichen Begehungen

☐ Ja ☐ Nein

☐ Hygienefachkräfte ☐ alle Ärzte

☐ hygienebeauftragte Ärzte ☐ Andere (welche) \_\_\_\_\_

---

---

Erfüllt? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Nein

## 4

		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Erstellung Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen)
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Erstellung Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen)
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Erstellung Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen)
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Erstellung Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen)
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Erstellung Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen)

- ☐ regelmäßige Teilnahme der hygienebeauftragten Ärzte an hygienerelevanten Fortbildungen intern
- ☐ regelmäßige Teilnahme der hygienebeauftragten Ärzte an hygienerelevanten Fortbildungen extern

*Berechnen entsprechend KRINKO: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“*

Erfüllt? ☐ Ja ☐ Nein

**Kriterien für 2.2. hygienebeauftragte Ärzte erfüllt:** ☐ Ja ☐ Nein

### 2.3.1. Auflistung der Hygienefachkräfte mit den Aufgaben

Name	Funktion	Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitglied Hygienekommission <input type="checkbox"/> Teilname an amtsärztlicher Begehung <input type="checkbox"/> Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen <input type="checkbox"/> Andere Schwerpunkte (bitte benennen z.B. Organisation Aktion Saubere Hände)
		<input type="checkbox"/> Mitglied Hygienekommission <input type="checkbox"/> Teilname an amtsärztlicher Begehung <input type="checkbox"/> Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen <input type="checkbox"/> Andere Schwerpunkte (bitte benennen z.B. Organisation Aktion Saubere Hände)

☐ regelmäßige Teilnahme der HFK an hygienerelevanten Fortbildungen intern

☐ regelmäßige Teilnahme der HFK an hygienerelevanten Fortbildungen extern

☐ spezifische Qualifizierungsmaßnahme für HBP besucht (Bitte benennen)

☐ regelmäßige Teilnahme an hygienerelevanten Fortbildungen intern

☐ regelmäßige Teilnahme an hygienerelevanten Fortbildungen extern

#### **2.4.2. Auflistung der Hygienebeauftragten in der Pflege mit den hygienerelevanten Aufgaben**

*Sollte die Anzahl an HBP zu groß sein, in Absprache verzicht auf Einzelauflistung, Konzept angeben z.B. auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich existiert ein Hygienebeauftragter in der Pflege = Empfehlung der KRINKO*

Name	Funktion/ Qualifikation	Hygienerelevante Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Überwachung der Umsetzung der Hygienepläne <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung von hygienerelevanten Fortbildungen

#### **2.4.3. Bedarf an Hygienebeauftragten in der Pflege**

*Berechnen entsprechend KRINKO-Empfehlung: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“*

Soll nach KRINKO       (Anzahl)



Ist-Stand   (Anzahl)

Erfüllt? ☐ Ja ☐ Nein

**Kriterien für 2.4. Hygienebeauftragte in der Pflege erfüllt:** ☐ Ja ☐ Nein

**Kriterien für bezüglich 2. „krankenhaushygienische Versorgung“ erfüllt:**

☐ Ja ☐ Nein

### 3. Screening MRSA

Grundlagen KRINKO-Empfehlungen „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern...“ 1999; Kommentar der KRINKO zu dieser Empfehlung 2008

#### 3.1. Wer wird bei Aufnahme in das Krankenhaus gescreent?

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

#### 3.2. Welche Abstriche werden im Rahmen des Screenings genommen?

Nasenvorhöfe re/li	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rachen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Abstriche von vorhandenen Wunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere,	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

wenn ja, bitte Abstrichorte benennen \_\_\_\_\_

#### 3.3. Welche Untersuchungsmethode wird für Screening angewendet?

☐ PCR ☐ Kultur ☐ Andere \_\_\_\_\_ 9

**3.4. Wo wird bei Aufnahme von Patienten in das KH gescreent?**

Bitte Bereich oder Station benennen z.B. Rettungsstelle

☐ Rettungsstelle      ☐ Station      ☐ Anderer Bereich \_\_\_\_\_

**3.5. Wer vom medizinischen Personal führt das Screening durch?**

z.B. Pflegekräfte in der Rettungsstelle, aufnehmende Ärzte

☐ Pflegekräfte in der Rettungsstelle      ☐ aufnehmende Ärzte  
☐ andere \_\_\_\_\_

**3.6. Ist das betroffene Personal zum Screening geschult?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.7. Wurden Stichproben zur Umsetzung des Screeningkonzeptes bei der amtsärztlichen Begehung durchgeführt?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.7.1. War das Screeningpersonal informiert?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.7.2. Waren schriftliche Regeln zum Nachschlagen vorhanden?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.8. Gibt es ein hausinternes Screeningkonzept zur Identifizierung von zusätzlichen Risikopatienten?**

☐ Ja      ☐ Nein

Welche hausspezifischen Risikopatienten werden gescreent? z.B. Screening bei Aufnahme der Patienten auf eine periphere Station bei Verlegung von der Intensivstation \_\_\_\_\_

**3.9. Management der Patienten bis zum Vorliegen des Screeningbefundes**

**3.9.1. Werden spezifische Maßnahmen, über die Standardhygiene hinaus, bis zum Vorliegen des Screeningergebnisses durchgeführt?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.9.2. Erfolgt die Isolierung des gescreenten Patienten im Einzelzimmer?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.9.3. Erfolgt eine Kontaktisolierung (Schutzkleidung) des gescreenten Patienten im Mehrbettzimmer?**

☐ Ja      ☐ Nein

**3.9.4. Erfolgt eine Isolierung von Patienten mit MRSA in der Anamnese im Einzelzimmer bis das Screeningergebnis vorliegt?**

☐ Ja

☐ Nein

**3.9.5. Erfolgt eine Kontaktisolierung (Schutzbekleidung) von Patienten mit MRSA in der Anamnese im Mehrbettzimmer bis das Screeningergebnis vorliegt?**

☐ Ja

☐ Nein

**3.9.6. Erfolgt ein anders Vorgehen?**

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.10. Datenauswertung Screening**

*Die Daten bitte für den letzten Auswertungszyklus, mindestens für das vergangene Kalenderjahr angeben*

**3.10.1. Anzahl der Screeningabstriche**    |\_|\_|\_|\_|\_| (Anzahl)

**3.10.2. Anteil gescreenter Patienten pro 100 Patienten (Aufnahmen)**

|\_|\_|\_| (Anteil)

**3.10.3. Erfolgt eine regelmäßige Präsentation der Screeningdaten?**

*Pflicht: mindestens jährlich in den Bereichen, die das Screening durchführen*

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, in welchem Rhythmus? \_\_\_\_\_

Datum der letzten Präsentation:    |\_|\_| / |\_|\_| 201|\_| (Tag/Monat/Jahr)

Vor welchem Zuhörerkreis? \_\_\_\_\_

Ist eine MRSA - Prävalenzuntersuchung nötig?

*Pflicht, wenn die Risikogruppen entsprechend der KRINKO Empfehlung nicht berücksichtigt werden*

☐ Ja

☐ Nein

**Kriterien zu 3. erfüllt:**    ☐ Ja    ☐ Nein

**4. Surveillance MRSA**

*Die Daten bitte für den letzten Auswertungszyklus, mindestens für das vergangene Kalenderjahr angeben*

**4.1. Nosokomiale MRSA-Fälle (KISS-Definition) pro 100 Patienten:**

|\_|\_|\_| (Anzahl pro 100)

**4.2. Nosokomiale MRSA-Fälle pro 1.000 Patiententage:**

□□□□ (Anzahl pro 1000)

**4.3. Mitgebrachte MRSA-Fälle (KISS-Definition) pro 100 Patienten:**

□□□ (Anzahl pro 100)

**4.4. Mitgebrachte MRSA-Fälle pro 1.000 Patiententage:**

□□□□ (Anzahl pro 1000)

**4.5. Erfolgt eine Teilnahme an MRSA-KISS?** ☐ Ja ☐ Nein

**4.6. Auswertung der Surveillance von Kontaktpatienten**

Diese Patienten lagen mit dem MRSA positiven Patienten in einem Zimmer. Die Abstrichkontrollen beim Kontaktpatienten erfolgen bei MRSA Nachweis des Indexpatienten **und** bei der Trennung des Indexpatienten vom Kontaktpatienten, falls diese nicht sofort durchgeführt wird.

**4.6.1. Anzahl positiver Kontaktpatienten:** □□□□□ (Anzahl)

**4.6.2. Anzahl aller Kontaktpatienten:** □□□□□ (Anzahl)

**4.7. Darstellung der MRSA-Fälle (monatlich) in einer Graphik (Beispiel Anlage), differenziert nach Kliniken oder Stationen und nach nosokomial und mitgebracht:**

☐ Ja ☐ Nein

**4.7.1. Wie viele Ausbrüche (Ausbruch:  $\geq 2$  Fälle mit epidemiologischen Zusammenhang) mit MRSA (Infektionen und Kolonisationen) fanden im letzten Kalenderjahr statt**

□□□□ (Anzahl)

**4.8. Präsentation der MRSA-Surveillance Daten:**

☐ Ja ☐ Nein



**4.8.1. Wenn ja, in welchem Rhythmus?** \_\_\_\_\_

**4.8.2. Letztes Präsentations Datum?** \_\_\_\_\_

**4.8.3. Vor welchem Zuhörerkreis?** \_\_\_\_\_

*Pflicht: Präsentation mind. jährlich auf der Hygienekommissionssitzung und zeitnah auf den betroffenen Stationen. Empfohlen: regelmäßig im internen Qualitätsmanagement*

**Kriterien zu 4. erfüllt:** ☐ Ja ☐ Nein

## 5. Patientenmanagement bei MRSA-positiven Patienten

Grundlagen KRINKO-Empfehlungen „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern...“ 1999; Kommentar der KRINKO zu dieser Empfehlung 2008. Grundsätzlich sollte der MRSA Patient im Einzelzimmer isoliert werden (KRINKO-Empfehlung). Bei Abweichungen von diesem Konzept sind Begründungen anzugeben z.B. intensivpflichtiger Patient und aktuell keine ausreichende Kapazität an Einzelzimmern auf der ITS. Ein Qualitätssiegel kann nur vergeben werden, wenn alle Kontaktpatienten konsequent gescreent werden (nach bekannt werden des Indexpatienten und bei Trennung vom Indexpatienten, falls diese nicht sofort erfolgt). Die Qualität des Hygienemanagements wird anhand der Anzahl positiver Kontaktpatienten bewertet.

### 5.1. Werden spezifische Maßnahmen über die Standardhygiene hinaus beim Umgang mit MRSA-positiven Patienten durchgeführt?

☐ Ja

☐ Nein

#### 5.1.1. Erfolgt eine Isolierung im Einzelzimmer? (siehe oben)

☐ Ja

☐ Nein

#### 5.1.2. Erfolgt eine Kontaktisolierung (Schutzkleidung) im Mehrbettzimmer? (siehe oben)

☐ Ja

☐ Nein

### 5.2. Erfolgt ein Screening aller Kontaktpatienten?

☐ Ja

☐ Nein

### 5.3. Ist ein Sanierungskonzept vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein



#### 5.3.1. Erläuterung Sanierungskonzept:

---

---

#### 5.3.2. Erfassung sanierungshemmender Faktoren?

☐ Ja

☐ Nein

Kriterien zu 5. erfüllt: ☐ Ja ☐ Nein

## 6. Ausbruchmanagement

### 6.1. Erfolgt die Meldung nach IfSG ( $\geq 2$ Infektionen) unverzüglich an das Gesundheitsamt (GA)?

☐ Ja

☐ Nein

#### 6.1.1. Erhält das GA zusätzliche Information über dazugehörige Kolonisationen?

☐ Ja

☐ Nein

**6.2. Werden die Maßnahmen mit dem GA abgestimmt?**

☐ Ja

☐ Nein

**6.2.1. Erfolgt die Typisierung der Stämme im NRZ?**

☐ Ja

☐ Nein

☐ Teilweise

**6.3. Erhält das GA einen kurzen Abschlussbericht mit Auswertung nach Beendigung des Ausbruchs?**

☐ Ja

☐ Nein

**6.4. Erfolgt eine Präsentation der Daten?**

☐ Ja

☐ Nein



**6.4.1. Wenn ja, in welchem Rhythmus?** \_\_\_\_\_

**6.4.2. Letztes Präsentations Datum:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

**6.4.3. Vor welchem Zuhörerkreis?** \_\_\_\_\_

**6.4.4. Datenabgleich mit Informationen zu MRSA aus der Surveillance?**

☐ Ja

☐ Nein

**Kriterien zu 6. erfüllt:** ☐ Ja ☐ Nein

**7. Surveillance von nosokomialen Infektionen**

**7.1. Teilnahme an KISS?**

☐ Ja

☐ Nein

**7.1.1. Teilnahmebedingungen erfüllt?** (regelmäßige Teilnahme am Erfahrungsaustausch, Datenpräsentation wie gefordert)

☐ Ja

☐ Nein

**7.1.2. An welchen Modulen wird im KISS teilgenommen?**

OP KISS? ☐ Ja

☐ Nein

ITS-KISS? ☐ Ja

☐ Nein

Andere? ☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**7.1.3. Wer erfasst und wie wird erfasst pro Modul?**

Name	Funktion	Modul	<b>Aktive Erfassung</b> (=Hygienefachpersonal) <b>Passive Erfassung</b> (=Stationspersonal)
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### **7.1.4. Erfolgt eine Präsentation der Daten?**

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, in welchem Rhythmus? \_\_\_\_\_

Letztes Präsentations Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Vor welchem Zuhörerkreis? \_\_\_\_\_

### **7.2. Keine Teilnahme an KISS**

#### **7.2.1. Erfolgt die Erfassung der NI durch geschultes Personal?**

☐ Ja

☐ Nein

#### **7.2.2. Werden die NI nach den CDC Kriterien festgelegt?**

☐ Ja

☐ Nein

**7.3. Wer erfasst die NI und Erfassungsmodalitäten?**

Name	Funktion	NI-Art und/ oder Indikator-OP	Aktive Erfassung (=Hygienefachpersonal) Passive Erfassung (=Stationspersonal) Kurzbeschreibung
			Aktive Surveillance <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datendurchsicht mind. 2x pro Woche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht mikrobiologischer Befunde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht Patientenakte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Teilnahme an Visiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Besprechen der Fälle vor Ort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Andere, welche? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			Aktive Surveillance <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datendurchsicht mind. 2x pro Woche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht mikrobiologischer Befunde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht Patientenakte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Teilnahme an Visiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Besprechen der Fälle vor Ort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Andere, welche? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			Aktive Surveillance <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datendurchsicht mind. 2x pro Woche <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht mikrobiologischer Befunde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Durchsicht Patientenakte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Teilnahme an Visiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Besprechen der Fälle vor Ort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Andere, welche? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



## 7.4. Indikatorinfektionen

### 7.4.1. Erfassung der postoperativen Wundinfektionen (WI)

Die einzelnen Daten sind separat aufzuzeichnen und beizufügen

Berechnung der Anzahl der WI pro 100 Operationen derselben Art

Pro Patient zu erfassen: OP-Dauer, ASA Score, Kontaminationsgrad

☐ Ja

☐ Nein

### 7.4.2. Und Erfassung einer relevanten NI - Art auf einer ITS

Beatmungs-assoziierte Pneumonierate

Anzahl Pneumonien bei beatmeten Patienten pro 1.000 Beatmungstage

☐ Ja

☐ Nein

ZVK-assoziierte Sepsisrate

Anzahl Sepsisfälle bei Patienten mit ZVK pro 1000 ZVK Tage

☐ Ja

☐ Nein

Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionsrate

Anzahl HWI bei Patienten mit HWK pro 1000 HWK Tage

☐ Ja

☐ Nein

### 7.4.3. Oder Erfassung einer relevanten NI auf peripherer Station

Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Geriatrie, Neurologie, Reha-Stationen

Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionsrate

☐ Ja

☐ Nein

ZVK-assoziierte Sepsisrate

☐ Ja

☐ Nein

## 7.5. Erfolgt der Datenvergleich mit den Referenzdaten (KISS)

☐ Ja

☐ Nein



### 7.5.1. Bestehen Auffälligkeiten? Raten über Q 3 = 75. Perzentil der Referenzdaten

☐ Ja

☐ Nein

## 7.6. Werden ggf. Maßnahmen zur Infektionsprävention abgeleitet?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 7.7. Erfolgt eine Präsentation der Daten

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, in welchem Rhythmus? \_\_\_\_\_

Letztes Präsentation Datum? \_\_\_\_\_

Vor welchem Zuhörerkreis? \_\_\_\_\_

Kriterien zu 7. erfüllt:

☐ Ja

☐ Nein

## 8. Antibiotikamanagement

### 8.1. Erfassung der Antibiotikaverbrauchsdaten

z.B. definierte Tagesdosen (DDD-defined daily doses)  
pro 1000 Patiententage = Antibiotikaanwendungsdichte oder pro 100 Patienten?  
oder pro abgeschlossene KH Behandlung etc.  
Geplant nach RKI

Was wird aktuell erfasst? \_\_\_\_\_

### 8.2. Erfolgt die Auswertung der Resistenzentwicklung über die Laborstatistik?

☐ Ja

☐ Nein

### 8.3. Gibt es hausspezifische Leitlinien zum Antibiotikaeinsatz?

☐ Ja

☐ Nein



#### 8.3.1. Wie wird sichergestellt, dass diese Leitlinien angewendet werden?

\_\_\_\_\_

#### 8.3.2. Erfolgt die regelmäßige Anpassung der hausspezifischen Leitlinien zur Antibiotika-anwendung an die Resistenzentwicklung?

☐ Ja

☐ Nein

### 8.4. Finden infektiologische Beratungen bei Risikopatienten (z.B. ITS) statt?

☐ Ja

☐ Nein



#### 8.4.1. Wenn ja, in welchen Bereichen?

\_\_\_\_\_

#### 8.4.2. Wer führt diese durch (Qualifikation)?

\_\_\_\_\_

### 8.5. Befinden sich Ärzte in der Fortbildung von Antibiotic Stewardship? (Empfehlung)

☐ Ja

☐ Nein

### 8.6. Tagt die Arzneimittelkommission regelmäßig?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

Namen der Teilnehmer	Funktion

Kriterien zu 8. erfüllt: ☐ Ja ☐ Nein

## 9. Präventive Maßnahmen

### 9.1. Maßnahmen

*Pflicht mindestens 2 Maßnahmen; z.B. Überwachung von Verbandwechseln durch Hygienefachkräfte und Auswertung; Teilnahme an Aktion Saubere Hände*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### 9.2. Ist die Informationsweitergabe an nachfolgende Einrichtungen bei im Krankenhaus isolierungspflichtigen Patienten sichergestellt?

☐ Ja ☐ Nein



9.2.1. Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

### 9.3. Gibt es ein Management bei Wiederaufnahme isolierungspflichtiger Patienten ?

☐ Ja ☐ Nein



9.3.1. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kriterien zu 9. erfüllt: ☐ Ja ☐ Nein

## 10. Aktive Teilnahme an Veranstaltungen des Netzwerkes

*Teilnahme an regionalen und berlinweiten Veranstaltungen des Netzwerkes und der AG Krankenhaushygiene*

☐ Ja ☐ Nein

**Vergabemodalitäten**

- Bezeichnung des „Zertifikates“ als Qualitätssiegel
- Anmeldung des KH bei GA des Bezirkes
- Einverständnis ÄD; Hinweis der Rechtsweg ist ausgeschlossen!
- Aushändigung des Protokolls für die Vorbereitung durch das Krankenhaus
- Termin im Krankenhaus mit dem Mitarbeiter des GA (Hygienereferent oder Amtsarzt) und Zertifizierungsteam für gegenseitige Abstimmungen und Ausfüllen des Protokolls
- Die Unterlagen, die die Anforderungen aus dem Protokoll bestätigen, werden beim Ortstermin mit dem Zertifizierungsteams des Krankenhauses eingesehen. Sie müssen **nicht** bei der AG MRSA vorgelegt werden. Die Einschätzung des Vertreters des GA vor Ort ist ausreichend.
- Berücksichtigung der Begehung - keine gravierenden Mängel und Erfüllung der Auflagen aus den Begehungsprotokollen
- Vorlage des Protokolls bei der AG MRSA, wenn der Mitarbeiter des GA die Kriterien für erfüllt hält
- Vorlage des Protokolls bei der AG MRSA, wenn der Mitarbeiter des GA die Kriterien für nicht erfüllbar hält oder eine Unterstützung bei der Bewertung vor Ort möchte
- Entscheidung mehrheitlich, auf Wunsch des GA und diskrepanten Auffassungen Unterstützung bei Ortstermin im KH durch ein AG Mitglied eines anderen Bezirkes
- **Nicht** abstimmungsberechtigt über die Vergabe des Qualitätssiegels sind die Vertreter des GA aus dem Bezirk, in dem das Krankenhaus sich befindet
- Ggf. schriftliche Festlegungen der Nachforderungen an das Krankenhaus
- Eine Vergabe des Qualitätssiegels ist auch möglich, wenn plausibel die notwendigen Nachforderungen eingeleitet oder erfüllt wurden
- Erneuter Termin zur Beurteilung durch die AG MRSA nach Ergänzung des Protokolls und Abstimmung
- Es unterzeichnet nicht der Mitarbeiter des GA in dem Bezirk sich das KH befindet
- Unterzeichnung des Qualitätssiegels durch den Vertreter des LAGeSo (muss noch abgestimmt werden)
- Abstimmungsberechtigte Mitglieder der AG-MRSA werden jeweils am Anfang des Kalenderjahres festgelegt
- Zurzeit: Gabi Sinn, Irina Zuschneid, Nicoletta Wischnewski, Gudrun Widders, Daniel Sagebiel, Brigitte Wrede, Jörg Bätzing - Feigenbaum, ein Vertreter der Senatsverwaltung ( i.d.R. Levke Quabeck), Sina Bärwolff

**Ausblick**

- Kick-Off Veranstaltung am 07.11. berlinweit