



Vorstellung des neuen MRSA/ MRE- Qualitätssiegels für die Krankenhäuser

Dr. Sabine Klinke-Rehbein

Diana Werk

Andrea Heeren

MRSA-Qualitätssiegel



- im Ennepe-Ruhr-Kreis seit 2012 für KKH im Rahmen des Netzwerkes Nachweis besonderer Qualitäten im Umgang mit MRSA-Patienten
- Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen, (innerbetriebliche) Schulungen, Erfassung epidemiologischer Daten, MRSA-Eingangsscreenings, Festlegung des klinikeigenen Risikos, Typisierung MRSA, MRSA-Surveillance-Protokoll, Übergabebogen, Nachweis Screening von Risikopatienten



Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen

- Teilnahme an Netzwerktreffen (runde Tische, Arbeitskreise usw.) durch HFK, KKH-Hygieniker o. hygienebeauftr. Arzt
 - überregionale Veranstaltungen
 - Inhalte der Veranstaltungen: MRE, Hygiene, Netzwerkarbeit, allgemeiner Infektionsschutz, Antibiotikatherapie
 - Überprüfungen durch Anwesenheitslisten und Teilnahmebescheinigungen
-



Durchführung innerbetrieblicher Schulungen

- Hygienerrelevante Themen wie Händehygiene, Antibiotic Stewardship, Infektionserkrankungen, mind. 2 Schulungen zu den Themen „Umgang mit MRE/ MRE-Prävention“
- jeder Mitarbeiter 1X/ Jahr
- Konzept zum Umgang mit Neueinstellungen, Praktikanten, Leihkräften, Gastärzten
- Anwesenheitsliste mit Angabe der Einsatzbereiche der Mitarbeiter, auch Erfassung der Nicht-Teilnahme
- Überprüfung der Anwesenheitslisten, Konzept Nicht-Teilnahme, Quotennachweis



Hygienemanagement im Umgang mit MRE

- Beschäftigung von ausreichend Hygienefachpersonal (Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und Krankenhaushygieniker) gemäß der KRINKO-Vorgaben
- Abteilungen mit besonderen Risiken für nosokomiale Infektionen sollen eigene hygienebeauftragte Ärzte haben
- Anerkennung von Hygienefachpersonal in Ausbildung mit Teilpunkten, gilt auch für curriculare Fo-Bi der Ärzte
- Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und MRGN anhand einer Checkliste



Händehygiene

- Compliance-Messungen zur Händehygiene
- Ermittlung auf mind. 2 Peripher- und ggf. Intensiv-/ IMC-Stationen
- Compliance-Beobachtungen auf Station mit dem niedrigsten Verbrauch (festgestellt im ersten Jahr durch Messungen; weitere Beobachtung, Rücksprache mit Mitarbeitern und Dokumentation des Feedbacks)
- Angabe des Desinfektionsmittelverbrauches



Antibiotic Stewardship

- ABS-Team: Infektiologe bzw. infektiologisch klinisch tätiger Facharzt, Apotheker (beide ABS-geschult), Mikrobiologe, lokal verantwortlicher Arzt für Krankenhaushygiene)
- ABS-Team Mitglied in Arzneimittel- und Hygienekommission
- durch Geschäftsführung bestätigtes zeitliches Deputat für alle Mitglieder
- krankenhausspezifische Leitlinien zur initialen AB-Therapie, perioperativen Prophylaxe sowie zur Sequentialtherapie
- mind. 14-tägige interdisziplinäre Visiten auf Stationen mit bes. infektiologischer Relevanz oder bes. hohem Antibiotikaverbrauch



Informationen für Patientinnen und Patienten/ Informationsweitergabe

- Beratung/ Aushändigung Infomaterial zu MRE an Patienten bzw. Angehörige, Aufklärung über Konsequenzen, Dokumentation des Beratungsgespräches
- Übergabebogen auf Station verfügbar und ggf. in Patientenakte hinterlegt
- konkrete Verfahrensanweisungen für die Mitarbeiter zum Einsatz des Bogens



- für *jedes* QZ Mindestpunktzahl erforderlich
 - Vergabe von Teilpunkten für die einzelnen Ziele definiert
 - Grundlagen IfSG, RKI-Richtlinien, Leitlinien
 - Start 1.1.2019, Dauer des Prozesses: 2 Jahre
-
- Besuch der Informationsveranstaltung am 17.12. in Bochum (Anmeldung erforderlich)
 - www.lzg.nrw.de/9133281



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.