

Umgang mit multiresistenten Erregern in Dortmunder Krankenhäusern

Von Dr. Uta Ulbrich
Gesundheitsamt Dortmund

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt





Was sind multiresistente Erreger?

die Erreger haben sich in ihren Eigenschaften verändert;
bisher eingesetzten Antibiotika wirken nur noch begrenzt
oder nicht mehr auf diese Krankheitserreger

Formulierung im Gesetzestext :

Krankheitserreger mit spezifischen Resistenzen



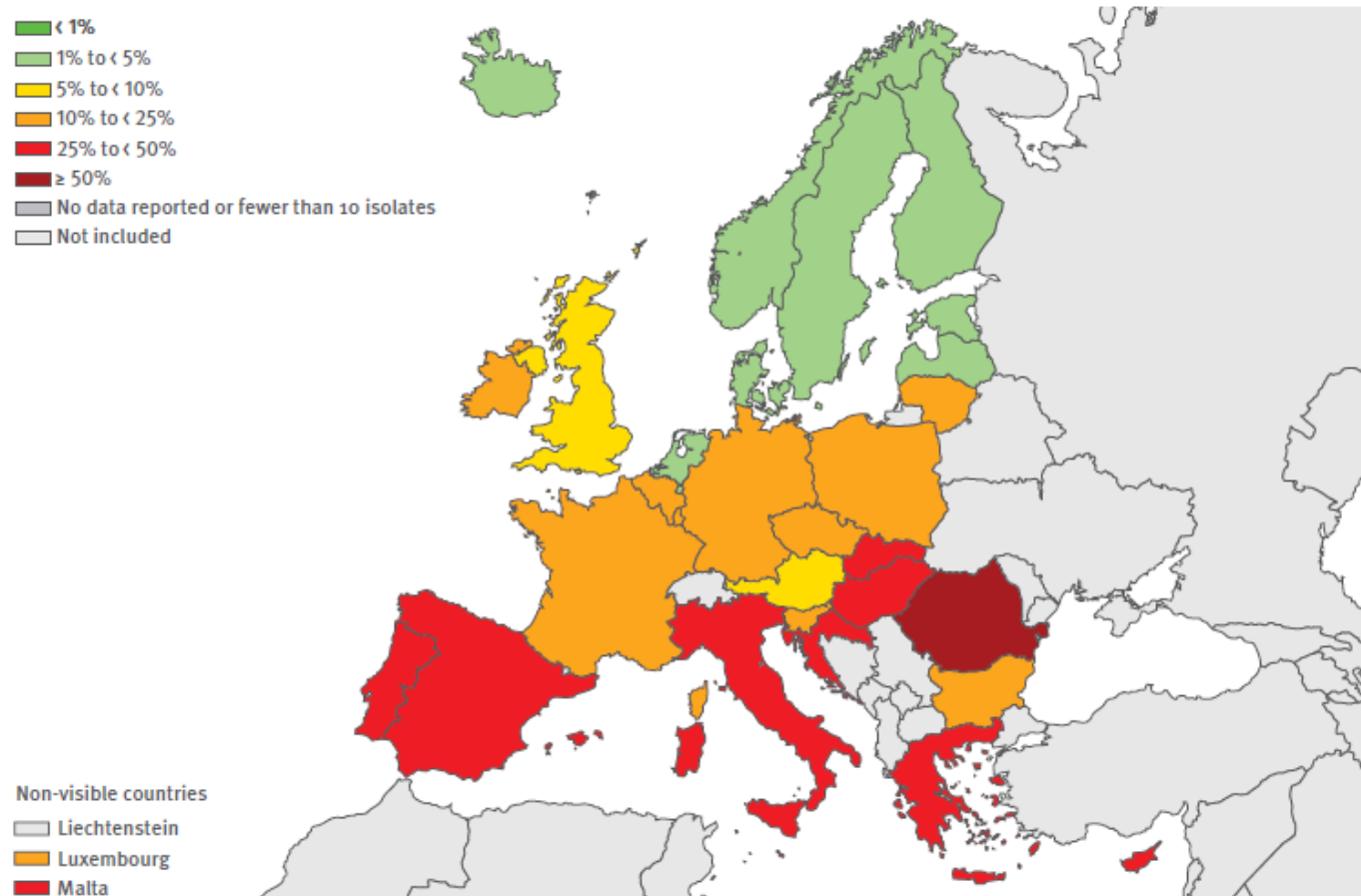
Übersicht MRSA

Erreger	Resistenz gegen	Mögliche Antibiotika
MRSA (Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus)	Methicillin (Penicilline, Cephalosporine 1.-4. Generation, Carbapeneme)	Mupirocin lokal Linezolid, Vancomycin, Tigacyclin, Daptomycin



Darstellung aus dem ECDC-Bericht 2016

Figure 3.25. *Staphylococcus aureus*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to meticillin (MRSA), by country, EU/EEA countries, 2016

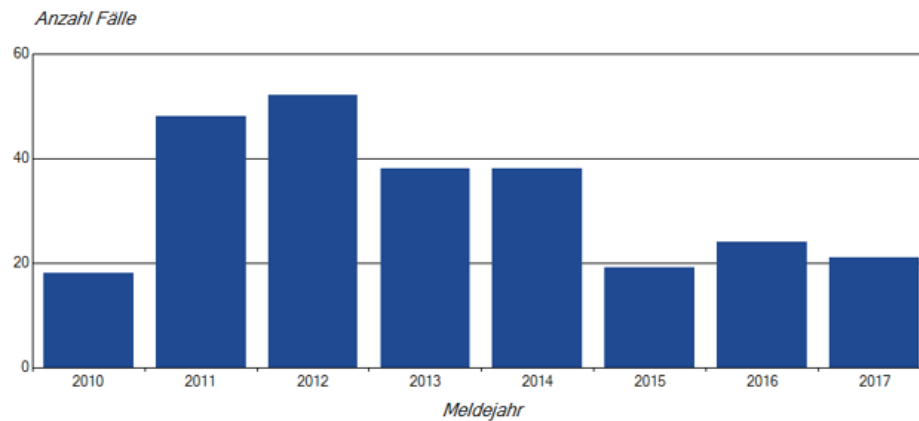




Daten zu MRSA in Dortmund

Leere Seite - Microsoft Edge

about:blank



Die Verwendung von Daten aus der SurvStat@RKI 2.0-Anwendung ist außer zu werblichen Zwecken gestattet, jedoch nur unter Quellensangabe. Vorgeschlagene Zitierweise:

»Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 03.12.2017«

Ein Belegexemplar wird erbeten an:

Robert Koch-Institut
Fachgebiet 32 - Surveillance
Postfach 65 02 61
D-13302 Berlin

Ihre Abfrage:

Abfragezeitpunkt	03.12.2017 12:18:07
Sprache	Deutsch
Meldeweg	Über Gesundheitsamt und Landesstelle
Filtereinstellungen	<p>Referenzdefinition Ja</p> <p>Meldepflicht / Krankheit / Erreger » Krankheit MRSA, invasive Infektion</p> <p>Meldejahr 2017; 2016; 2015; 2014; 2013; 2012; 2011; 2010; 2009</p> <p>Bundesland / Gebietsseinheit / Kreis » Bundesland Nordrhein-Westfalen</p> <p>Bundesland / Gebietsseinheit / Kreis » Gebietsseinheit (NUTS Ebene 2) Gebietsseinheit Arnsberg</p> <p>Bundesland / Gebietsseinheit / Kreis » Kreis SK Dortmund</p>
Zielerkennmerkmal	Meldejahr
Resultaterkennmerkmal	

Meldepflichtig: nur
Nachweise in
Blutkulturen oder
Liquor (hirnwasser)

Abfrage aus SurvStat,
Robert-Koch-Institut



Übersicht Erreger 3MRGN und 4MRGN

Tab. 2 Klassifizierung multiresistenter gramnegativer Stäbchen auf Basis Ihrer phänotypischen Resistenzeigenschaften
(R=resistent oder Intermediär empfindlich, S = sensibel)

Antibiotikagruppe	Leitsubstanz	Enterobakterien		<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		<i>Acinetobacter baumannii</i>	
		3MRGN ¹	4MRGN ²	3MRGN ¹	4MRGN ²	3MRGN ¹	4MRGN ²
Acylureidopenicilline	Piperacillin	R	R	Nur eine der 4 Antibiotikagruppen wirksam (sensibel)	R	R	R
3./4. Generations-Cephalosporine	Cefotaxim und/oder Cefotaxim	R	R		R	R	R
Carbapeneme	Imipenem und/oder Meropenem	S	R		R	S	R
Fluorchinolone	Ciprofloxacin	R	R		R	R	R

¹ 3MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen)

² 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen)

Aus:

Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)



Bekanntmachung

Tab.3 Beispiele für die Eingruppierung gramnegativer Stäbchen als multiresistent

Spezies	Resistenzangabe	Bewertung	Bemerkung
<i>K. pneumoniae</i>	ESBL, Ciprofloxacin R	3MRGN <i>K. pneumoniae</i>	
<i>E. coli</i>	ESBL, Ciprofloxacin S	<i>E. coli</i> (hier liegt kein MRGN vor)	bei dieser Konstellation liegt weder 3MRGN noch 4MRGN vor, da Ciprofloxacin sensibel ist
<i>K. pneumoniae</i>	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Ciprofloxacin R	3MRGN <i>K. pneumoniae</i>	damit die Kriterien für 3MRGN erfüllt sind, muss Colizaxim ODER Ceftazidim (oder R) sein (siehe Text Besonderheit C)
<i>E. coli</i>	Piperacillin R, Colizaxim (Ceftazidim S, Ciprofloxacin I)	3MRGN <i>E. coli</i>	damit die Kriterien für 3MRGN erfüllt sind, muss Colizaxim ODER Ceftazidim (oder R) sein, auch eine Intermediate Empfindlichkeit für Ciprofloxacin erfüllt. In Kombination mit den anderen Bedingungen die Kriterien für 3MRGN (siehe Text Besonderheit C)
<i>K. pneumoniae</i>	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Imipenem R, Meropenem R, Ciprofloxacin R	4MRGN <i>K. pneumoniae</i>	
<i>K. pneumoniae</i>	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Imipenem R, Meropenem R, Ciprofloxacin S	4MRGN <i>K. pneumoniae</i>	sehr seltene Konstellation, es empfiehlt sich, entsprechende Isolate trotz Ciprofloxacin Empfindlichkeit als 4MRGN zu werten (siehe Text Besonderheit A)
<i>K. pneumoniae</i>	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Imipenem S, Meropenem S, Ciprofloxacin R, Nachweis einer OXA-48 Carbapenemase	4MRGN <i>K. pneumoniae</i>	bei Vorliegen einer Carbapenemase wird das Isolat selbst dann als 4MRGN gewertet, wenn Imipenem und Meropenem in vitro sensibel sind (siehe Text Besonderheit B)
<i>P. mirabilis</i>	Piperacillin R, Colizaxim S, Ceftazidim S, Imipenem R, Meropenem S, Ciprofloxacin R	<i>P. mirabilis</i> (hier liegt kein MRGN vor)	bei <i>Proteus spp.</i> , <i>Morganella morganii</i> und <i>Providencia spp.</i> kann eine vorwiegende Empfindlichkeit gegen Imipenem natürlicherweise vorkommen
<i>E. cloacae</i> oder andere Spezies mit chromosomaler AmpC (z. B. E. aerogenes, C. freundii)	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim R, Imipenem S, Meropenem S, Ciprofloxacin S	<i>E. cloacae</i> (hier liegt kein MRGN vor)	Cephalosporin-Resistenz in diesem Fall kann durch eine deprimierte chromosomale AmpC und/oder eine ESBL bedingt sein. Wegen Ciprofloxacin-Empfindlichkeit ist das Isolat nicht als MRGN zu werten. Ob es sich um ESBL handelt oder nicht, spielt für die Klassifikation hier keine Rolle.
<i>E. cloacae</i> oder andere Spezies mit chromosomaler AmpC (z. B. E. aerogenes, C. freundii)	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim R, Imipenem S, Meropenem S, Ciprofloxacin R	<i>E. cloacae</i> (3MRGN)	Cephalosporin-Resistenz in diesem Fall kann durch eine deprimierte chromosomale AmpC und/oder eine ESBL bedingt sein. Wegen Ciprofloxacin-Resistenz ist das Isolat als 3MRGN zu werten. Ob es sich um ESBL handelt oder nicht, spielt für die Klassifikation hier keine Rolle.
<i>E. cloacae</i> oder andere Spezies mit chromosomaler AmpC (z. B. E. aerogenes, C. freundii)	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Imipenem S, Meropenem S, Ciprofloxacin R	<i>E. cloacae</i> (hier liegt kein MRGN vor)	Bei dieser Spezies liegt eine üblicherweise nicht exprimierte chromosomale AmpC vor, die aber durch eine Mutation exprimiert werden kann. Einige Labors setzen daher Colizaxim und Ceftazidim auf (wegen der Möglichkeit von Therapieversagen durch mutualbedingte Resistenzen). Für die MRGN-Klassifikation sollten diese interpretierten Ergebnisse in diesem Fall aber nicht gewertet werden. Das Isolat wäre somit nicht als MRGN zu werten.
<i>P. aeruginosa</i>	Piperacillin S, Ceftazidim R, Colipim R, Imipenem R, Meropenem R, Ciprofloxacin R	<i>P. aeruginosa</i> (hier liegt kein MRGN vor)	trotz Carbapenem-Resistenz gibt es noch zwei Antibiotikagruppen sensible Substanzen
<i>P. aeruginosa</i>	Piperacillin R, Colizaxim R, Ceftazidim S, Imipenem R, Meropenem R, Ciprofloxacin S	<i>P. aeruginosa</i> (hier liegt kein MRGN vor)	trotz Carbapenem-Resistenz gibt es noch zwei Antibiotikagruppen sensible Substanzen. Ceftazidim darf bei <i>P. aeruginosa</i> nicht für die Multiresistenz-Definition herangezogen werden (siehe Text Besonderheit D).
<i>P. aeruginosa</i>	Piperacillin R, Colizaxim S, Ceftazidim S, Imipenem R, Meropenem R, Ciprofloxacin R	3MRGN <i>P. aeruginosa</i>	da Ceftazidim und Colipim zur gleichen Antibiotikagruppe gehören, ist hier nur eine der 4 Antibiotikagruppen wirksam

Abb.: aus

Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

Tab.5 Maßnahmen zur Prävention der Verbreitung von MRGN

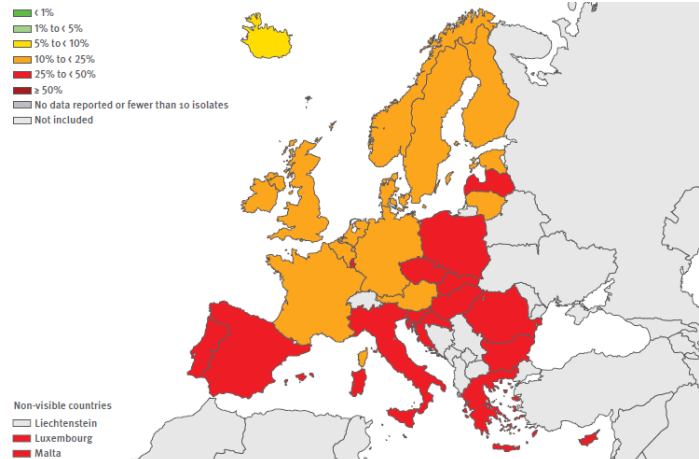
	Aktives Screening und Isolierung bis zum Befund ¹	Prävention der Übertragung		Sanierung
		Normalbereiche	Risikobereiche ²	
3MRGN <i>E. coli</i>	Nein	Basishygiene	Isolierung	Nicht empfohlen
4MRGN <i>E. coli</i>	Risikopopulation ⁴ (Rektal, ggf. Wunden, Urin)	Isolierung	Isolierung	Nicht empfohlen
3MRGN <i>Klebsiella spp.</i>	Nein	Basishygiene	Isolierung	Nicht empfohlen
4MRGN <i>Klebsiella spp.</i>	Risikopopulation (Rektal, ggf. Wunden, Urin)	Isolierung	Isolierung	Nicht empfohlen
3MRGN <i>Enterobacter spp.</i>	Nein	Basishygiene	Basishygiene	Nicht empfohlen
4MRGN <i>Enterobacter spp.</i>	Risikopopulation (Rektal)	Isolierung	Isolierung	Nicht empfohlen
andere 3MRGN <i>Enterobakterien</i>	Nein	Basishygiene	Basishygiene	Nicht empfohlen
andere 4MRGN <i>Enterobakterien</i>	Risikopopulation ⁴ (Rektal)	Isolierung	Isolierung	Nicht empfohlen
3MRGN <i>P. aeruginosa</i>	Nein	Basishygiene	Isolierung	Nicht empfohlen
4MRGN <i>P. aeruginosa</i>	Risikopopulation (Rektal, Fächon)	Isolierung	Isolierung	Nicht empfohlen
3MRGN <i>A. baumannii</i>	Nein	Basishygiene	Isolierung	unklärt
4MRGN <i>A. baumannii</i>	Risikopopulation (Mund-Fächon-Raum, Haut)	Isolierung	Isolierung	unklärt

¹ Risikobereiche sind nach individueller Risikobewertung, z. B. auf Basis des Patientengutes und baulich-struktureller Gegebenheiten festzulegen, wobei Interventions- und Isolationsmaßnahmen der Neonatologie und Hämatologisch-onkologische Stationen als Bereiche mit besonders gefährdeten Patienten gelten.
² In der Neonatologie kann bereits eine alleinige Resistenz gegenüber 3. Generation-Cephalosporinen bei bestimmten Erregern (wie zum Beispiel *K. pneumoniae*, *E. cloacae*, *S. marcescens*, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *C. koseri*) interdisziplinäre Überlegungen zur Notwendigkeit einer kontakt-hygienischen Intervention nach sich ziehen.
³ Eine gerätearme Isolierung (Kohorten-Isolierung) kann nur für Patienten mit einem MRGN derselben Spezies mit gleichem Resistenzmuster erfolgen.
⁴ Als Risikopatienten gelten Patienten mit direktem Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten und Patienten die zu 4MRGN positiven Patienten Kontakt hatten, d. h. im gleichen Zimmer gepflegt wurden.



Situation Europa

Figure 3.2. *Escherichia coli*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to fluoroquinolones, by country, EU/EEA countries, 2016



Verschiedene Erreger mit
Resistenzen gegen Fluorchinone
Abb. Aus Bericht ECDC 2016



Figure 3.20. *Acinetobacter* spp. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to fluoroquinolones, by country, EU/EEA countries, 2016

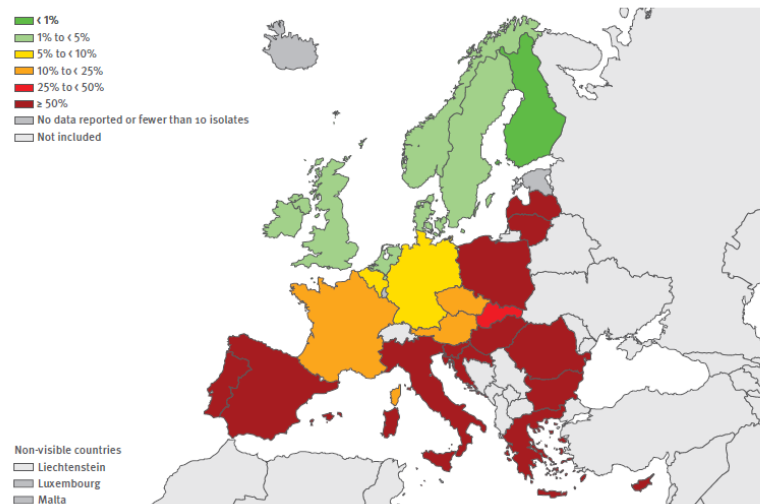
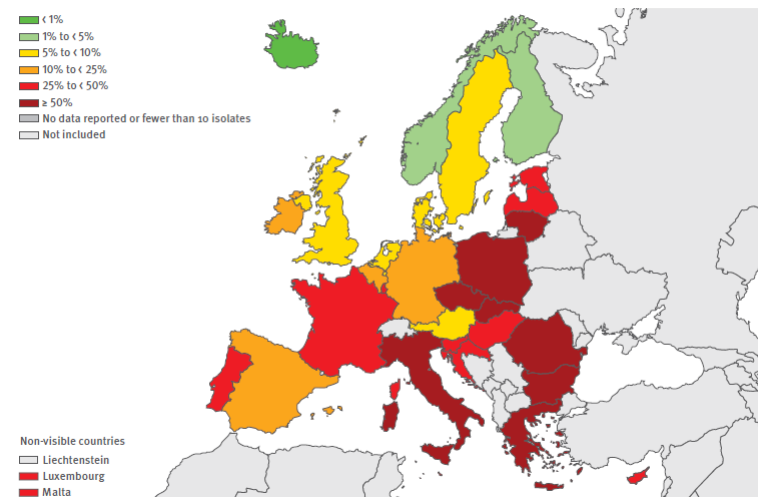


Figure 3.8. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive iso EU/EEA countries, 2016





Gramnegative Erreger

Bundesland	Einsendungen
Baden-Württemberg	585
Bayern	559
Berlin	563
Brandenburg	77
Bremen	5
Hamburg	199
Hessen	393
Mecklenburg-Vorpommern	61
Niedersachsen	160
Nordrhein-Westfalen	1.157
Rheinland-Pfalz	204
Saarland	37
Sachsen	398
Sachsen-Anhalt	59
Schleswig-Holstein	131
Thüringen	123

Tab. 1: Einsendungen an das NRZ für gramnegative Krankenhauserreger mit der Fragestellung Carbapenemase-Abklärung im Jahr 2015 nach Bundesland des einsendenden Labors

Postleitzahl-Bereich	Einsendungen
0	466
1	691
2	405
3	436
4	713
5	469
6	426
7	405
8	358
9	342

Tab. 2: Einsendungen an das NRZ für gramnegative Krankenhauserreger mit der Fragestellung Carbapenemase-Abklärung im Jahr 2015 nach Postleitzahl-Bereich des Krankenhauses (sofern angegeben) oder des Labors



Meldepflicht multiresistente Erreger



[zurück](#)

[weiter](#)

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeldAnpV) § 2 Anpassung der Meldepflicht in Bezug auf namentlich meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

- (1) Die Meldepflicht nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt auf den direkten oder indirekten Nachweis von Chikungunya-Virus, Dengue-Virus, West-Nil-Virus, Zika-Virus und sonstigen Arboviren, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist.
- (2) Die Meldepflicht nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes wird ausgedehnt auf den direkten Nachweis folgender Krankheitserreger:
1. Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor,
 2. Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei Proteus spp., Morganella spp., Providencia spp. und Serratia marcescens; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation,
 3. Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation.

[zum Seitenanfang](#)

[Datenschutz](#)

[Seite ausdrucken](#)

Verordnung seit Mai 2016, noch keine umfassende Übersicht
in der bisherigen Übersicht: 29 Meldungen zu Enterobacterien
17 Meldungen zu Acinetobacter
mit Carb.-Nichtempfindlichkeit



Erkenntnis 2017

Umgang mit multiresistenten Erregern in Dortmunder Krankenhäusern ist gut.

Begründung:

Ergebnis der regelmäßigen infektionshygienischen Überwachungen nach § 23 Infektionsschutzgesetz durch das Gesundheitsamt

Externe Qualitätsbewertung durch das überregionale MRE-Netzwerk Nordwest mit Verleihung des MRE-Qualitätssiegels



Rückblick ca. 10 Jahre zurück



MRSA-Problematik in den Medien

Bildung erster MRSA-Netzwerke

Veröffentlichung der MRSA-Forschungsergebnisse aus der Uniklinik Münster

Sonderveranstaltung der kommunalen Gesundheitskonferenz



am 15.08.07 Sonderveranstaltung der kommunalen Gesundheitskonferenz mit Herrn PD Dr. Friedrich (Münster) zum Thema MRSA



aus dem Protokoll:

Konsensklärung:

- Die Bekämpfung von MRSA wird auf die Tagesordnung des Arbeitskreises Hygiene gesetzt.
- Hier soll die Keimzelle eines MRSA-Netzwerkes entstehen
- Die Erfahrungen des EUREGIO-Projektes sollen genutzt werden.
- Der Gesundheitskonferenz soll Bericht erstattet werden.



Das Dortmunder MRSA-Netzwerk

Gründungsveranstaltung am
18.06.08



Gefährlicher Keim

Bessere Bekämpfung

Gemeinsam gegen bedrohliche Keime, allen voran der MRSA. Dahinter verbirgt sich das Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus, eine Sonderform des am weitesten verbreiteten Wundkeims. Gegen diese Sonderform ist kaum ein Kraut gewachsen, deshalb will das neu gegründete MRSA-Netzwerk aus 25 Vertretern des Gesundheitswesens vor Ort die Bekämpfung optimieren.



Rund 25 Vertreter des Gesundheitswesens in Dortmund wollen durch ihr Netzwerk eine effektive Bekämpfung der multiresistenten Erreger erreichen.
RN-Foto Reminghorst



Das Dortmunder MRSA-Netzwerk



MRSA=Methicillin resistent
Staphylokokkus aureus

ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen in Dortmund, die in die Versorgung und Behandlung von MRSA-Patienten eingebunden sind

und

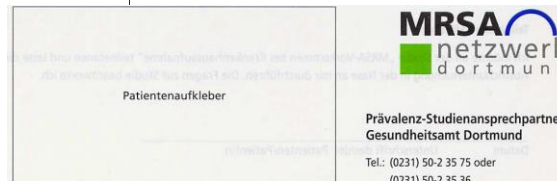
das gemeinsame Anliegen formuliert haben, die MRSA-Rate (und die damit verbundenen Probleme und Komplikationen) zu senken

Präsentation am 13.02.12 in der KGK:

2007
Gründung eines
Arbeitskreises Hygiene

2008
Gründung eines MRSA-
Netzwerkes 2008

2009
Durchführung eines
Prävalenzscreenings in
Dortmunder
Krankenhäusern



Dortmunder Prävalenzstudie: MRSA-Vorkommen bei Krankenhausaufnahme

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit bitten wir Sie um Teilnahme an der Dortmunder Prävalenzstudie zum Vorkommen und Verbreitung von MRSA-Bakterien.

MRSA-Bakterien (mit dem vollen Namen „Methicillinresistente Staphylokokkus aureus-Bakterien“) sind Bakterien, die bei gesunden Menschen in unterschiedlicher Häufigkeit auf der Nasenschleimhaut vorkommen und bei gesunden Menschen auch keine Krankheitszeichen machen. Bei schwerkranken Menschen oder nach Operationen können sich diese Erreger aber zu schwer bekämpfbaren Problemkeimen im Krankenhaus entwickeln. Sie können dann nur mit speziellen Medikamenten und umfangreichen Hygienemaßnahmen bekämpft werden. Deshalb hat der MRSA-Erreger vor allem im Krankenhaus große Bedeutung. Hat man bereits vor oder bei einer Krankenhausaufnahme Kenntnis über das Vorhandensein des MRSA-Keimes, können notwendige Maßnahmen wie Sanierungsmaßnahmen und Hygienemaßnahmen rechtzeitig und unkompliziert eingeleitet werden.

Das Gesundheitsamt Dortmund möchte im Rahmen einer Studie während eines bestimmten Zeitraumes (geplant Februar 2009) gemeinsam mit allen Dortmunder Krankenhäusern untersuchen, wie häufig bei Krankenhausaufnahme der MRSA-Erreger bei Patienten/Innen auf der Nasenschleimhaut vorliegt. Dazu soll bei allen Patienten/Innen, die während dieses Zeitraumes in ein Krankenhaus

aufgenommen werden, ein Nasenabstrich mittels eines Wattetupfers durchgeführt werden.

Die Nasenabstrichuntersuchungen werden ausschließlich für die Untersuchung von MRSA verwendet und die Ergebnisse Ihrem behandelndem Arzt im Krankenhaus mitgeteilt. Die Studienverantwortlichen erhalten lediglich anonymisierte Daten von dem untersuchenden Labor, das die Untersuchungsergebnisse nach den geltenden Datenschutzbestimmungen speichert. Die anonymisierten Daten werden von den Studienverantwortlichen nach Ende der Studie in einem Bericht veröffentlicht. Dieser wird auch der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt.

Das Gesundheitsamt bittet um Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und um Erlaubnis, dass bei Ihnen diese einfache und schmerzfreie Untersuchung bei Krankenhausaufnahme durchgeführt wird.

Die Teilnahmeerklärung befindet sich auf der Rückseite des Bogens.

Die Studie basiert auf der Freiwilligkeit der Teilnehmer. Die Teilnahmeerklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Nachteil in der medizinischen Versorgung ergibt sich hierdurch nicht.

Das Dortmunder MRSA-Netzwerk

Gründungsveranstaltung am
18.06.08

Gefährlicher Keim

Bessere Bekämpfung

Gemeinsam gegen bedrohliche Keime, allen voran der MRSA. Dahinter verbirgt sich das Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus, eine Sonderform des am weitesten verbreiteten Wundkeims. Gegen diese Sonderform ist kaum ein Kraut gewachsen, deshalb will das neu gegründete MRSA-Netzwerk aus 25 Vertretern des Gesundheitswesens vor Ort die Bekämpfung optimieren.



Rund 25 Vertreter des Gesundheitswesens in Dortmund wollen durch ihr Netzwerk eine effektive Bekämpfung der multiresistenten Erreger erreichen.

FB-Foto: Rosnyshyrt



Weiterentwicklung

Weitere Maßnahmen

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



Teilnahme am MRE-Netzwerk Nordwest (Kooperation)



25

Teilnahme am MRE-Netzwerk Nordwest (Forschungsprojekt des Bundes)

Verbund von 6 verschiedenen Regionen in NRW
Zusammenstellung vorhandener Information und Maßnahmen, Standardisierung des Vorgehens

Qualitätsanerkennung

Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit

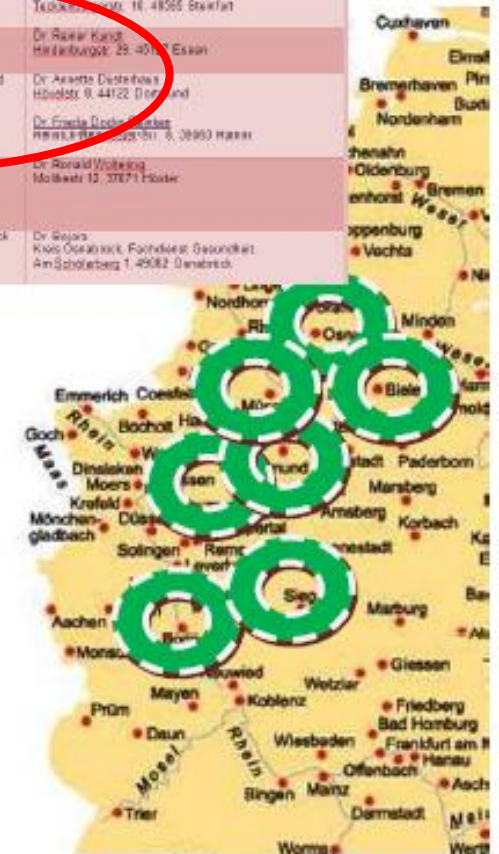


Projektkoordination: Universität Münster

Funktion	Name	Institution
Antagonisten und Koordinator	PD-Dr. Alexander V. Friedrich	Universität Münster, Institut für Hygiene Robert Koch Str. 41 48129 Münster
Kooperationspartner Westfalen	Dr. Hippo	Dr. med. Gerald Böhm, MRSA-Analyse, Genetisch-Klin. Oberbüsch, Fachgebiet Dermatol.
Kooperationspartner Nordrhein-Westfalen	Prof. Dr. med. Ina Daniels-Hardt	Landesinstitut für Infektionskrankheiten und Allerg. (LIIA), Von-Siedow-Str. 38 48151 Münster

Kooperationspartner für Regionale Modellnetzwerke		
Leiter Modellnetzwerk Rheinland	Gesundheitsamt Bonn	Dr. Inge Heyer, Egelstraße, 5 53183 Bonn
Leiter Modellnetzwerk Südrheinland	Gesundheitsamt Siegen-Wittgenstein Gesundheitsamt Olpe	Dr. Christoph Grabe, Kolbenstr. 17 57072 Siegen Christoph Grabe, Westfalische Str. 75 57462 Olpe
Leiter Modellnetzwerk Westfalen	Gesundheitsamt Bielefeld	Ulrich Lammert, Teubnerstr. 16 48566 Bielefeld
Leiter Modellnetzwerk Westfalen	Gesundheitsamt Essen	Dr. Rainer Karst, Harkortstr. 25 40101 Essen
Leiter Modellnetzwerk Ostfalen	Gesundheitsamt Dortmund Gesundheitsamt Hamm	Dr. Annette Dethlefs, Hübelerstr. 8 44122 Dortmund Dr. Frank Dethlefs, Hübelerstr. 8 44122 Dortmund
Leiter Modellnetzwerk Ostfalen Lippe	Gesundheitsamt Hamm	Dr. Ronald Wötling, Mohlenstr. 12 32671 Hamm
Leiter Modellnetzwerk Ostfalen	Gesundheitsamt Osnabrück	Dr. Beate Krawinkel, Fachbereich Gesundheit, Am Schölerberg 1 49082 Osnabrück

Kooperationspartner für die Schwerpunktthemen der Regionalen Modellnetzwerke		
Wissenschaftliche Leitung zum Koordinator im Gesundheitsamt	Dr. Katja Peters	Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Siegelstr. 4 44122 Düsseldorf
Stationäre und ambulante Pflege	Prof. Dr. M. Exner	Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
Krankentransport	Prof. Dr. W. Papp	Krankentransport, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55 45122 Essen
Reha Kliniken	Prof. Dr. C. Harberg, Opt.-Biol. Dipl.-Okt.	Universitätsklinikum Bonn, Fak. für Gesundheitswissenschaften, 501 7 Universität und Gesundheit, Universitätsstr. 22 53105 Bonn
Partner in der „Community“	Prof. Dr. Konstan Becker, Prof. Georg Peters	Universität Münster, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Ostroggstr. 5 48145 Münster
	Hr. Andreas Kämp	Städtisches Gesundheitsamt, Kasselerstraße, Vörsing, Westfalen-Lippe
Stationäre Versorgung im städtischen Raum	Dr. Ingrid Blum	Ruhr-Universität Bochum, Abteilung Hygiene, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsstr. 151 44801 Bochum
Stationäre Versorgung im ländlichen Raum	Prof. Dr. Sören Wenzel	Ruhr-Universität Bochum, Abteilung Medizinische Mikrobiologie, Universitätsstr. 151 44801 Bochum





Qualitätsanerkennung der Krankenhäuser

Planung: Zertifizierung der Krankenhäuser

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



- Überarbeiten und Aktualisieren der EUREGIO-Qualitätsziele (unter Beteiligung des Arbeitskreises „Hygiene“)
- Vorstellen der neuen Qualitätsziele
- Hilfestellung / Beratung für die Umsetzung
- Umsetzung der Qualitätsziele in den Krankenhäusern
- Erteilen eines Zertifikats des Dortmunder MRSA-Netzwerkes
- Zertifikats-Motto: „Aktiv gegen MRSA“ (oder ähnlich)

Zertifizierungsplanung: Herbst 2011



Erfolg der Bemühungen

8 Krankenhäuser haben 2012 Antrag auf MRSA-
Qualitätssiegel gestellt

2013 erfolgte Anerkennung des
MRSA-Qualitätssiegel
durch die externe Bewertung des
MRE-Netzwerkes Nordwest

Keine Teilnahme:

LWL-Klinik,
Krankenhäuser der damaligen
Evangelischen Stiftung Volmarstein





Gesetzesänderungen

Rechtliche Grundlagen und Handlungsempfehlungen
finden nicht genügend Beachtung:
Gesetzesänderungen

28.07.2011:

Änderung des Infektionsschutzgesetzes **und weiterer
Gesetze**

(weitere Gesetze: SGB V, Gefahrstoffverordnung, GKV-
Wettbewerbsstärkungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz, SGB XI,
Risikostruktur-Ausgleichsordnung)





Zusammenfassender Kommentar des Bundesministeriums für
Gesundheit in der Presseveröffentlichung:

....

Mit dem „Gesetz zur Änderung der Infektionsschutzgesetzes
und anderer Gesetze“ will die Bundesregierung erreichen,
dass der rationale Einsatz von Antibiotika gefördert wird und
die bestehenden Empfehlungen und Vorschriften zur
Hygiene stärker beachtet und umgesetzt werden.



Gesetzlicher Auftrag

Nosokomiale Infektionen × Start

gesetze-im-internet.de/ifsg/_23.html

(5) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen und
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.

Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen

(6) Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.

(7) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge

Freemake Youtube Mp3 Converter PDFArchitect Skype Dropbox Microsoft PowerPoint 2010 QuickTime Player

anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
- 2.

Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,

3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2008 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonele,

4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte,

5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,

6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern.



Rechtsverordnung des Landes NRW

Verordnung über die Hygiene und
Infektionsprävention in medizinischen
Einrichtungen
abgekürzt „HygMedVO NRW“

The screenshot shows a web browser window with the URL recht.nrw.de/imi/owa/br_vb_detail_text?anw_nr=6&vjd_id=13246&vjd_back=N143&sg=2&menu=1. The page content is as follows:

Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) Ausgabe 2012 Nr. 8 vom 30.3.2012 Seite 139 bis 154
recht.nrw.de

Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)
Norm

Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)
Normfuß

Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)
2128

Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)
Vom 13. März 2012

Auf Grund § 23 Absatz 5 und Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622), wird verordnet:

§ 1
Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für

1. Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983).



Inhalte Rechtsverordnung NRW


§ 2 (1)

....sicherstellen, dass ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening für multiresistente Erreger erfolgt

§ 2 (1)

...sicherstellen, dass bei Verlegung, Überweisung oder Entlassung ein sektorübergreifender Informationsaustausch erfolgt
(Informationen, die zur Verhütung und Bekämpfung nosokom. Infektionen und MRE erforderlich sind)

MRSA - Überleitungsbogen

Patientenankleber: 

Erstnachweis am: _____ Lokalisation: _____

Kolonisationsstatus vom: _____

Nasen / Rachenraum: positiv negativ
 Haut:

Bemerkungen: _____

Sanierung erfolgte mit:

Nase: _____
 Mundspülung: _____
 Haut: _____
 Wunden: siehe Wundüberleitung

MRSA - Sanierung		Pause		Abstrich- kontrollen		vorl. Sanier- Erfolg		4. Kontrolle n. 1 Monat		5. Kontrolle nach 3 bis 6 Monaten		6. Kontrolle nach 12 Monaten	
1	2	3	4	5	1	2	1	2	1	2	1	2	1

* 3 Abstrichkontrollen (an 3 auseinanderliegenden Tagen) bei Sanierungsbehandlung im Krankenhaus
 † Abstrichkontrolle bei ambulanter Sanierungsbehandlung

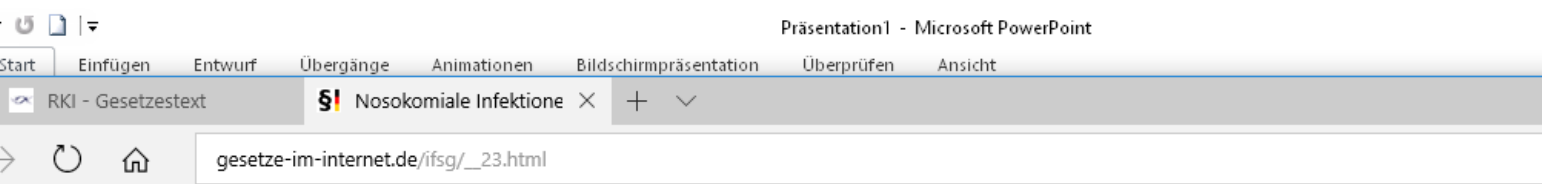
Rückfragen unter: _____

Unterschrift _____





Aufgaben des Leiters: Beachtung der KRINKO



Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten Daten zu Art und Umfang des

Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

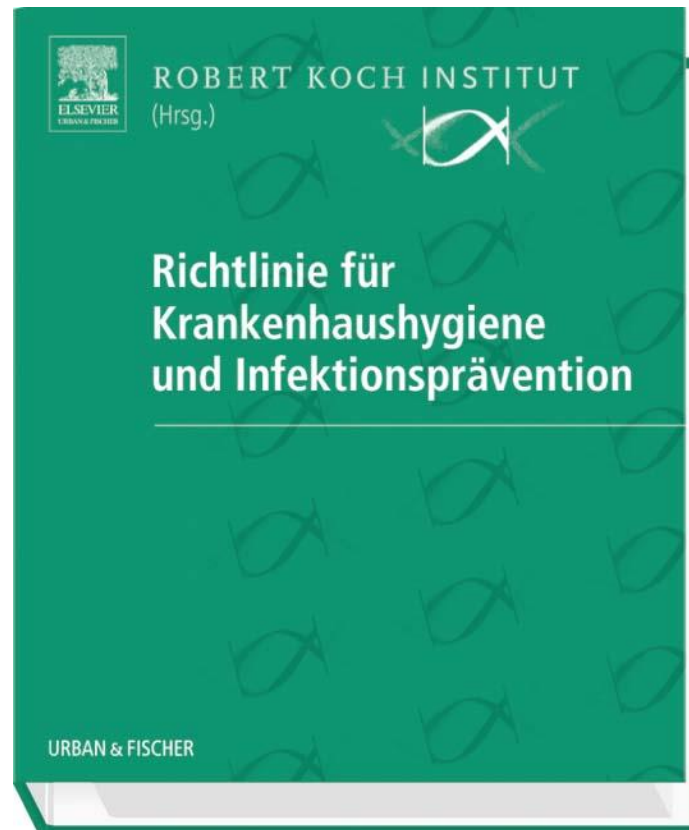
(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.





Grundlagen Krankenhaushygiene

Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)



2 Bände,
regelmäßige
Aktualisierung



Empfehlung

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

Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

1 Zielsetzung

Diese Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) hat das Ziel, die aus fachlicher Sicht notwendigen Rahmenbedingungen für organisatorische und personelle Voraussetzungen einer effektiven Infektionsprävention sowohl für die stationäre wie auch die ambulante medizinische Versorgung darzustellen und zu erläutern.¹

Schwerpunkt ist die Beschreibung der Aufgaben aller Berufsrollen, die unmittelbar einem Team von Hygienefachberufen in einer Einrichtung angehören oder mit diesen eng zusammenarbeiten.

2 Organisation

2.1 Verantwortlichkeiten

Maßnahmen zur Infektionsprävention sind ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements. Verantwortlich sind die Träger bzw. die Leitung eines Krankenhauses oder anderer medizinischer Einrichtungen (§§ 137a, 137 SGB V) [1].

Hinweise zur Ausgestaltung enthält § 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG), der die Maxime der Verantwortlichkeit so formuliert:

¹ Der im Titel der Empfehlung verwendete Begriff „nosokomiale Infektion“ ist im Sinne des § 7 Nr. 8 IfSG zu verstehen als eine Infektion, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht.

Absatz 1: Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Absatz 2: Die hier für notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden [2].

Im Rahmen der beschriebenen Eigenverantwortung ist es erforderlich, dass die Einrichtungen selbst innerbetriebliche Strukturen und Organisation an den Erfordernissen der jeweiligen medizinischen Einrichtung orientieren. Dieser wichtige Aspekt zur Sicherung der Behandlungsqualität erfordert Institutionenstrukturierte verbindliche Vorgaben (zum Beispiel Hygienepläne gemäß § 36 Abs. 1 IfSG). In der amtlichen Begründung zu § 23 IfSG wird betont, dass eine „verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen notwendig ist, um die Zahl der vermeidbaren nosokomialen Infektionen mit all ihren persönlichen und gesellschaftlichen Folgen zu senken“ [3]. Dazu gehört, dass in Abhängigkeit von der Größe und dem Risikoprofil der Einrichtung entsprechend ausgebildetes Personal (siehe Kapitel 3)

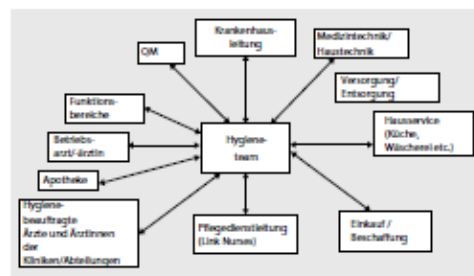


Abb. 1 Zusammenarbeit des Hygieneteams mit anderen Bereichen des Krankenhauses

Empfehlungen

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:1183–1188
DOI 10.1007/s00103-016-2410-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen

1 Präambel

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) geht davon aus, dass wirksame Krankenhaushygiene der profunden Kenntnis der lokalen und regionalen Situation des Krankenhauses, seiner Mitarbeiter und Prozesse und damit einer angemessenen persönlichen Präsenz bedarf. Das kann nur durch ein angemessenes Zeitkontingent pro stationärer und ambulanter Einrichtung und eine zeitnahe Verfügbarkeit sichergestellt werden. Weiterhin stellt die KRINKO unter Bezug auf die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ fest, dass nicht nur der Betreuungsumfang der Hygienefachkraft (HFK), sondern auch der des Krankenhaushygienikers (KHH) maßgeblich vom Risikoprofil der zu betreuenden Einrichtungen bestimmt wird. Daher ist in Analogie zur Berechnung des Bedarfs an HFK auch zur Bedarfsberechnung des KHH neben der Einrichtunggröße das Risikoprofil der spezifisch ärztlichen Leistungen und der Patienten hinsichtlich des Infektionstitels heranzuziehen.

Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen erbringt § 23 Abs. 8 IfSG d. h. Krankenhaus, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken.

2 Qualifikation und Aufgaben des Krankenhaushygienikers

Die zu erfüllenden Qualifikationen und Aufgaben des Krankenhaushygienikers sind in der Empfehlung der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ [1] im Detail beschrieben.

Hinsichtlich der Qualifikation wird von der KRINKO in Ergänzung zur o. g. Empfehlung zwischen

- der **Facharzt-Qualifikation**, d. h. dem Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (beide mit mindestens 2-jähriger spezifischer krankenhaushygienischer Tätigkeit einschließlich der Zeiten in der Weiterbildung), und
- der **„curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene“** nach den Vorgaben der Bundesärztekammer (in der jeweiligen Umsetzung durch die Bundesländer) unterschieden.

Die curriculare Fortbildung wurde mit dem Ziel geschaffen, die Lücke der derzeit nicht ausreichend verfügbaren Fachärzte mit o. a. Qualifikation zu schließen, bis ausreichend Fachärzte mit o. a. Qualifikation verfügbar sind. Curriculare Fortgebildete sind aufgrund ihrer Fortbildung einschließlich der Ausübung von Tätigkeiten in der Krankenhaushygiene befähigt, wesentliche Teile der Aufgaben als Krankenhaushygieniker unbefristet wahrzunehmen.

Übergeordnetes Ziel bleibt jedoch, eine höhere Anzahl an Fachärzten mit o. a. Qualifikation weiterzubilden, um die spezifischen und unentbehrlichen fachärztlichen Kenntnisse auf den Gebieten der Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowohl hinsichtlich der Krankenhaushygiene als auch der darüber hinausgehenden Fachbereiche in Krankenversorgung, Lehre und Forschung umfassend zu sichern.

Hierzu zählen neben den Inhalten der einschlägigen Facharztcurricula folgende den Fachärzten mit o. a. Qualifikation zugewiesenen bzw. vorbehaltenen Aufgaben

- **Leitung krankenhaushygienischer bzw. mikrobiologischer Labore** mit fachärztlicher Bewertung der Untersuchungsergebnisse
- **Weiterbildung von Ärzten zum Facharzt mit o. a. Qualifikation**
- **Fortbildung von Ärzten zur Erlangung der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene** in fachspezifischen Inhalten
- **fachärztliche Supervision und Beratung** curricular fortgebildeter Ärzte hinsichtlich besonderer Fragestellungen (z. B. technische Hygiene, spezielle Fragen der Wasser-, Luft-, Lebensmittel- und Bauhygiene, komplexe Bauvorhaben, Ausbruchmanagement mit komplexer Probenahme, Interventions- oder Typisierungsanforderungen u. a.).

Hinsichtlich der Weiterbildung von Fachärzten ruft die KRINKO die Klinik-

Aufgaben des Leiters: Hygienepläne

Stadt
Ges



Präsentation1 - Microsoft PowerPoint

Datei Start Einfügen Entwurf Übergänge Animationen Bildschirmpräsentation Überprüfen Ansicht

RKI - Gesetzestext Nosokomiale Infektion

gesetze-im-internet.de/ifsg/_z3.html

(5) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen und
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.

Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.

(6) Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.

(7) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge

anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
- 2.

Folie 11 von 11 "Deimos" Deutsch (Deutschland) 69% 10:06 22.10.2017

Aufgaben des Leiters: Sicherstellung Datenerhebung und sachgerechte Schlussfolgerung



Präsentation1 - Microsoft PowerPoint

Datei Start Einfügen Entwurf Übergänge Animationen Bildschirmpräsentation Überprüfen Ansicht

RKI - Gesetzestext S! Nosokomiale Infektionen

gesetze-im-internet.de/ifsgj_23.html

<ol style="list-style-type: none">1. Krankenhäuser,2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,4. Dialyseeinrichtungen,5. Tageskliniken,6. Entbindungseinrichtungen,7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und9.	<p>Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.</p> <p>Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.</p> <p>(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten Daten zu Art und Umfang des</p>	<p>Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.</p> <p>(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.</p>
--	--	--

Folie 4 von 8 | 'Deimos' | Deutsch (Deutschland) | 66% | 10:04 22.10.2017



Erkenntnis aus den letzten Jahren

Erst durch die Erweiterung der Gesetze hat sich die Hygienesituation in den Einrichtungen verbessert:

Mehr Fachpersonal:

Krankenhausthygieniker vor Ort,

Mehr Hygienefachkräfte

Mehr Aufmerksamkeit auf das Themengebiet



Vorgehen Dortmund:

Personaleinsatz Gesundheitsamt:

ein multiprofessionelles Team aus Amtsleiter*in,
Facharzt*ärztin, Gesundheitsingenieur,
Hygienekontrollleur*in

Angemeldete Begehung:

Vorteil: alle wichtigen Ansprechpartner vor Ort

Frequenz:

regelmäßig 1x pro Jahr, anlassbezogen



In Dortmund präferierte Überwachungsbereiche

Überprüfung der „gelebten“ Hygiene:

Überprüfung der Umsetzung von festgelegten Verfahren (Hygienepläne, Verfahrensanweisungen) und stichpunktartige (mit jährlich wechselnden Schwerpunkten) Inaugenscheinnahme der Funktionsbereiche und Stationen, dort auch Durchführung von Hygieneaudits

Technische Überwachung:

„technische“ Hygiene mit Kontrolle der Trinkwasserbefunde, Raumlufotechnischen Anlagen, sonstigen technischen und bautechnischen Angelegenheiten



Hygienepläne

Institut für Krankenhaushygiene und Klinische Mikrobiologie



MRGN-Merkblatt

Merkblatt zum Umgang mit Patienten mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN)

Erreger	<p>Zu den häufigsten gramnegativen Erregern mit Multiresistenzen gehören Enterobakterien wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Escherichia coli</i> - <i>Klebsiella pneumoniae</i> - <i>Enterobacter spp.</i> (<i>Enterobacter cloacae</i>) - andere <i>Enterobakterien</i> (<i>Proteus mirabilis</i>, <i>Morganella morganii</i>, <i>Serratia marcescens</i>, <i>Citrobacter freundii</i>) <p>sowie sog. Nonfermenter (<i>typische Umwelt- und Naskeime – ubiquitär</i>¹ vorkommend) wie z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - <i>Acinetobacter baumannii</i>
----------------	---

Als Basis für eine wirksame Hygiene hat die KR (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) Empfohlene Bakterien erarbeitet. Kern der Empfehlungen ist die wichtigsten Hauptantibiogrammgruppen zur Cephalosporine der 3. und 4. Generation, Carbapenemase.

Multiresistente gramnegative Stäbchen

Multiresistente gramnegative Stäbchen

- > Ein zusätzlicher Nonfermenter Erreger *malophilia* ist bereits intrinsisch-resistent. Zunahme der erworbenen Resistenz gegen zusätzliche erworbene Resistenz gene besitzt, wird er als Erreger mit multiple Hygienemaßnahmen entsprechend AMR
- > Die Bewertung von MRGN erfolgt unabhängig (z.B. ESBL, Carbapenemase).
- > Ehemals zweifach-resistente ESBL-Bi-Generations-Cephalosporine werden nicht mehr

2M

Multiresistente gramnegative Stäbchen

¹ Ubiquitär bedeutet "überall vorkommend". Der Begriff bezieht sich auf alle Lebewesen.
² Die in der Nomenklatur und Präfixe eine empirische. Die KRINKO-Definition von MRGN ist erwartungsgemäß. Patienten mit Resistenzprofilen in der NICU aus klinisch therapeutischer wurde für gramnegative Isolate von monoklonalen oder angeht.
Erstellt am: 06.05.2015 Version 1.0

Risikopatienten MRGN-Screening

Als Risikopatienten für eine Besiedlung mit MRGN gelten:

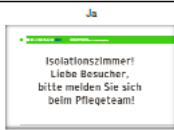
- Patienten mit bekannter MRGN-Anamnese oder mit Kontakt zu MRGN-Patienten
- Patienten aus Alten- und Pflegeheimen
- Patienten aus dem Ausland, insbesondere mit dortigem Klinikaufenthalt
- Dialysepatienten
- Patienten mit beruflicher Tätigkeit in der Tiermast
- Patienten mit Klinikaufhalten (>3Tage) in den letzten 12 Monaten und/oder Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten
- Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit, liegenden Kathetern (DK/PEG-Sonde)
- Patienten mit Hautdefekten (z.B. Ulcera, chron. Wunden, Brandverletzungen)

(Siehe Dienstweisung zur Durchführung von Patientenuntersuchungen auf Erreger mit multiplen Resistenzen!)

Die Risikomerkmale von Patienten mit MRGN sind weitgehend identisch mit den Risikomerkmale für andere multipel-resistente Erreger (MRE) wie z.B. MRSA!

Institut für Krankenhaushygiene und Klinische Mikrobiologie



	Basishygiene + Kontaktisolation 3MRGN (Normalbereiche)	Zimmerisolation inkl. Basishygiene + Kontaktisolation 3MRGN (Risikobereiche, wenn organisatorisch möglich) 4MRGN (immer alle Bereiche)
Kontaktpatienten	Kontaktpatienten sind Patienten, die im gleichen Zimmer gepflegt wurden	
	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Screening, keine besonderen Hygienemaßnahmen, Kontaktpatient kann im selben Zimmer verbleiben. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktpatienten sind schnellstmöglich vom Indexpatienten zu trennen. - Nach Möglichkeit prophylaktische Einzelzimmer-Isolierung bis zum Vorliegen des Befundes
Kennzeichnung des Zimmers	Nein	Ja 
Meldepflicht	nichtnamentliche Meldung bei gehäuftem Auftreten von nosokomialen Infektionen (§ 6 Abs. 3 IfSG); Aufzeichnungspflicht (§ 23 IfSG); Meldepflicht bei Infektionen mit 4MRGN (§ 6 IfSG)	
Infektiöse Materialien bzw. Quellen	<ul style="list-style-type: none"> - Neben der Übertragung durch direkten Kontakt, wie z.B. über Wundsekrete, Sputum, Urin, Fäzes oder besiedelter Haut können auch unlebende Flächen in unmittelbarer Patientennähe ein gefährliches Erregerreservoir darstellen: (kontaminierte Gegenstände wie Stühle, Wäsche, Stethoskope, Pflegeutensilien, Stauschläuche, Blutdruckmessgeräte, Ultraschallsonden, Ultraschallgel (...)) - Reservoir in Feuchtbereichen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten (z.B. Waschbecken, Wasserhähne, Siphons, WC, Vorratsbehälter von Sauerungsapparaten, Inhalationsgeräte, Medikamente: insbesondere im flüssigen Zustand (...)) 	
Übertragungswege	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptreservoir kolonisierter oder infizierter Patient - Kontakt mit kontaminierten Händen (Schmierinfektion) - Kontakt mit kontaminiertem (infektiösem) Material (s.o.) - Übertragung durch Tröpfchen/bzw. Aerosole bei Besiedlung des Nasen-Rachenraumes möglich 	
Händehygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Hygienische Händedesinfektion vor und nach direktem Patientenkontakt und Kontakt mit infektiösem Material (Ausscheidungen, Körperflüssigkeiten, Sekrete) und damit kontaminierte Gegenstände, nach Ausziehen der Handschuhe, vor Verlassen des Patientenzimmers - 5 Indikationen zur Händedesinfektion – Siehe SOP Hygienische Händedesinfektion! 	



Einsicht in Dokumente und Datenerhebungen nach § 23 IfSG in Verbindung mit § 4a

- ✓ Übersicht über resistente Erreger (Vorkommen, Verteilung im Haus, Überwachungssysteme)
- ✓ Surveillance von nosokomialen Infektionen
- ✓ Antibiotikaverbräuche – Daten, Erkenntnisse
- ✓ Eigene KISS-Daten im Vergleich zu den bundesweiten KISS-Daten etc.

Wie und welche sachgerechten Schlussfolgerung werden gezogen?

Wie werden dem Personal die Schlussfolgerungen mitgeteilt?

Wie werden sie umgesetzt?

Bewertung und sachgerechte Schlussfolgerungen der Daten



Frühzeitige Feststellung von Auffälligkeiten mittels
hauseigener software

Erstellung von Statistiken zu Antibiotikaverbräuchen,
zu Entwicklung von Krankheitserregern mit speziellen
Resistenzen und Mitteilung an die Beschäftigten

- Vorstellung der Daten in den
Hygienekommissionssitzungen,
- Weiterleitung der Informationen an das Personal
(Fortbildungen, Besprechungen, Änderungen der
Verfahrensanweisungen, Änderungen der
Antibiotika-Verordnungen)
- Durchführung von Antibiotikavisiten
- Kritische Analyse der eigenen KISS-Ergebnisse im
Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Umgang mit MRE – Fortsetzung des Qualitätssiegels



2016

Dortmunder Krankenhäuser Antragstellung für Fortsetzung des früheren MRSA-Qualitätssiegels,
jetzt als **MRE Qualitätssiegel (Verstetigungssiegel)**
durch MRE-Netzwerk Nordwest

Lange Bearbeitungszeiten von beiden Seiten,
Erweiterung der Kriterien von Seiten des MRE-Netzwerkes, Übernahme des Bewertungsverfahrens durch neue Mitarbeiter, Nachforderung und Nachtrag von Daten und Untersuchungsbefunden



Hygienepläne

Institut für Krankenhaushygiene und Klinische Mikrobiologie



MRGN-Merkblatt

Merkblatt zum Umgang mit Patienten mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN)

Erreger	<p>Zu den häufigsten gramnegativen Erregern mit Multiresistenzen gehören Enterobakterien wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Escherichia coli</i> - <i>Klebsiella pneumoniae</i> - <i>Enterobacter spp.</i> (<i>Enterobacter cloacae</i>) - andere <i>Enterobakterien</i> (<i>Proteus mirabilis</i>, <i>Morganella morganii</i>, <i>Serratia marcescens</i>, <i>Citrobacter freundii</i>) <p>sowie sog. Nonfermenter (<i>typische Umwelt- und Naskeime – ubiquitär</i>¹ vorkommend) wie z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - <i>Acinetobacter baumannii</i>
----------------	---

Risikopatienten MRGN-Screening

Als Risikopatienten für eine Besiedlung mit MRGN gelten:

- Patienten mit bekannter MRGN-Anamnese oder mit Kontakt zu MRGN-Patienten
- Patienten aus Alten- und Pflegeheimen
- Patienten aus dem Ausland, insbesondere mit dortigem Klinikaufenthalt
- Dialysepatienten
- Patienten mit beruflicher Tätigkeit in der Tiermast
- Patienten mit Klinikaufhalten (>3Tage) in den letzten 12 Monaten und/oder Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten
- Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit, liegenden Kathetern (DK/PEG-Sonde)
- Patienten mit Hautdefekten (z.B. Ulcera, chron. Wunden, Brandverletzungen)

(Siehe Dienstweisung zur Durchführung von Patientenuntersuchungen auf Erreger mit multiplen Resistenzen!)

Die Risikomerkmale von Patienten mit MRGN sind weitgehend identisch mit den Risikomerkmale für andere multipel-resistente Erreger (MRE) wie z.B. MRSA!

Als Basis für eine wirksame Hygiene hat die KR (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) Empfohlene Bakterien erarbeitet. Kern der Empfehlungen ist die wichtigsten Hauptantibiogrammgruppen zur Cephalosporine der 3. und 4. Generation, Carbapeneme

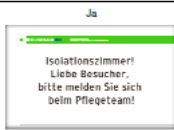
Multiresistente gramnegative Stäbchen

Multiresistente gramnegative Stäbchen

- > Ein zusätzlicher Nonfermenter Erreger *mallophilus* ist bereits intrinsisch-resistent. Zunahme der erworbenen Resistenz gegen zusätzliche erworbene Resistenz gene besitzt, wird er als Erreger mit multiple Hygienemaßnahmen entsprechend AMR
- > Die Bewertung von MRGN erfolgt unabhängig (z.B. ESBL, Carbapenemase).
- > Ehemals zweifach-resistente ESBL-Bi-Generations-Cephalosporine werden nicht

Institut für Krankenhaushygiene und Klinische Mikrobiologie



	Basishygiene + Kontaktisolation 3MRGN (Normalbereiche)	Zimmerisolation inkl. Basishygiene + Kontaktisolation 3MRGN (Risikobereiche, wenn organisatorisch möglich) 4MRGN (immer alle Bereiche)
Kontaktpatienten	Kontaktpatienten sind Patienten, die im gleichen Zimmer gepflegt wurden	
	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Screening, keine besonderen Hygienemaßnahmen, Kontaktpatient kann im selben Zimmer verbleiben. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktpatienten sind schnellstmöglich vom Indexpatienten zu trennen. - Nach Möglichkeit prophylaktische Einzelzimmer-Isolierung bis zum Vorliegen des Befundes
Kennzeichnung des Zimmers	Nein	Ja 
Meldepflicht	nichtnamentliche Meldung bei gehäuftem Auftreten von nosokomialen Infektionen (§ 6 Abs. 3 IfSG); Aufzeichnungspflicht (§ 23 IfSG); Meldepflicht bei Infektionen mit 4MRGN (§ 6 IfSG)	
Infektiöse Materialien bzw. Quellen	<ul style="list-style-type: none"> - Neben der Übertragung durch direkten Kontakt, wie z.B. über Wundsekrete, Sputum, Urin, Fäzes oder besiedelter Haut können auch unlebende Flächen in unmittelbarer Patientennähe ein gefährliches Erregerreservoir darstellen: (kontaminierte Gegenstände wie Stühle, Wäsche, Stethoskope, Pflegeutensilien, Stauschläuche, Blutdruckmessgeräte, Ultraschallsonden, Ultraschallgel (...)) - Reservoir in Feuchtbereichen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten (z.B. Waschbecken, Wasserhähne, Siphons, WC, Vorratsbehälter von Sauerungsapparaten, Inhalationsgeräte, Medikamente: insbesondere im flüssigen Zustand (...)) 	
Übertragungswege	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptreservoir kolonisiert oder infizierter Patient - Kontakt mit kontaminierten Händen (Schmierinfektion) - Kontakt mit kontaminiertem (infektiösem) Material (s.o.) - Übertragung durch Tröpfchen/bzw. Aerosole bei Besiedlung des Nasen-Rachenraumes möglich 	
Händehygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Hygienische Händedesinfektion vor und nach direktem Patientenkontakt und Kontakt mit infektiösem Material (Ausscheidungen, Körperflüssigkeiten, Sekrete) und damit kontaminierte Gegenstände, nach Ausziehen der Handschuhe, vor Verlassen des Patientenzimmers - 5 Indikationen zur Händedesinfektion – Siehe SOP Hygienische Händedesinfektion! 	

¹ Ubiquitär bedeutet "überall vorkommend". Der Begriff bezieht sich auf alle Lebewesen.
² Da in der Neonatologie und Pädiatrie eine empirische Therapie (KRINKO-Definition von MRGN) bei erwachsenen Patienten keine Resistenzprofile in der NICU aus klinisch therapeutischer wurde für gramnegative Isolate von neonatologischen oder angeht.
Erstellt am: 06.05.2015 Version 1.0

Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen



Klinik, Wohnort, Aufnahme-Nr.	Letter Nr. Material	Aufnahmedatum	Station	K.R.	Erreger	Status/Wert	Liege-dauer (Tage)	P M P	A X A Z L	S E R I E N T A P I P	O M P I T M I P	F L U O R O C H L O R I D R	C L A M I D I N E N	M E T R O N I D R O N I M I D A Z O L O N	E R I T R O M Y N O L I D A M I D I N	I N H I B I T O R E N	G L Y K O S Y L I S E N	C O L I M Y C I N S	N E O T R Y M I C I N	A C I D O R E S I S T A N Z	P E N I C I L L I N E N	T R A C E P E N I C I L L I N E N	C I P R O F L O R I D R	F L U O R O C H L O R I D R	P E N I C I L L I N E N		
[REDACTED]	Q89-1300090-0 Urn	18.03.2013	Dalyevskaja 083		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-20762190 Urn	28.07.2013	Gynäkologie Waldhaus		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-8899-088 Urn	04.08.2013	Gynäkologie 03		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-80027212 Skullatur	18.09.2013	MR 1 OH		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-1320000-0 Nasen	28.09.2013	MR 1 OH		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-1000000-28 Urn	28.09.2013	03		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-80903-00 Urn	24.11.2013	05		Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-08900-08 Skullatur Nasen	11.04.2014	MR 2 SA		Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-28888-85 Urn	01.08.2014	02		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-80014-08 Urn	15.08.2014	010 G1		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-1001-1001 Urn	18.09.2014	55		Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S

Hybase-Statistik

K.R.	Erreger	Status/ Wert	Liege- dauer (Tage)	P M P	A X A Z L	S E R I E N T A P I P	O M P I T M I P	F L U O R O C H L O R I D R	C L A M I D I N E N	M E T R O N I D R O N I M I D A Z O L O N	E R I T R O M Y N O L I D A M I D I N	I N H I B I T O R E N	G L Y K O S Y L I S E N	C O L I M Y C I N S	N E O T R Y M I C I N	A C I D O R E S I S T A N Z	P E N I C I L L I N E N	T R A C E P E N I C I L L I N E N	C I P R O F L O R I D R	F L U O R O C H L O R I D R	P E N I C I L L I N E N						
[REDACTED]	Q89-24.06.140382 Urn	11443312	24.05.2014	Station 54 / Joffo	Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-22.06.140771 Urn	11443312	22.06.2014	Station 94 / Joffo	Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-25.06.141108 Abstrich Blut	11480497	20.06.2014	Station 52 / Joffo	Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-14.08.140508 Urn	11479283	14.08.2014	Station 02 / Joffo	Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-748442128 Urn	11408729	18.01.2014	05	Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-10.01.1400747 Urn	11408729	18.01.2014	Station 95 / Joffo	Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-1915171601 Urn	11408729	21.01.2014	05	Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-21.01.1400076 Urn	11408729	21.01.2014	Station 95 / Joffo	Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-08.04.141316 Urn	11408729	08.04.2014	Station 55 / Joffo	Klebsiella pneumoniae 38920 Klebsiella pneumoniae	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
[REDACTED]	Q89-13.07.140390 Urn	11460485	13.07.2014	Station 54 / Joffo	Escherichia coli 38820 Escherichiacoli	POS		-	R	R	-	R	R	R	R	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S

Bewertung des Gesundheitsamtes im Rahmen des Qualitätssiegels



Übersicht der Bewertung durch das Gesundheitsamt

Kreis / Stadt : Dortmund

Für das Krankenhaus: xxxx

QZ	Beschreibung	Max. erreichbare Punktzahl	Erreichte Punktzahl	
1	Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen	3	3	Siehe Bestätigung des Gesundheitsamtes
2	Innerbetriebliche Schulungen / Fortbildungsveranstaltungen	3	3	Elektronische Dokumentation, Fortbildungsthemen- und Veranstaltungen (> 6) sowie Teilnehmerlisten wurden eingesehen; siehe Bericht
3	MRSA Screening von Risikopatienten	3	3	MRSA-Screening nach Hygieneplan, 100% Screening aller Patienten bei Aufnahme auf Intensivstation
4	Typisierung von ausgewählten MRSA	3	2	nur Typisierung von Ausbruchsisolaten und Blutkultur
5	Umsetzung der KRINKO-Empfehlung zu MRSA (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)	6	5,8	Sehr gute Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen; 2 Begehungen
6	Festlegung und Überprüfung eines MRGN-Hygienemanagements	6	6	Sehr gute Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen; 2 Begehungen
7	Umsetzung § 23 Infektionsschutzgesetz (ÖGD Report MRSA)	3	2	ÖGD-Report ist jederzeit erstellbar
8	Datenaustausch zu MRGN (ÖGD Report MRGN)	3	2	Daten wurden eingesehen; Datendokumentation wird optimiert und kann dann im geforderten Umfang an das Gesundheitsamt weitergegeben werden
Summe		30	26,8	sehr gutes MRE-Management in xxxxx



Erfolg der Bemühungen

2017 erhielten alle teilnehmenden Dortmunder Krankenhäuser das MRE-Verstetigungssiegel

- ✓ Klinikum Dortmund (Standort Mitte und Nord)
- ✓ St. Johannes-Hospital
- ✓ Marien Hospital Do-Hombruch
- ✓ St. Elisabeth-Krankenhaus Do-Kurl
- ✓ St. Josefs-Hospital
- ✓ Katholisches Krankenhaus Do-West
- ✓ Hüttenhospital
- ✓ Klinikum Westfalen: Knappschaftskrankenhaus Do-Brackel



Ausnahme:

LWL-Klinik wegen der Besonderheit Psychiatrisches Krankenhaus

Ortho-Klinik wegen Wechsels Geschäftsführung und der 2012 nicht erfolgten Teilnahme

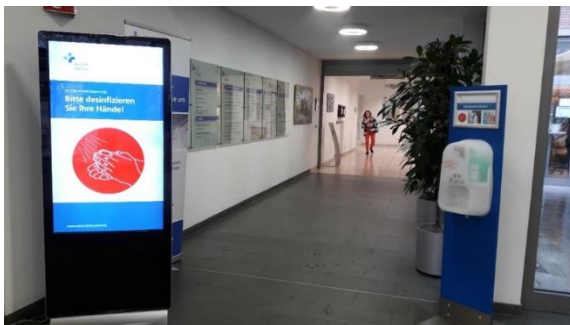
Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund wegen Wechsel Trägerschaft und der fehlenden Teilnahme 2012

Erkenntnisse für Dortmund

- Der Umgang mit multiresistenten Erregern in Dortmunder Krankenhäusern ist gut

➔ Ergebnis der Infektionshygienischen Überwachungen durch das Gesundheitsamt

➔ und der externen Bewertung des MRE-Managements durch das MRE-Netzwerk Nordwest





Ausblick Hygiene

- **Die Hygiene-Konzepte und -Strategien müssen sich immer wieder den aktuellen Risiken anpassen**
- Es muss eine Einbeziehung aller im Gesundheitswesen Tätigen erfolgen (stationär und ambulant)
- Hygiene ist eine personalintensive, organisations- und wirtschaftlich aufwändiges Aufgabe, die zur Patientensicherheit und Optimierung in der Patientenbehandlung beiträgt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !