



Umsetzung der IfSG-Novelle und spezifisches KH-Hygienepersonal

Prof. Dr. Frauke Mattner

Institut für Hygiene
Kliniken der Stadt Köln



(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet

Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht.

- Die ART ist seit Februar 2013 eingerichtet
- Erste Empfehlung ist auf dem Weg und sieht vor, dass der Verbrauch der meisten Antibiotikaklassen entsprechend des ADKA-Modells in KH erfaßt werden sollen

ADKA-Erfassung Projekt Infektiologie Uni Freiburg-RKI



AI_Klasse	Klasse	Subklasse	Gruppe		Wirkstoff	App	DDD in Gr.	RDD in Gr.		
Antibiotika	Betalaktame	Breitspektrum-betalaktame	3.Generations-Cephalosporine	J01DE01	Cefepim	iv	2,00	6,00		
				J01DD08	Cefixim	po	0,40	0,40		
				J01DD01	Cefotaxim	iv	4,00	6,00		
				J01DD13	Cefpodoxim	po	0,40	0,40		
				J01DD02	Ceftazidim	iv	4,00	6,00		
				J01DD14	Ceftibuten	po	0,40	0,40		
				J01DD04	Ceftriaxon	iv	2,00	2,00		
				J01DI02	Ceftarolin	iv	1,20	1,20		
					Breitspektrumpenicilline	J01CA09	Azlocillin	iv	12,00	15,00
						J01CA10	Mezlocillin	iv	6,00	12,00
						J01CA12	Piperacillin	iv	14,00	12,00
						J01CR05	Piperacillin + Tazobactam	iv	14,00	12,00
						J01CR03	Ticarcillin+Clavulansäure	iv	15,00	15,00
				Carbapeneme (J01DH)	J01DH04	Doripenem	iv	1,50	1,50	
					J01DH03	Ertapenem	iv	1,00	1,00	
					J01DH51	Imipenem + Cilastatin	iv	2,00	2,00	
					J01DH02	Meropenem	iv	2,00	3,00	
				Intermediär-spektrum-betalaktame	1.Gen-Cephalosporine	J01DC04	Cefaclor	po	1,00	1,50
						J01DB05	Cefadroxil	po	2,00	2,00
						J01DB01	Cefalexin	po	2,00	3,00
						J01DB04	Cefazolin	iv	3,00	6,00
						J01DC08	Loracarbef	po	0,60	0,80
						2.Gen-Cephalosporine (J01DC)	J01DC07	Cefotiam	iv	4,00
			J01DC01			Cefoxitin	iv	6,00	6,00	
			J01DC02			Cefuroxim	iv	3,00	4,50	
			J01DC02			Cefuroxim	po	0,50	1,00	
		Aminopenicilline/ Betalaktamasehemmer	J01CR02			Amoxicillin + Clavulansäure	iv	3,00	6,00	
			J01CR02	Amoxicillin + Clavulansäure	po	1,00	1,75			
			J01CR01	Ampicillin + Sulbactam	iv	2,00	6,00			
			J01CG01	Sulbactam	iv	1,00	3,00			
			J01CR04	Sultamicillin	po	1,50	1,50			
		Schmal-spektrum-betalaktame	Schmalspektrumpenicilline	J01CA04	Amoxicillin	po	1,00	2,25		
				-	Amoxicillin + Flucloxacillin	po	1,00	1,50		
				J01CA01	Ampicillin	iv	2,00	15,00		



- (3) Die **Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen**, dass die nach dem Stand der **medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen** getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung
- von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:
- 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 und**
- **9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.**



(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 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 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals,
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 und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.



-
- Erlass von HygieneVO in den Ländern ist erfolgt in 2012



(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 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 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals, ?
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 und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht, ?
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten, ✓
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, ?
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals. ?
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind. (?)



- §2 (1): Risikoadaptiertes MRE Screening nach RKI Empfehlung
- Umsetzung: MEGPA (MRSA) Umfrage von NRW

Ergebnisse MEGPA Umfrage des LIGA (2011)



Second federal state wide survey on MRSA management in 335 north rhine westphalian acute care hospitals

*A. Jurke¹, R. Köck², A.W. Friedrich³, R. Kämmerer⁴, I. Daniels-Haardt⁵

¹NRW Centre for Health , Infectology and Hygiene, Münster, Deutschland

²University Hospital Münster, Institute of Hygiene, Münster, Germany, Deutschland

³University Medical Center Groningen, Dept. of Medical Microbiology and Infection Prevention, Groningen, The Netherlands, Deutschland

⁴Ministry of Health, Emancipation, Care and Age, Düsseldorf, Germany, Deutschland

⁵NRW Centre for Health, Health Protection, Health Reporting, Münster, Germany, Deutschland

- Von 335 Krankenhäusern, lieferten 77% analysierbare Daten
- MRSA Inzidenz Dichte: 2.2/1000Patiententage (MW)
- MRSA an MSSA 33%
- Ca. 13% (MW) aller Patienten wurden auf MRSA gescreent (7% Median) (seit 2006 verdoppelt)



- Netzwerk Rhein-Ahr-MRE-Siegel:
- einwöchiges verpflichtendes MRSA „Prävalenz-Screening“ zur Erlangung des Qualitätssiegels
- Verpflichtung, einen Übergabebogen zu verwenden



- „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.“

Wer soll das alles machen?



- **Klinikkeime: Patienten sicher behandeln, Haftungsrisiken vermeiden**

- Erleiden Patienten durch eine im Krankenhaus erworbene Infektion gesundheitliche Schäden, erheben sie oder ihre Sozialversicherungsträger nicht selten Schadenersatzansprüche. Ob solche Ansprüche gegen die Behandlungseinrichtung durchsetzbar sind oder nicht, bestimmt sich regelmäßig danach, wer im Haftungsstreit die Beweislast zu tragen hat. Den rechtlichen Rahmen hierfür setzt das 2011 novellierte Infektionsschutzgesetz.
- von Ulrich Smentkowski, Hans-Friedrich Kienzle, Frauke Mattner und Alfred Jansse

- Die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen, insbesondere der einschlägigen KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2009, 52: 951-962), dient aber nicht nur der bestmöglichen Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen. Ihre Befolgung oder Nichtbefolgung hat auch erhebliche haftungsrechtliche Bedeutung, die in diesem Beitrag besonders hervorgehoben werden soll.



- Hauptberuflich, spezifisch qualifiziert
 - Krankenhaushygieniker
 - Hygienefachkraft (HFK)
- In Hygiene fortgebildet (z.B. Besuch eines einwöchigen Kurses) in spezifischer klinischer Funktion
 - Hygienebeauftragter Arzt (seit langem etabliert)
 - Hygienebeauftragter in der Pflege (im Aufbau begriffen)



- NRW Bedarf an HFKS: 502 HFKS
- 470 HFKS (viele in WB) waren 2011 vorhanden.

- = 32 HFKS fehlten noch

Krankenhausthygieniker (Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie)



Tabelle 3: Fortsetzung 2

Bezeichnungen	Berufstätig (Spalte 2+5+8+10)	Ambulant		Stationär		Behörden, Körperschaften u.a.		Sonstige Bereiche	Ohne ärztliche Tätigkeit	Insgesamt (Sp. 1+11)		
		insgesamt	davon: niedergelassen angestellt	insgesamt	darunter: leitend gleichzeitig in Praxis	insgesamt	darunter: Sanitäts-offiziere					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.411	4.110	3.580	530	945	122	44	96	33	260	1.905	7.316
Dermatologie und Venerologie	43	19	11	8	22	3		1	1	1	24	67
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.368	4.091	3.569	522	923	119	44	95	32	259	1.881	7.249
Humangenetik	295	148	102	46	109	27	14	13		25	44	339
Humangenetik	295	148	102	46	109	27	14	13		25	44	339
Hygiene und Umweltmedizin	201	17	6	11	73	19	1	66	6	45	241	442
Hygiene	33	7	3	4	15	6		5	2	6	52	85
Hygiene und Umweltmedizin	168	10	3	7	58	13	1	61	4	39	189	357
Innere Medizin	48.887	22.402	19.773	2.427	20.247	3.042	778	748	71	1.764	14.574	60.153
Innere Medizin	29.896	15.982	14.387	1.595	11.754	978	402	789	40	1.371	11.418	41.314
Innere Medizin und Angiologie	19	3	1	2	15	2				1		19

Mikrobiolog., Virolog. u. Infektionsepidemiol.	696	229	107	122	325	57	9	70	12	72	333	1.029
Mikrobiologie	2	1	1		1						5	7
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	556	197	103	94	235	54	8	61	7	63	320	876
Mikrobiologie, Virolog. u. Infektionsepidemiolog.	138	31	3	28	89	3	1	9	5	9	8	146



Tabelle 5: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen am 31.12.2011

Gebietsbezeichnung	Anzahl absolut	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Altersgruppe					
			bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	101.227	2,9	53.740	14.125	15.393	12.768	3.994	1.207
Allgemeinmedizin	43.190	0,2	401	2.272	12.719	16.229	8.282	3.287
Anästhesiologie	20.144	3,8	679	2.478	7.865	7.055	1.782	285
Anatomie	102	2,0	0	3	39	51	5	4
Arbeitsmedizin	2.863	1,5	29	129	974	1.176	399	156
Augenheilkunde	6.910	1,5	229	737	2.282	2.239	912	511
Biochemie	53	6,0	0	1	9	24	14	5
Chirurgie	32.028	2,8	672	4.058	12.526	10.089	3.532	1.151
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.861	1,6	493	1.698	6.047	5.575	2.090	958
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5.804	1,9	211	675	2.004	1.897	682	335
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.411	1,8	193	651	1.996	1.696	597	278
Humangenetik	285	5,8	8	68	118	88	31	18
Hygiene und Umweltmedizin	201	0,0	1	7	64	90	26	13
Intensivmedizin	15.550	2,1	1.227	5.508	17.187	12.877	5.121	2.117

Tabelle 9: Anerkennung von Facharztbezeichnungen



Facharztbezeichnung	2009		2010		2011	
	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen	Insgesamt	darunter: Ärztinnen
0	1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin	805	490	753	500	759	498
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	363	183	332	189	539	268
Anästhesiologie	954	405	873	382	1.008	487
Anästhesiologie und Intensivtherapie	1	0	3	1	1	0
Anatomie	2	1	3	1	6	0
Arbeitsmedizin	137	80	139	76	148	93
Augenheilkunde	231	126	182	99	214	118
Allgemeinchirurgie	0	0	0	0	16	4
Allgemeine Chirurgie	103	24	114	35	105	36
Chirurgie	632	198	494	160	378	119
Gefäßchirurgie	89	25	106	25	112	33
Herzchirurgie	71	13	74	15	68	8
Kinderchirurgie	29	8	34	19	41	15
Orthopädie	157	44	108	24	109	22
Orthopädie und Unfallchirurgie	1.339	142	810	133	820	149
Plastische Chirurgie	63	19	59	16	41	16
Plastische und Ästhetische Chirurgie	19	7	39	8	37	11
Thoraxchirurgie	20	1	39	3	36	9
Viszeralchirurgie	155	25	142	21	175	29
Frauenheilkunde	52	47	48	40	57	47
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	575	453	555	467	549	436
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	171	74	161	65	191	89
Phoniatry und Pädaudiologie	3	2	4	0	4	3
Sprach-, Stimm- u. kindliche Hörstörung.	9	8	7	5	8	5
Dermatologie und Venerologie	8	5	0	0	0	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	156	104	167	106	149	110
Humangenetik	17	10	18	14	16	9
Hygiene	0	0	1	0	0	0
Hygiene und Umweltmedizin	4	2	6	5	10	7



Kinder- u. Jugendpsychiatr. u. -psychom.	103	74	110	04	140	100
Laboratoriumsmedizin	42	18	36	22	44	26
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	11	7	9	3	8	5
Mikrobiolog., Virol. u. Infektionsepidemiol.	24	11	20	10	23	5

LÄK Nordrhein

5

8

1996.....



¹⁾ In den neuen Bundesländern einschließlich Ärzte in Einrichtungen gem. § 311 SGB V

Bezeichnungen	Gesamt		Darunter: ohne ärztliche Tätigkeit absolut	Berufstätig		Davon:			
	Anzahl absolut	Verändg. z.Vorj. in %		Anzahl absolut	Verändg. z.Vorj. in %	nieder- ¹⁾ gelassen absolut	im Kran- kenhaus absolut	in Behörden Körpersch.u.a. absolut	In sonstigen Bereichen absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ohne Gebietsbezeichnung	100 117	- 2,1	23 999	76 118	- 3,7	8 859	54 347	3 669	9 243
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	11 422	- 11,9	1 151	10 271	- 15,3	7 455	1 486	144	1 186
Allgemeinmedizin	40 884	9,5	7 694	33 190	11,7	29 373	1 068	1 143	1 606
Anästhesiologie	13 792	10,4	1 343	12 449	10,3	1 710	10 136	200	403
Arbeitsmedizin	3 121	7,1	669	2 452	9,7	193	184	539	1 536
Augenheilkunde	7 422	3,1	1 303	6 119	2,7	5 107	809	25	178
Chirurgie	18 387	6,3	3 127	15 260	6,1	3 769	10 621	403	467
Chirurgie (ohne SP und TG)	13 132	1,5	2 690	10 442	0,6	2 901	6 816	331	394
SP Gefäßchirurgie	706	8,6	36	670	8,8	93	569	3	5
SP Thoraxchirurgie	73	28,1	5	68	23,6	1	62	3	2
SP Unfallchirurgie	2 995	14,1	283	2 712	14,3	567	2 054	43	48
SP Visceralchirurgie	373	113,1	4	369	110,9	2	365	0	2
TG Kinderchirurgie	308	41,9	55	253	32,5	68	171	9	5
TG Plastische Chirurgie	236	- 3,7	20	216	- 4,0	74	134	4	4
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie	139	0,7	14	125	- 2,3	3	118	2	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16 214	2,7	2 504	13 710	2,0	9 394	3 945	84	287
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6 096	3,5	1 090	5 006	3,6	3 832	971	70	133
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (ohne TG)	5 919	3,3	1 073	4 846	3,3	3 768	884	63	131
TG Phoniatrie und Pädaudiologie	95	- 21,5	11	84	- 22,9	37	42	4	1
TG Audiologie	16	6,7	4	12	9,1	4	6	1	1
TG Phoniatrie	13	- 7,1	1	12	- 7,7	7	5	0	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5 289	5,2	1 049	4 240	4,4	2 291	594	72	193
Hygiene und Umweltmedizin	681	- 2,4	249	432	- 7,7	32	88	206	106
Innere Medizin	39 342	4,8	7 026	32 316	4,4	16 100	15 920	1 121	1 375



Tabelle 6: Krankenhausärztinnen / -ärzte nach Altersgruppen (Stand: 31. Dezember 1996)

Bezeichnungen	Anzahl absolut	Verändg. z.Vorj. in %	A l t e r s g r u p p e n					
			bis 34 absolut	35 - 39 absolut	40 - 49 absolut	50 - 59 absolut	60 - 65 absolut	über 65 absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ohne Gebietsbezeichnung	54 347	- 2,3	35 137	11 738	5 712	1 438	272	50
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	1 486	22,7	622	508	308	40	7	1
Allgemeinmedizin	1 068	- 0,7	154	322	367	205	14	6
Anästhesiologie	10 136	9,6	866	2 624	3 947	2 326	364	9
Arbeitsmedizin	184	- 1,6	15	33	72	51	8	5
Augenheilkunde	809	2,9	241	211	154	146	53	4
Chirurgie	10 621	5,2	498	2 395	4 113	2 860	728	27
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 945	4,7	534	1 004	1 186	957	243	21
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	971	8,5	244	271	205	185	57	9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	694	8,4	142	186	173	146	45	2
Hygiene und Umweltmedizin	88	- 25,4	2	11	20	40	14	1
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	242	8,0	18	46	89	64	21	4

Rel. Rückgänge waren nur noch in der Sportmedizin und Physiotherapie



- Voraussetzungen zur Erlangung dieser Fortbildung der Landesärztekammer Nordrhein (klinischer Facharzt):
- A) Übergangsphase: 3 Jahre als KH-Hygieniker tätig, Kurs Hygienebeauftragte Arzt absolviert, Nachweis des betreuenden Krankenhaushygienikers über zahlreiche Fortbildungsinhalte, Abschlussprüfung bei der Ärztekammer.
- B) (befristet) 200 Std. Kurse, 2 Betreuung durch einen Mentor (KH-Hygienikers), Hospitation im GA, Teilnahme an Fallkonferenzen, Abschlussprüfung bei der Ärztekammer

Startseite > Aktuelles > Nachrichten > Erstes Kammerzertifikat „Krankenhaustygienikerin“ verliehen

Erstes Kammerzertifikat „Krankenhaustygienikerin“ verliehen

Düsseldorf, 23.5.2013. Dr. Andra Schindler ist die erste nordrheinische Ärztin, die die curriculäre Fortbildung "Krankenhaustygiene" mit der Prüfung vor der Ärztekammer Nordrhein am 23.5.2013 erfolgreich abgeschlossen hat. Das Foto zeigt sie mit dem Prüfungsausschussvorsitzenden, Dr. Jürgen Neuß.

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz und der Krankenhaushygieneverordnung NRW (HygMedVO) wurden verschärfte Hygienevorschriften in Kraft gesetzt. Um den Bedarf zeitnah zu decken hat der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein für seine Mitglieder einen Vorschlag der Bundesärztekammer für eine Übergangslösung aufgegriffen. Über eine curriculare Fortbildung "Krankenhaustygiene" mit einem Theorie- und einem Praxisteil und einer abschließenden mündlichen Prüfung sollen Fachärzte anderer Gebiete die Möglichkeit erhalten, die Qualifikationen des Krankenhaushygienikers zu erwerben.

[Nähere Informationen zum Erwerb des Kammerzertifikats "Krankenhaustygiene"](#)



Foto: Rainer Franke

Suchfunktion:

eArztweis light



[Alles zum eArztweis light](#)

[Merkbblatt zur Freischaltung von PIN und PUK \(387,70 KB\)](#)
[Urkundenübergabe Kammerzertifikat Krankenhaushygiene](#) [lett über Kartenlesegeräte für den eA-light \(873,73 KB\)](#)

Rheinisches Ärzteblatt Heft 6/2013



[Zurück zur Übersicht](#)



- LÄK Nordrhein, Niedersachsen und Westfalen-Lippe planen die Kurse zusammen durchzuführen
- Hessen hat eine Zusatzbezeichnung etabliert
- LÄK Bayern plant alle Kurse durchzuführen
-



- Stiftung & Preise
- Aus-, Weiter- & Fortbildung, Stellenangebote
- Über die DGHM & Mitgliedschaft
- Veranstaltungen
- Corporate Member
- English

Fortbildungskurse in Krankenhaushygiene

BÄK Modul II: Organisation der Hygiene (DGHM-Fortbildungskurs 5)
 Termin: 16. - 21. Juni 2013, Homburg/Saar [mehr >](#)

BÄK Modul III: Mikrobiologische Grundlagen (DGHM-Fortbildungskurs 2)
 Termin: 9.-12. Dezember 2013 (leider schon ausgebucht)
 Ort: Münster [mehr >](#)

BÄK Modul IV: Bauliche und technische Hygiene (DGHM-Fortbildungskurs 1)
 Termine: 25. - 28. November 2013 Ort: Nürnberg [mehr >](#)

BÄK Modul IV: Bauliche und technische Hygiene (DGHM-Fortbildungskurs 4)
 Termin: steht noch nicht fest
 Ort: Tübingen, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene [mehr >](#)

BÄK Modul V: Gezielte Präventionsmaßnahmen (DGHM-Fortbildungskurs 6)
 13.11. - 16.11.2014, Köln

BÄK Modul V: Gezielte Präventionsmaßnahmen (DGHM-Fortbildungskurs 7)
 in Nürnberg in Planung, Kurs findet ab 2013 statt. [mehr >](#)

DGHM

BÄK Musterweiterbildungsordnung FA für Hygiene um Umweltmedizin



FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie FA für Laboratoriumsmedizin

Bundesärztekammer - No... x

Startseite

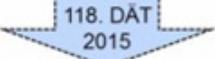
Bundesärztekammer - Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.11016>

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen.

Um einen transparenten Austausch zur inhaltlichen Gestaltung zu ermöglichen, erfolgt die Novellierung über die für die beteiligten ärztlichen Organisationen im Internet eingerichtete WIKI-BÄK-Plattform. Die Plattform wurde im Dezember 2012 geöffnet. Die Fachgesellschaften („Editoren“) sind gebeten, ihre Vorschläge für die jeweiligen Bezeichnungen mit den Berufsverbänden („Partnern“) abzustimmen und einen konsentierten Vorschlag auf <http://wiki.baek.de> bis zum 30.04.2013 einzustellen.

Nach Ablauf der Frist zur Stellungnahme der Fachgesellschaften und Berufsverbände wird das Abstimmungsverfahren mit der auf Basis der eingegangenen Vorschläge erstellten „MWBO Version 1“ zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer fortgesetzt.

MWBO Version „0“

Januar – April 2013		DÄT: Deutscher Ärztetag VS-BÄK: Vorstand der Bundesärztekammer BV: Berufsverbände FG: Fachgesellschaften SKO WB: Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“
Mai – Juni 2013	Erstellung MWBO Version 1	
Juli – Oktober 2013 Nov. – Dez. 2013		
Januar 2014	Erstellung MWBO Version 2	
Januar – Feb. 2014 März 2014		
März 2014	Erstellung MWBO Version 3	
März/April 2014		oder → Eintritt in weitere erforderliche Abstimmungsrunden
Mai 2014	Erstellung MWBO Version 4	
		



<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/infection-control-core-competencies.pdf>

Acknowledgements

Many individuals and institutions contributed to this list of core competencies.

Firstly, we would like to acknowledge the contribution of the Training in Infection Control in Europe (TRICE) project¹ led by Silvio Brusaferrò (University of Udine, Italy) with the participation of a consortium of European experts:

Barry Cookson (United Kingdom), Tracey Cooper (United Kingdom), Jacques Fabry (France), Rose Gallagher (United Kingdom), Philippe Hartemann (France), Smilja Kalenić (Croatia), Kerstin Mannerquist (Sweden), Walter Popp (Germany), Gaetano Privitera (Italy) and Pierluigi Viale (Italy), and Christian Rueff who represented the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), as well as thank the supporting staff of the project: Elisa Fabbro and Francesco Coiz.

Secondly, we would like to acknowledge the important contribution of the National Contact Points for Infection Control Training (NCPICs) who, after nomination by their country, participated in the project, some attended the meeting of June 2010 in Udine and later reviewed the draft list of core competencies:

Austria: Helmut Mittermayer² (Krankenhaus der Elisabethinen, Linz); substitute for Austria: Alexander Blacky (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene, Medizinische Universität Wien); Belgium: Anne Simon (Université Catholique de Louvain); Bulgaria: Rossitza Vatcheva-Dobrevska (National Centre of Infectious and Parasitic Diseases, Sofia); Cyprus: Michael Stavroulla (Ministry of Health, Nicosia); Czech Republic: Dana Hedlova (Central Military Hospital, Prague) and Jan Šturma (Central Military Hospital, Prague); Denmark: Jette Holt (Statens Serum Institut, Copenhagen); Estonia: Annika Lemetsar (Health Board, Tallinn); Finland: Outi Lyytikäinen (National Institute for Health and Welfare, Helsinki); France: Pascal Astagneau (CCLIN Paris-Nord, Paris); Germany: Martin Mielke (Robert Koch-Institut, Berlin); Greece: LEMONIA Ftika (Hellenic Center for Disease Control and Prevention, Athens); Hungary: Ágnes Hajdú (National Center for Epidemiology, Budapest); Ireland: Sheila Donlon (Health Protection Surveillance Centre, Dublin); Italy: Maria Luisa Moro (Regional Health Agency, Emilia-Romagna) and Davide Resi (Regional Health Agency, Emilia-Romagna); Latvia: Raina Nikiforova (State Agency 'Infectology Centre of Latvia', Riga); Lithuania: Greta Gailiene (Institute of Hygiene, Vilnius); Luxembourg: Elisabeth Heisbourg (Direction de la santé, Luxembourg); Malta: Michael Borg (Health Department of Malta, Valletta); Netherlands: Birgit van Benthem (National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven) and Leo Ummels (Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen); Norway: Nina Sorknes (Norwegian Institute of Public Health, Oslo); Poland: Pawel Stefanoff (National Institute of Public Health, Warsaw); Portugal: Cristina Costa (Directorate General of Health, Lisbon); Romania: Daniela Pitigoi (National Institute for Infectious Diseases 'Matei Bals', Bucharest); Slovakia: Zuzana Krištofiková (Faculty of Public Health, Bratislava); Slovenia: Jana Kolman (National Institute of Public Health, Ljubljana); Spain: Antonio Pareja Bezares (Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca); Sweden: Kerstin Mannerquist (Swedish Institute for Communicable Disease Control, Stockholm); United Kingdom: Elizabeth Sheridan (Health Protection Agency, London); Croatia: Ana Budimir (University Clinical Center, Zagreb); Turkey: Yeşim Çetinkaya Şardan (Medicine Faculty of Hacettepe University, Ankara).

Four representatives from the United Kingdom contributed to the review of the draft list of core competencies: Elizabeth Sheridan (England), Anne Mills (Northern Ireland), Carol Fraser (Scotland), and Tracey Gauci (Wales).

Thirdly, we would like to acknowledge the initial contribution of members of the pedagogic committee of work package 1 of the Improving Patient Safety in Europe project (IPSE) who developed a first version of this list of competencies for infection control and hospital hygiene professionals in Europe: Jacques Fabry, Josette Najjar-Pellet (Claude-Bernard University Lyon 1, France), Benedetta Allegranzi (WHO, Geneva), Dilek Arman (Turkish Society of Hospital Infection and Control, Ankara, Turkey), Barry Cookson (Health Protection Agency, London, United Kingdom), Jette Holt (Statens Serum Institute, Copenhagen, Denmark), Nina Sorknes (Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway) Christian Rueff (University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland) and Andreas Voss (Radboud University, Nijmegen, Netherlands). Christian Rueff and Andreas Voss also represented the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) on the committee.

Finally, the following ECDC staff members were involved: Carl Suetens (content lead), senior expert, healthcare-associated infections, ARHAI Programme; Carmen Varela Santos (project management and learning methodological aspects), senior expert, Public Health Training Section; Vladimir Prikazsky, expert, Public Health Training Section, ARHAI Programme; Arnold Bosman, Head, Public Health Training Section; Marc Struelens, chief microbiologist; and Dominique Monnet, head, ARHAI Programme.

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Stockholm: ECDC; 2013.





Appendix. List of core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union, grouped by areas and domains

Table A1. Areas and domains of competency in infection control and hospital hygiene

Area	Domain
Area 1. Programme management	Elaborating and advocating an infection control programme
	Management of an infection control programme, work plan and projects
Area 2. Quality improvement	Contributing to quality management
	Contributing to risk management
	Performing audits of professional practices and evaluating performance
	Infection control training of employees
	Contributing to research
Area 3. Surveillance and investigation of healthcare-associated infections (HAIs)	Designing a surveillance system
	Managing (implementation, follow up, evaluation) a surveillance system
	Identifying, investigating and managing outbreaks
Area 4. Infection control activities	Elaborating infection control interventions
	Implementing infection control healthcare procedures
	Contributing to reducing antimicrobial resistance
	Advising appropriate laboratory testing and use of laboratory data
	Decontamination and sterilisation of medical devices
	Controlling environmental sources of infections

Table A2. Areas, domains and competencies in infection control and hospital hygiene for junior and senior specialists (introductory and expert levels)

Area 1. Programme management

Domain	Competencies for a junior specialist – introductory level	Competencies for a senior specialist – expert level
<p>Elaborating and advocating an infection control programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Advocate the importance of healthcare-associated infections (HAIs) as a crucial element of patient safety and highlight their potential human, economic and reputational burden to the decision-makers of the healthcare organisation • Contribute to the development of the infection control programme • Contribute in involving identified stakeholders in the infection control programme • Identify needs for the protection of healthcare workers in their respective healthcare organisations • Take a lead role as appropriate for the healthcare organisation to formulate, propose and liaise with other key players to produce appropriate indicators in relation to the control of healthcare-associated infections, taking into account the official policy on internal transfer of information and public health disclosure of information • Foster and promote team work in infection control • Lead the team to ensure that it has shared vision and works cohesively 	<ul style="list-style-type: none"> • Advocate the importance of healthcare-associated infections (HAIs) as a crucial element of patient safety and highlight their potential human, economic and reputational burden to the decision-makers of the healthcare organisation • Prepare and present an outline of an infection control programme focusing on key elements: mission statement, description of objectives and indicators, presentation of action plan, including outcomes, success measures, rules for the functioning of the infection control committee, operating manual, links to other patient safety and healthcare organisation programmes • Identify and communicate the requirements of an infection control programme to relevant internal and external stakeholders (including patient advocates) and develop strategies for involving them in the infection control programme • Establish priorities for infection control according to the characteristics of an individual healthcare organisation, including the safety of healthcare workers internal transfer of information and public disclosure of information, respecting ethical standards for patient protection • Take a lead role as appropriate for the healthcare organisation to formulate, propose and liaise with other key players to produce appropriate indicators in relation to the control of healthcare-associated infections, taking into account the official policy on internal transfer of information and public health disclosure of information • Foster and promote team work in infection control • Lead the team to ensure that it has shared vision and works cohesively



Domain	Competencies for a senior specialist – expert level
Designing a surveillance system	<ul style="list-style-type: none">• Advocate HAI surveillance activities (including post-discharge surveillance) and gather the opinions of appropriate professionals in order to rank priorities and formulate objectives• Formulate the scope, methodology and practical organisation of the HAI surveillance system based on the population served, services provided and professional involvement in order to meet the objectives• Select and define appropriate indicators• Develop functional links with the laboratory and pharmacy departments for periodically reviewing laboratory and antimicrobial consumption data• Identify national and international recommendations, regulations and standard definitions to design HAI surveillance activities, ensuring all the while the need for consistency in applying definitions• Support the development of the healthcare organisation's information systems (including patient and laboratory systems) to meet surveillance needs• Identify the benefits of collaborative organised networks (local, regional and national) and take steps to promote these networks• Elaborate mechanisms for timely data feedback and ensure that prompt and responsive mechanisms for reporting and feedback are included in the system

Multiresistente Erreger (MRE)

- Bedeutung von MREs
- Implementierung eines MRE-Plans zur Reduktion von MRE
- Surveillance von MRE
- Indikatoren für MRE definieren
- Periodische Audits Antibiotikatherapie
- Training von HCW bezüglich AB-Therapie

Contributing to reducing antimicrobial resistance

- Promote the importance of prevention and control of antimicrobial resistance (AMR), including antibiotic prophylaxis. Highlight the human, economic and wider public health burden of AMR and communicate it to the decision-makers of the healthcare organisation and the community
- Identify the specific local determinants of AMR in the healthcare organisation
- Implement a plan to reduce AMR in the healthcare organisation, based on findings related to local determinants and focused on decreasing overuse and misuse of antimicrobial agents and limiting cross-infection and contamination
- Involve key people in the implementation of a plan to reduce AMR in the healthcare organisation
- Implement surveillance of AMR in the healthcare organisation; participate in national and international surveillance schemes.
- Formulate and propose appropriate indicators concerning the identification and control of AMR, taking into account the official policy on internal transfer of information
- Participate and involve infection control committee members in periodic evaluations (audits) of antimicrobial usage for treatment and prophylaxis
- Contribute to the training of HCWs in antimicrobial usage, including prescription practice, dispensing and audit of usage



Contributing to research

- Understand the methodology of evaluative and research studies [descriptive or analytic studies (cohort, case-control), randomised trial, efficacy or cost-effectiveness of intervention or technology, and meta-analysis], and interpret and use the results
- Apply standard methodologies of research to the investigation of healthcare-associated infections and to the evaluation of preventive measures



Infection control training of employees

- Evaluate the training needs of the healthcare organisation and of HCWs through consultations and surveys and other methodologies such as gap analysis
- Integrate within the healthcare organisation's training programme for new employees, basic knowledge and awareness of infection control issues
- Design a training programme on infection control activities and procedures for all employees in healthcare organisation to update their knowledge and awareness according to the latest data (national, local, newly published)
- Select and provide appropriate training modalities to achieve expected outcomes
- Evaluate the impact of the training sessions



-
- WB-Stellen für FA für Hygiene schaffen.
 - Wiederaufbau universitärer Institute



KRINKO-Update



Kommentar der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)
Aspekte der mikrobiologischen Diagnostik im Rahmen der Prävention von nosokomialen Infektionen



Aspekt	Begründung/Hintergrund
Schnelle Befundübermittlung an die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene	<p>Die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene müssen zeitgleich mit den behandelnden Ärzten über das Vorliegen krankenhaushygienisch relevanter Infektionserreger und multiresistenter Erreger informiert werden, um die Stationen unmittelbar fachgerecht beraten (und ggf. auch Alert-Systeme bedienen) zu können.</p> <p>Im Bereich der gramnegativen multiresistenten Erreger soll eine Kennzeichnung als „3MRGN“ bzw. „4MRGN“ erfolgen. 4MRGN-Befunde sollten vorab mündlich mit Hinweis auf die besondere Relevanz dieser Erreger übermittelt werden.</p>
Mindestens monatliche Übermittlung der Listen mit den zu erfassenden Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (§ 4, Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG)	<p>Die zu erfassenden Daten dienen einer patientenbezogenen und nach Untersuchungszeitraum und Herkunft des Isolates (mindestens Abteilungsebene) aufgeschlüsselten Bewertung des Vorkommens dieser Bakterien in der Einrichtung. <i>(Dokumentation des gesamten Antibiogramms bei den zu erfassenden Erregern)</i></p>
Mitarbeit bei der Erkennung eines gehäuften Auftretens von Krankheitserregern (Cluster-Erkennung)	<p>Das betrifft vor allem auch die Erkennung stations- oder abteilungsübergreifender Cluster einschließlich solcher ohne spezielle Resistenzen oder Multiresistenzen.</p>



<p>Regelmäßige (mindestens 1-mal jährlich) bereichsweite Übermittlung der Erreger- und Resistenzstatistik</p>	<p>Diese Statistik ist ebenfalls zeitgleich an die Abteilung (Ärztlicher Leiter und Hygienebeauftragter Arzt) und die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene zu übermitteln.</p> <p>Die Daten sollen im Vergleich zu vorhergehenden Zeitperioden und ggf. zu relevanten epidemiologischen Daten analysiert werden. Bei der Ableitung von Schlussfolgerungen soll mitgewirkt werden.</p>
<p>Mitarbeit bei der Festlegung des Vorgehens bei Verdacht auf einen signifikanten Anstieg bestimmter Infektionen bzw. Erreger</p>	<p>Die Aufgabenverteilung zwischen hauseigenem Hygieneteam und mikrobiologischem Labor muss geregelt sein im Hinblick auf:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Entnahme weiterer Untersuchungsmaterialien (Screening, Umgebungsuntersuchungen)▶ Asservierung von Stämmen▶ Umfang der Untersuchungen (inkl. Typisierungen bzw. Vermittlung von Typisierungsuntersuchungen)▶ eventuell Einbeziehung des entsprechenden Nationalen Referenzlabors
<p>Mitarbeit bei antimikrobieller Therapieberatung</p>	<p>Es muss gewährleistet werden, dass krankenhaushygienische Aspekte in diese Beratung einbezogen werden (z. B. durch regelmäßige gemeinsame Analyse und Bewertung multiresistenter oder spezieller Erregernachweise).</p>

Tab. 1: Aspekte der mikrobiologischen Diagnostik im Rahmen der Prävention von nosokomialen Infektionen



Bekanntmachung des Robert Koch-Instituts

Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen¹

Fortschreibung der Liste der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen



Bekanntmachung des Robert Koch-Institutes

Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Fortschreibung der Liste der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Der Teil 2 – Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs – wird im Juli 2013 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht.

Als nosokomiale Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, deren Auftreten nach § 23 Abs. 4 Satz 1 IfSG fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten ist, damit sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden können, werden die in den nachstehenden **Tabellen 1 und 2** genannten festgelegt.

Tab. 1 Übersicht über die gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b IfSG zu erhebenden nosokomialen Infektionen

Je nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen (d. h. entsprechend den nachvollziehbar identifizierten Risikobereichen) sind aus der folgenden Liste die in der jeweiligen Einrichtung (Krankenhaus bzw. Einrichtung für ambulantes Operieren) für die Erfassung und Bewertung jeweils geeigneten und angemessen aussagekräftigen nosokomialen Infektionen auszuwählen und festzulegen:

- Postoperative Wundinfektionen (anhand geeigneter Indikatoroperationen)
- Katheter-assoziierte Septikämien
- Beatmungsassoziierte Pneumonien
- Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Nosokomiale Diarrhöen durch *C. difficile* (CDAD) sollen in allen Bereichen eines Krankenhauses erhoben werden



Tab. 2 Liste der gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b IfSG zu erfassenden Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen	
Zu erfassen ist die Resistenz (hier: intermediäre Empfindlichkeit und Resistenz; I/R) gegen folgende antimikrobielle Substanzen, sofern im Rahmen der klinisch-mikrobiologischen Diagnostik getestet. Die Erfassung soll in der gesamten Einrichtung erfolgen. Für die rasche Erkennung des gehäuft Auftretens dieser Erreger ist die fortlaufende und regelmäßige Bewertung der erhobenen Daten in den jeweiligen von der Einrichtung zu definierenden Organisationseinheiten geboten	
<i>S. aureus</i>	Oxacillin (Cefoxitin), Vancomycin, Linezolid, Daptomycin, Tigecyklin, Teicoplanin als Einzelresistenzen Bei Vorliegen einer der aufgeführten Einzelresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
<i>Enterococcus faecalis</i> , <i>E. faecium</i>	Ampicillin (<i>E. faecalis</i>), Vancomycin, Teicoplanin, Linezolid, Tigecyklin als Einzelresistenzen Bei Vorliegen einer der aufgeführten Einzelresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden [insbesondere auch Gentamicin (Hochresistenz), Streptomycin (Hochresistenz)]
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Vancomycin, Penicillin (Oxacillin 1 µg), Cefotaxim, Linezolid, Daptomycin, Levofloxacin, Moxifloxacin als Einzelresistenzen Bei Vorliegen einer der aufgeführten Einzelresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
Enterobacteriaceae	
<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Klebsiella oxytoca</i> <i>Proteus spp.</i>	Ertapenem oder Imipenem oder Meropenem, Cefotaxim oder Ceftazidim als Einzelresistenzen sowie Mehrfachresistenz entsprechend der KRINKO-Definition (s. Bundesgesundheitsblatt; 10/2012;55:1311–1354) Piperacillin + (Cefotaxim oder Ceftazidim) + Ciprofloxacin (3MRGN) ggf. + Imipenem oder Meropenem (4MRGN) Bei Vorliegen der aufgeführten Einzel- oder Mehrfachresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
<i>Enterobacter cloacae</i> <i>Citrobacter spp.</i> <i>Serratia marcescens</i> <i>Klebsiella spp.</i> ^a <i>Morganella morganii</i>	Imipenem oder Meropenem als Einzelresistenzen sowie Mehrfachresistenz entsprechend der KRINKO-Definition Piperacillin + (Cefotaxim oder Ceftazidim) + Ciprofloxacin (3MRGN) ggf. + Imipenem oder Meropenem (4MRGN) Bei Vorliegen der aufgeführten Einzel- oder Mehrfachresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden



Tab. 2 Liste der gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b IfSG zu erfassenden Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Fortsetzung)

Pseudomonas aeruginosa	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Imipenem und Meropenem ; sowie Mehrfachresistenz entsprechend der KRINKO-Definition Piperacillin + (Cefotaxim und Ceftazidim und Cefepim) + Imipenem und Meropenem (3MRGN) bzw. Piperacillin + Ciprofloxacin + Imipenem und Meropenem (3MRGN) bzw. Piperacillin + (Cefotaxim und Ceftazidim und Cefepim) + Ciprofloxacin (3MRGN) bzw. (Cefotaxim und Ceftazidim und Cefepim) + Ciprofloxacin + Imipenem und Meropenem (3MRGN) bzw. Piperacillin + (Cefotaxim und Ceftazidim und Cefepim) + Imipenem und Meropenem + Ciprofloxacin (4MRGN) Bei Vorliegen der aufgeführten Einzel- oder Mehrfachresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
Acinetobacter baumannii complex	
<i>Acinetobacter baumannii complex</i>	Imipenem oder Meropenem als Einzelresistenzen sowie Mehrfachresistenz entsprechend der KRINKO-Definition Piperacillin + (Cefotaxim oder Ceftazidim oder Cefepim) + Ciprofloxacin (3MRGN) ggf. + Imipenem oder Meropenem (4MRGN) Bei Vorliegen der aufgeführten Einzel- oder Mehrfachresistenzen soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	Cotrimoxazol als Einzelresistenz Bei Vorliegen der aufgeführten Einzelresistenz soll weiterhin das gesamte vorliegende Antibiogramm zum Zwecke der besseren Bewertung dokumentiert werden
<i>Candida spp.</i> ^b	Fluconazol

Fett und unterstrichen gedruckte Antibiotika/MRGN bezeichnen Leit-Resistenzen bzw. Mehrfachresistenzen für wichtige Erregergruppen (z. B. MRSA, Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae). Hinsichtlich der **Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung** wird auf die jeweils geltenden Empfehlungen der KRINKO hingewiesen. ^aAußer *Klebsiella pneumoniae* bzw. *K. oxytoca*. ^bErfassung nur in Einrichtungen mit hämatologisch-onkologischen Abteilungen; auch von primär resistenten Spezies.



- ART einberufen
- Länderhygieneverordnungen erlassen
- Verpflichtungen in Krankenhäusern wesentlich erhöht (quasi Gesetzescharakter der RKI-Empfehlungen)
- Schlungsverpflichtungen erhöht
- QM-Implementierung intensiviert
- MRE-Netzwerke implementiert mit sektorenübergreifender MRE Information
- WER SOLL DAS ALLES MACHEN?