

1. Erfassung der Strukturdaten

(Die Angaben werden für die Personalbedarfsfeststellung benötigt)

1.1. Allgemeine Angaben

Name der Klinik: _____
(Stempel)

Art der Klinik: _____

Bettenzahl: _____

Anzahl der Funktionsbereiche: _____

Anzahl der Stationen: _____

1.2. Erfassung der Risikobereiche

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

1.2.1. Risiko Hoch:

- Gibt es Intensivstationen (ITS)?

Ja

Wie viele Betten gibt es pro ITS?

ITS 1 _____ (Anzahl Betten)

ITS 3 _____ (Anzahl Betten)

ITS 2 _____ (Anzahl Betten)

ITS 4 _____ (Anzahl Betten)

Nein

- Gibt es Stationen für immunsupprimierte Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko? (Siehe Empfehlung der KRINKO: „Medizinische Versorgung von Immunsupprimierten Patienten“)

Ja

Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? (Ohne Frühgeborenenbetten - Definition siehe KRINKO: Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g) _____ (Anzahl Betten)

Nein



- Gibt es Stationen für Frühgeborene?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

- Gibt es Stationen mit polytraumatisierten Patienten?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

- Gibt es Stationen für Schwerstbrandverletzte?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

1.2.2. Risiko Mittel

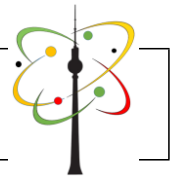
(Dazu gehören: Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Stroke Unit, intermediate Care, interventionelle Radiologie, Operative Dermatologie, Chemotherapie, Dialyse)

- Gibt es Stationen der Risikokategorie „Mittel“?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

1.2.3. Risiko Niedrig

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

- Gibt es Stationen der Risikokategorie „Niedrig“?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein



1.2.4. Andere Risikobereiche

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

- Gibt es Stationen mit geriatrischen Betten?
 - Ja
Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

- Gibt es ambulante Interventionsbereiche?
 - Ja
Welche Fachdisziplin (z.B. Endoskopie, Tagesklinik Diabetologie, Gynäkologie etc.)? Bitte benennen:

Wie viele Betten sind für diese Patienten vorgesehen? _____ (Anzahl Betten)
 - Nein

1.3. Bettenführende und nicht bettenführende Abteilungen und ambulante und teilstationäre Bereiche

Anzahl der bettenführenden Fachabteilungen _____

Anzahl der nicht bettenführenden Abteilungen _____

1.4. Über die Krankenhausversorgung hinausgehende Leistungen

Zum Auftrag des Hauses gehören auch:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Forschung | <input type="checkbox"/> Lehre |
| <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Beratung von Behörden und ÖGD |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaushygienische Labortätigkeit | |

1.5. Erfassung des Zertifizierungsteams des Krankenhauses

Nicht nur Vertreter der Krankenhaushygiene, mindestens zusätzlich hygienebeauftragte Ärzte (40 Stundenkurspflicht), ärztl. Direktor:in und/oder Chefärzte und/oder Apotheker, Pflegedirektor:in. Zwei Ansprechpartner bitte mit * kennzeichnen.



Mitglieder des Zertifizierungsteams des Krankenhauses (ggf. separate Liste)

Name	Funktion	Telefonnummer

1.6. Schriftliches Einverständnis der jeweilig leitenden Personen: Des ärztlichen Direktors/Leiters, Verwaltungsdirektors/-leiters, Pflegedirektors zur Teilnahme am Zertifizierungsverfahren (= Vergabe des Qualitätssiegel).

* Auf Genderkonformität wurde verzichtet.

Die Entscheidung der AG-MRE über die Vergabe des Qualitätssiegels ist nicht justizabel.

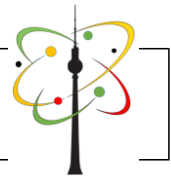
Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name	Funktion	Datum und Unterschrift

2. Darstellung und Bewertung der krankenhaushygienischen Versorgung

Hygieneverordnung Berlin 2012: "Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 mit mehr als 400 Betten müssen mindestens eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker beschäftigen".

KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen: „Bei stationären Einrichtungen wird als Richtgröße ab einer Zahl von 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für sinnvoll erachtet“. „Empfehlungen zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“.



2.1. Einschätzung des Versorgungsangebotes durch den Krankenhaushygieniker(KHH) gemäß KRINKO

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

2.1.1. Qualifikation des/der KHH

- KHH mit Fachqualifikation (d.h. Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie)

Anzahl VK: _____

- KHH mit der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene

Anzahl VK: _____

- KHH in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie)

Anzahl VK: _____

- KHH in curricularer Fortbildung zur/zum KHH

Anzahl VK: _____

2.1.2. Vertragsinhalte

Die Leistungen des/der KHH werden erbracht:

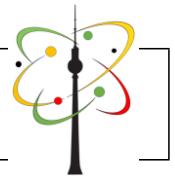
- Durch KHH im Angestelltenverhältnis
 Durch externe KHH

Nur für Häuser mit curricular fortgebildetem/r KHH: Für besondere Fragestellungen steht eine/ein KHH mit Facharztqualifikation für konsiliarische Beratung zur Verfügung?

- Ja
 Nein

2.1.3. Präsenz des KHH vor Ort

- Täglich von Montag bis Freitag während der regulären Dienstzeiten
- _____ Stunden pro Woche Präsenz; bedarfsgerecht erweiterbar: ja nein
- _____ Stunden pro Monat Präsenz; bedarfsgerecht erweiterbar: ja nein
- _____ Stunden pro Jahr Präsenz; bedarfsgerecht erweiterbar: ja nein
- Präsenz nur auf Anforderung


2.1.4. Telefonische Erreichbarkeit der/des KHH

- Täglich von Montag bis Freitag während der regulären Dienstzeiten
- Andere Regelung: _____
- Keine telefonische Erreichbarkeit

2.1.5. Vertretungsregelung für KHH

- Keine Vertretung
- Ärztlicher Leiter
- Hygienefachkräfte
- Andere/-r KHH
- Hygienebeauftragte Ärzte

2.1.6. Teilnahme der/des KHH an amtsärztlichen Begehungen

- Ja
- Nein

2.1.7. Kontaktaufnahme zur/zum KHH

- Hygienebeauftragte Ärzte
- Alle Ärzte/Ärztinnen
- Hygienefachkräfte
- Andere: _____

2.1.8. Präsenz KHH bedarfsangepasst erweiterbar z.B. ohne Zeitbegrenzung im Ausbruchfall

- Ja
- Nein. Anzahl der max. zusätzlichen Stunden pro Jahr: _____

2.1.9. Bedarf an KHH

(Grundlage: Hygieneverordnung Berlin 2012, KRINKO-Empfehlung)

Kapazitätsumfang:

Soll nach KRINKO _____

Ist-Stand _____

Soll nach HygVO _____

Kriterien zu 2.1. „KHH“ erfüllt:	Ja	Nein
---	-----------	-------------



2.2. Hygienebeauftragte Ärzte / Ärztinnen (Qualifizierung 40h Kurs)

2.2.1. Auflistung der hygienebeauftragten Ärzte mit hygienerelevanten Aufgaben

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



Name	Funktion	Hygienerrelevante Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmangement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) <hr/>
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmangement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) <hr/>
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmangement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) <hr/>



Name	Funktion	Hygienerrelevante Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) _____
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) _____
		<input type="checkbox"/> Mitglied der Hygienekommission <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Erstellung von Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei Surveillance <input type="checkbox"/> Optimierung Antibiotikagebrauch <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchmanagement <input type="checkbox"/> Durchführung hygienerrelevanter Fortbildungen (Umsetzung Hygienepläne) <input type="checkbox"/> Andere (bitte benennen) _____



Erfolgt eine regelmäßige Teilnahme der hygienebeauftragten Ärzte an **internen** hygienerelevanten Fortbildungen?

- Ja. Wie oft? _____
- Nein

Erfolgt eine regelmäßige Teilnahme der hygienebeauftragten Ärzte an **externen** hygienerelevanten Fortbildungen?

- Ja. Wie oft? _____
- Nein

Ist die/der hygienebeauftragte Ärztin/Arzt für ihre/seine Aufgaben freigestellt?

- Ja
- Nein

2.2.2. Bedarf an hygienebeauftragten Ärzten nach KRINKO

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

Soll nach KRINKO _____

Ist-Stand _____

Erfüllt?

Ja

Nein

Kriterien zu 2.2. „hygienebeauftragte Ärzte“ erfüllt:	Ja	Nein



2.3. Hygienefachkräfte (HFK)

2.3.1. Auflistung der Hygienefachkräfte mit den Aufgaben

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



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

Erfolgt eine regelmäßige Teilnahme der HFK an **internen** hygiene relevanten Fortbildungen?

- Ja. Wie oft? _____
- Nein

Erfolgt eine regelmäßige Teilnahme der HFK an **externen** hygiene relevanten Fortbildungen?

- Ja. Wie oft? _____
- Nein



2.3.2. Bedarf an Hygienefachkräften im Krankenhaus

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

Soll nach KRINKO _____ (Anzahl)

Ist-Stand _____ (Anzahl)

Erfüllt? Ja Nein

Kriterien zu 2.3. „Hygienefachkräfte“ erfüllt:	Ja	Nein
--	----	------

2.4. Hygienebeauftragte in der Pflege (HBP)

2.4.1. Welche Voraussetzungen sind an die Funktion des Hygienebeauftragten in der Pflege geknüpft?

- Keine
- 40 Stundenkurs oder andere spezifische Fortbildungsalternativen
- Spezifische Qualifizierungsmaßnahme für HBP besucht (bitte benennen)

Wie oft Teilnahme an **internen** hygienerelevanten Fortbildungen? _____

Wie oft Teilnahme an **externen** hygienerelevanten Fortbildungen? _____

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

Sollte die Anzahl an HBP zu groß sein, ist in Absprache der Verzicht auf Einzelauflistung möglich.

Bitte entsprechendes Konzept angeben.

Name	Funktion / Qualifikation	Hygienerelevante Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Umsetzung der Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchmanagement <input type="checkbox"/> Andere Aufgaben (bitte nennen) _____



Name	Funktion / Qualifikation	Hygienerrelevante Aufgaben
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Umsetzung der Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Andere Aufgaben (bitte nennen) _____
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Umsetzung der Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Andere Aufgaben (bitte nennen) _____
		<input type="checkbox"/> Mitwirkung bei der Surveillance von NI und MRE <input type="checkbox"/> Mitarbeit bei der Umsetzung der Hygieneplänen <input type="checkbox"/> Mitarbeit Ausbruchsmanagement <input type="checkbox"/> Andere Aufgaben (bitte nennen) _____

Wenn andere Aufgaben, bitte nennen:

2.4.3. Bedarf an Hygienebeauftragten in der Pflege

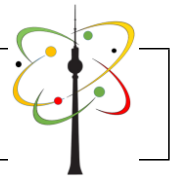
Berechnen entsprechend KRINKO-Empfehlung: „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“

Soll nach KRINKO _____ (Anzahl)

Ist-Stand _____

Erfüllt? Ja Nein

Kriterien zu 2.4. „Hygienebeauftragte in der Pflege“ erfüllt:	Ja	Nein
--	-----------	-------------



2.5. Hygienekommission

Gibt es eine Hygienekommission im Haus?

Ja

- Wer nimmt daran teil? (Bitte Funktionen benennen)

- Gibt es eine Geschäftsordnung?

- Ja
- Nein

- Wie häufig tagt die Hygienekommission?

1x jährlich

½ jährlich

¼ jährlich

monatlich

Nein

Kriterien zu 2. „Krankenhausthygienische Versorgung“ erfüllt:	Ja	Nein
---	----	------

3. Umgang mit MRSA

KRINKO-Empfehlung: „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ (Stand 2014)

3.1. Wird bei Aufnahme in das Krankenhaus risiko-adaptiert gescreent?

Ja

Nach welchen Kriterien? (Bitte nennen) _____

Nein

3.2. Welche Untersuchungsmethode wird für das Screening verwendet?

PCR

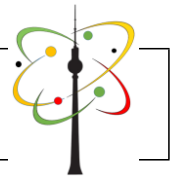
Kultur

Andere

3.3. Wird das im akkreditierten Labor durchgeführt?

Ja

Nein


3.4. Wie lange dauert die Befundübermittlung?

Anzahl der Tage: _____

3.5. Welche Maßnahmen werden bis zum Ergebnis des Screeningbefundes eingeleitet? (Freitext)

3.6. Wo wird der Patient bei Aufnahme in das Krankenhaus gescreent? (Mehrfachnennung ist möglich)
 Rettungsstelle

 Station

 Anderer Bereich (bitte nennen): _____

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

 Nein

Amtsärztliches Ergebnis: War das Screeningpersonal informiert?

 Ja

 Nein

3.8. Datenauswertung Screening

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

Anteil gescreenter Patienten pro 100 Patienten (Aufnahmen): _____

3.9. Erfolgt eine regelmäßige Präsentation der Screeningdaten?
 Ja

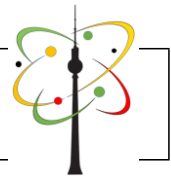
- In welchem Rhythmus? _____

- Datum der letzten Präsentation (Tag/Monat/Jahr): _____

- Vor welchem Zuhörerkreis? (Bitte Funktion und Anzahl nennen): _____

 Nein

Kriterien zu 3. erfüllt:
Ja
Nein



4. Surveillance MRSA

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

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

Anzahl pro 100: _____

Nosokomiale MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage

Anzahl pro 1000: _____

Mitgebrachte MRSA-Fälle (KISS-Definition) pro 100 Patienten

Anzahl pro 100: _____

Erfolgt eine Teilnahme an MRSA-KISS?

- Ja
 Nein

Erfolgt eine Erfassung in Analogie zu KISS?

- Ja
 Nein

4.2. Auswertung der Surveillance von MRSA-Kontaktpatienten

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

Anzahl positiver Kontaktpatienten: _____

Anzahl aller Kontaktpatienten: _____

Wie viele Dokumentationen von Ausbrüchen mit MRSA-Infektionen/ und Kolonisationen fanden im letzten Kalenderjahr statt? (Ausbruch: ≥ 2 Fälle mit epidemischen Zusammenhang)

Anzahl: _____

4.3. Erfolgt eine Präsentation der Surveillance-Daten_

- Ja
- Datum der letzten Präsentation (Tag/Monat/Jahr): _____
- Nein

Pflicht: Präsentation mind. jährlich auf der Hygienekommissionssitzung und zeitnah auf den betroffenen Stationen.

Empfohlen: Regelmäßig im internen Qualitätsmanagement.

Kriterien zu 4. erfüllt:	Ja	Nein
--------------------------	----	------



5. Patientenmanagement bei MRSA-positiven Patienten

KRINKO-Empfehlung: „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ (Stand 2014)

Grundsätzlich sollte der MRSA Patient im Einzelzimmer isoliert werden (KRINKO-Empfehlung). Bei Abweichung von diesem Konzept sind Begründungen anzugeben z.B. intensivpflichtiger Patient und aktuell keine ausreichende Kapazität an Einzelzimmern auf der ITS. Ein Qualitätssiegel kann nur vergeben werden, wenn alle Kontaktpatienten konsequent gescreent werden (nach bekannt werden des Indexpatienten und bei Trennung vom Indexpatienten, falls diese nicht sofort erfolgt). Die Qualität des Hygienemanagements wird u.a. anhand der Anzahl positiver Kontaktpatienten bewertet.

5.1. Werden spezifische Maßnahmen über die Standardhygiene hinaus beim Umgang mit MRSA-positiven Patienten durchgeführt? (Über die Begehung erfassen)

- Ja
 Nein

Erfolgt eine Isolierung durch: (bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer Kohorte Barrierepflege

5.2. Erfolgt ein Screening aller Kontaktpatienten?

- Ja
 Nein

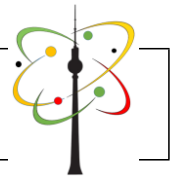
5.3. Ist ein Sanierungskonzept vorhanden?

- Ja
 • Bitte erläutern: _____
 Nein

Kriterien zu 5. erfüllt:	Ja	Nein
--------------------------	----	------

6. Surveillance Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen und VRE

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



6.1. Welche Strategien und Hygienemaßnahmen der KRINKO Empfehlung werden zur Prävention der Infektionen durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen (2018) umgesetzt? Bitte kurz erläutern.

6.2. Welche Maßnahmen zur Erfassung der epidemiologischen Situation von VRE werden in der Einrichtung umgesetzt?

Anzahl der nosokomialen VRE-Fälle: _____

Anzahl der mitgebrachten VRE-Fälle: _____

6.3. Auswertung der Surveillance von Kontaktpatienten (siehe Ausbruchmanagement)

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

Anzahl positiver Kontaktpatienten: _____

Anzahl aller Kontaktpatienten: _____

6.4. Wie wurden mögliche Risikobereiche identifiziert? Welche Risikobereiche sind dies?

6.5. Wie viele Dokumentationen von Ausbrüchen mit VRE-Infektionen und Kolonisationen fanden im letzten Kalenderjahr statt? (Ausbruch: ≥ 2 Fälle mit epidemischen Zusammenhang)

Anzahl: _____



6.6. Erfolgt eine Präsentation der Surveillance-Daten?

- Ja
- Datum der letzten Präsentation (Tag/Monat/Jahr): _____
- Nein

Pflicht: Präsentation mind. jährlich auf der Hygienekommissionssitzung und zeitnah auf den betroffenen Stationen.

Empfohlen: Regelmäßig im internen Qualitätsmanagement.

Kriterien zu 6. erfüllt:	Ja	Nein
--------------------------	----	------

7. Patientenmanagement bei VRE-positiven Patienten

7.1. Welche Maßnahmenbündel zur Prävention von Infektionen durch resistente Enterokokken werden umgesetzt und evaluiert?

7.2. Wie wird die Einhaltung der Basishygiene auf hohem Level sichergestellt (z.B. Beobachtungen durch HFK)? Bitte kurz erläutern:

7.3. Werden spezifische Maßnahmen über die Standardhygiene hinaus beim Umgang mit VRE-positiven Patienten durchgeführt? (Über die Begehung erfassen)

- Ja
- Nein

Erfolgt eine Isolierung durch: (bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer Kohorte Barrierepflege

Erfolgt eine Isolierung durch:

- Ja Nein



7.4. Wird die Durchführung der Flächendesinfektion angepasst bzw. überprüft? Wie? Bitte kurz erläutern:

7.5. Welche Maßnahmen im Antibiotic Stewardship werden durchgeführt?

Kriterien zu 7. erfüllt:	Ja	Nein
--------------------------	----	------

8. Surveillance Clostridioides difficile

Die Daten bitte für den letzten Auswertungszyklus, mindestens für das vergangene Kalenderjahr angeben. Standard: KRINKO Empfehlung Hygienemaßnahmen bei C. diff. 2019

8.1. Anzahl nosokomialer C. diff.-Fälle (KISS-Definition) pro 100 Patienten: _____

Anzahl C. diff.-Fälle pro 1000 Patienten: _____

8.2. Anzahl mitgebrachter C. diff.-Fälle (KISS-Definition) pro 100 Patienten: _____

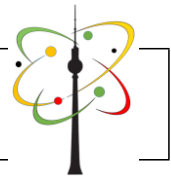
Anzahl mitgebrachter C. diff.-Fälle pro 1000 Patienten: _____

8.3. Erfolgt eine Teilnahme an C. diff.-KISS?

- Ja
 Nein

Erfolgt eine Erfassung in Analogie zu KISS?

- Ja
 Nein



8.4. Auswertung der Surveillance von Kontaktpatienten

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

Anzahl positiver Kontaktpatienten: _____

Anzahl aller Kontaktpatienten: _____

8.5. Wie viele Dokumentationen von Ausbrüchen mit C. diff.-Infektionen fanden im letzten Kalenderjahr statt? (Ausbruch: ≥ 2 Fälle mit epidemischen Zusammenhang)

Anzahl: _____

8.6. Erfolgt eine Präsentation der Surveillance-Daten?

- Ja
- Datum der letzten Präsentation (Tag/Monat/Jahr): _____
- Nein

Pflicht: Präsentation mind. jährlich auf der Hygienekommissionssitzung und zeitnah auf den betroffenen Stationen.

Empfohlen: Regelmäßig im internen Qualitätsmanagement.

Kriterien zu 8. erfüllt:	Ja	Nein
--------------------------	----	------

9. Patientenmanagement bei C. difficile-positiven Patienten

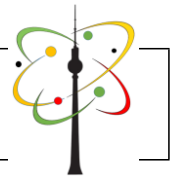
KRINKO Empfehlung Hygienemaßnahmen bei C. diff. 2019

9.1. Werden spezifische Maßnahmen über die Basishygiene hinaus beim Umgang mit C. difficile-positiven Patienten durchgeführt? (Über die Begehung erfassen)

- Ja
- Bitte benennen: _____
- Nein

9.2. Erfolgt eine Isolierung durch: (bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer Kohorte Barrierepflege



9.3. Erfolgt ein Screening aller Kontaktpatienten?

- Ja
 Nein

Kriterien zu 9. erfüllt:	Ja	Nein
---------------------------------	-----------	-------------

10. Ausbruchmanagement

Grundlage: Infektionsschutzgesetz § 6 Abs. 3, sowie Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeldAnpV)

10.1. Welche Mechanismen existieren für die Erkennung eines Ausbruchs? (Bitte beschreiben)

10.2. Liegt eine separate Verfahrensanweisung für das Vorgehen in Ausbruchssituation vor?

- Ja
 Nein

10.3. Ist das Gesundheitsamt in das Ausbruchmanagement integriert?

- Ja
 Nein

10.4. Erfolgt eine Typisierung der relevanten Erreger?

- Ja Nein Teilweise (nicht alle Stämme)

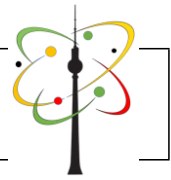
Erfolgt eine Präsentation der Daten?

- Ja Nein

Erhält das Gesundheitsamt einen kurzen Abschlussbericht mit Auswertung nach Beendigung des Ausbruchs?

- Ja Nein

Kriterien zu 10. erfüllt:	Ja	Nein
----------------------------------	-----------	-------------



11. Umgang mit 3 MRGN / 4 MRGN

Grundlage KRINKO: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen und Ergänzung (Stand 2012 und 2013).

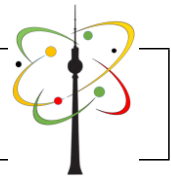
11.1 Liegen die nachfolgenden Kriterien vor?

	Erreger	Aktives Screening und Isolierung bis zum Befund	Normalbereiche	Risikobereiche*	Umgesetzt
3 MRGN	E.coli	Nein	Basishygiene	Isolierung	
	Klebsiella spp.	Nein	Basishygiene	Isolierung	
	Enterobacter spp.	Nein	Basishygiene	Basishygiene	
	Andere Enterobacteriaceae	Nein	Basishygiene	Basishygiene	
	P. aeruginosa	Nein	Basishygiene	Isolierung	
	A. baumannii	Nein	Basishygiene	Isolierung	

	Erreger	Aktives Screening und Isolierung bis zum Befund	Normalbereiche	Risikobereiche*	Umgesetzt
4 MRGN	E.coli	Risikopopulation** (rektal ggf. Wunden, Urin)	Isolierung	Isolierung	
	Klebsiella spp.	Risikopopulation** (rektal ggf. Wunden, Urin)	Isolierung	Isolierung	
	Enterobacter spp.	Risikopopulation** (rektal)	Isolierung	Isolierung	
	Andere Enterobacteriaceae	Risikopopulation** (rektal)	Isolierung	Isolierung	
	P. aeruginosa	Risikopopulation** (rektal, Rachen)	Isolierung	Isolierung	
	A. baumannii	Risikopopulation** (Mund-Rachen-Raum, Haut)	Isolierung	Isolierung	

* Risikobereiche sind nach individueller Risikoabwägung, z.B. auf Basis des Patientengutes und baulich-struktureller Gegebenheiten festzulegen, wobei Intensivstationen, incl. der Neonatologie und Hämatologisch-Stationen als Bereiche mit besonders gefährdeten Patienten gelten.

** Als Risikopatienten gelten Patienten mit kürzlichem Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit



endemischem Auftreten und Patienten, die zu 4 MRGN-positiven Patienten Kontakt hatten, d.h. im gleichen Zimmer gepflegt wurden.

11.2. KRINKO Hygieneplanpassagen dazu vorlegen lassen.

12. Surveillance von nosokomialen Infektionen

Grundlagen: § 23 IfSG, KRINKO Empfehlungen zur Surveillance von NI.

12.1. Teilnahme an KISS?

- Ja
- Nein; weiter ab 12.4.

12.2. Wenn ja, Teilnahmebedingungen erfüllt?

(Regelmäßige Teilnahme am Erfahrungsaustausch, Datenpräsentation wie gefordert)

- Ja
- Nein

12.3. An welchen Modulen wird im KISS teilgenommen?

- OP-KISS I-KISS
- Andere: _____

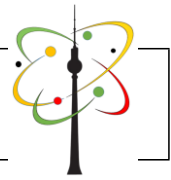
- Wer erfasst und wie wird erfasst pro Modul?

Bitte ankreuzen

Name	Funktion	Modul	Aktive Erfassung (Hygienefach-personal)	Passive Erfassung (Stations-personal)

- Erfolgt eine Präsentation der Daten?

- Ja
In welchem Rhythmus? _____
Datum der letzten Präsentation: _____
- Nein



12.4. Keine Teilnahme an KISS

Welche Art von Erfassung wird durchgeführt? Bitte erläutern

12.5. Erfolgt die Erfassung der NI durch geschultes Personal?

- Ja
 Nein

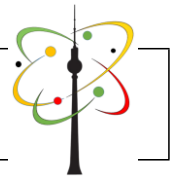
12.6. Werden die NI nach den CDC Kriterien festgelegt?

- Ja
 Nein

12.7. Wer erfasst die NI und wie sind die Erfassungsmodalitäten?

Beatmungsassoziierte Pneumonie

Funktionen der erfassenden Personen			
Aktive Surveillance		Ja	Nein
Datendurchsicht mind. 2x/Woche		Ja	Nein
Durchsicht mikrobiologischer Befunde		Ja	Nein
Durchsicht Patientenakte		Ja	Nein
Teilnahme an Visiten		Ja	Nein
Besprechen der Fälle vor Ort		Ja	Nein
Anderes:			

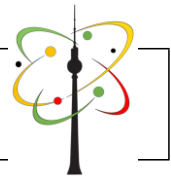


Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen

Funktionen der erfassenden Personen			
Aktive Surveillance	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datendurchsicht mind. 2x/Woche	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht mikrobiologischer Befunde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht Patientenakte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an Visiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besprechen der Fälle vor Ort	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes:			

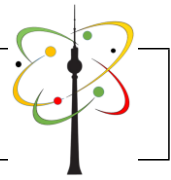
Katheterassoziierte Sepsis

Funktionen der erfassenden Personen			
Aktive Surveillance	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datendurchsicht mind. 2x/Woche	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht mikrobiologischer Befunde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht Patientenakte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an Visiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besprechen der Fälle vor Ort	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes:			


Postoperative Wundinfektionen

Funktionen der erfassenden Personen			
Aktive Surveillance	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datendurchsicht mind. 2x/Woche	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht mikrobiologischer Befunde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchsicht Patientenakte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an Visiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besprechen der Fälle vor Ort	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes:			

Andere	Funktionen der erfassenden Personen		
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anderes:			



12.8. Indikatorinfektionen

12.8.1. Erfassung der postoperativen Wundinfektionen (WI)

Die einzelnen Daten sind separat aufzuzeichnen und beizufügen.

Berechnung der Anzahl der WI pro 100 Operationen derselben Art (pro Patient zu erfassen: OP-Dauer, ASA Score, Kontaminationsgrad).

- Ja
- Nein

12.8.2. Erfassung einer relevanten NI-Art auf einer ITS

- Beatmungs-assoziierte Pneumonierate

Anzahl Pneumonie bei beatmeten Patienten pro 1.000 Beatmungstage

- Ja
- Nein

- ZVK-assoziierte Harnwegsinfektionsrate

Anzahl Sepsisfälle bei Patienten mit ZVK pro 1.000 ZVK Tage

- Ja
- Nein

12.8.3. Erfassung einer relevanten NI auf peripherer Station

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

- Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionsrate

- Ja
- Nein

- ZVK-assoziierte Sepsisrate

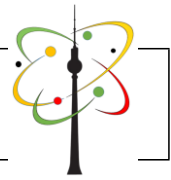
- Ja
- Nein

12.9. Erfolgt der Datenvergleich mit den Referenzdaten (KISS)?

- Ja
- Nein

Bestehen Auffälligkeiten? Raten über Q3 = 75. Perzentil der Referenzdaten

- Ja
- Nein



Werden ggf. Maßnahmen zur Infektionsprävention abgeleitet?

- Ja
 Nein

Erfolgt eine Präsentation der Daten?

- Ja
In welchem Rhythmus? _____
Datum der letzten Präsentation: _____
Vor welchem Zuhörerkreis? _____
- Nein

Kriterien zu 12. erfüllt:	Ja	Nein
----------------------------------	-----------	-------------

13. Antibiotikamanagement

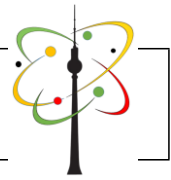
Grundlage ist § 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG unter Berücksichtigung der Bekanntmachung des Robert Koch-Instituts „Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach § 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG“ und die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“.

13.1. Fortlaufende Aufzeichnungen zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs

- Keine Aufzeichnungen zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs vorhanden
- Teilnahme an der AVS (Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance) des RKI seit _____
- Teilnahme an ARS seit _____
- Teilnahme an ARVIA seit _____
- Eigenes einrichtungsspezifisches System unter Nutzung des aktuellen ATC/DDD-Index mit Berechnung der Antibiotika-Verbrauchsichte auf Ebene der Fachbereiche und Stationstypen, seit _____, ggf. Beschreibung des Systems in separater Anlage
- Anderes System seit _____, ggf. Beschreibung des Systems in separater Anlage

13.2. Bewertung des Antibiotika-Verbrauchs unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation und Ableiten von sachgerechten Schlussfolgerungen

Bewertung des Antibiotika-Verbrauchs, Abgleich mit der lokalen Resistenzstatistik und sachgerechte Schlussfolgerungen erfolgen:



- In einem eigenen ABS-Gremium mit folgender Zusammensetzung:
- Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
 - Apotheker/-in
 - Krankenhaushygieniker/-in
 - Klinisch tätige Ärzte
 - Antibiotic Stewardship-Beauftragte
 - Andere: _____
 - Vorsitzende/-r: _____
- Durch ABS-Experten
- In den Fachabteilungen
- Auf andere Art und Weise: _____
- _____
- Nicht

13.3. Information des Personals zu Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes und dessen Umsetzung

Die Information des ärztlichen Personals zu Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes erfolgt:

- In der hausinternen Leitlinie
- In Fortbildungen
- Mittels schriftlicher Informationen
- Nicht

13.4. Aufbewahrungsfristen und Gewährung von Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen durch das zuständige GA

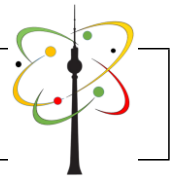
Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zum Antibiotikaverbrauch:

- Liegen in schriftlicher Form vor und können eingesehen werden
- Liegen nicht in schriftlicher Form vor
- Werden mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt

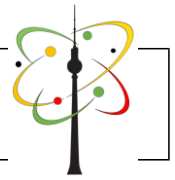
13.5. Umsetzung von ABS-Strategien (S3-Leitlinie)

- ABS-Experten sind verfügbar:
- Anzahl insgesamt: _____
 - Davon mit abgeschlossenem Modul 1: _____

MRE-Kriterien zur Vergabe des Qualitätssiegels (Erfassungsprotokoll zur Vorlage bei der AG-MRE)



- Davon mit abgeschlossenem Modul 2: _____
 - Davon mit abgeschlossenem Modul 3: _____
- ABS-Experten sind in der Arzneimittelkommission vertreten
- Es finden mindestens zwei protokollierte ABS-Treffen pro Jahr statt
- Es existieren leitlinienbasierte Empfehlungen zur Antibiotikatherapie
- Es existieren leitlinienbasierte Empfehlungen zur perioperativen Prophylaxe, ggf. bitte als Anlage beifügen
- Die Leitlinien stehen elektronisch zur Verfügung
- Antiinfektiva-Hauslinien liegen vor
- Sonderrezept-, Freigaberegungen bzw. Anwendungsbeschränkungen existieren
- Infektiologische Visiten bei Risikopatienten (z.B. auf den Intensivstationen) finden statt
- In welchen Bereichen? _____
 - Durch wen? _____
 - Wie oft? _____
- Pharmazeutische oder Konsile finden statt
- In welchen Bereichen? _____
 - Durch wen? _____
 - Wie oft? _____
- Schulungen und Fortbildungen zur rationalen Antibiotikatherapie und sinnvollen mikrobiologischen Diagnostik werden mindestens 1x jährlich durchgeführt
- Es existieren spezielle Programme zur Therapieoptimierung (Deeskalation, Therapiedauer, Oralisierung, Dosisoptimierung, Substanzwechseln und „Cycling“)
- Nein
- Ja: _____
- Bei der Mitteleitung mikrobiologischer Befunde werden spezielle Regeln eingehalten (z.B. leitliniengerechte Präanalytik, umgehende Kommunikation von positiven Blutkulturbefunden, mikroskopischen Zwischenbefunden u.ä., Orientierung von Antibioogrammen an den lokalen Leitlinien)



Kriterien zu 13.5. Antibiotic Stewardship erfüllt:	Ja	Nein
---	-----------	-------------

14. Zusätzliche besondere präventive Maßnahmen

14.1. Maßnahmen

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

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

Ja

Wie? (Freitext) _____

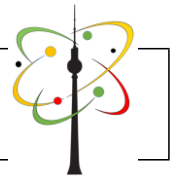
Nein

14.3. Gibt es ein Management bei Wiederaufnahme isolierungspflichtiger Patienten?

Ja

Welche? (Freitext)

Nein

**14.4. Aktive Teilnahme an Veranstaltungen des Netzwerkes?**

- Ja
- Nein

Vergabemodalitäten:

Das Siegel bezieht sich auf eine Krankenhausbetriebsstätte.

Die Prüfung der Angaben erfolgt im Rahmen der jährlichen amtsärztlichen Begehungen.

Die Vergabe wird durch ein Team des MRE-Netzwerkes Krankenhaushygiene der Berliner Bezirke geprüft, dazu gehören Dr. Irina Zuschneid, Dr. Nicoletta Wischnewski und Dr. Sina Bärwolff.

Die Antragsunterlagen werden mit der Befürwortung durch die für die Einrichtung zuständige Amtsärzt/-in oder Hygienereferent/-in an das o.g. Team eingereicht. Die Vergabe erfolgt einvernehmlich, ggf. werden Nachfragen gestellt, und ist nicht justizabel.

Gehört eine antragstellende Einrichtung zum Zuständigkeitsbereich eines Mitglieds des Vergabeteams, so hat dieses Teammitglied keine Stimme.