

euPrevent-Projektlinie

Infektionsprävention

Zweites Qualitätssiegel für Krankenhäuser



euPREVENT | EMR

crossing the borders in health policy

2013/2014



Erläuterung zu den Qualitätszielen der Projektklinie Infektionsprävention der Stiftung euPrevent-EMR zur Erlangung des Qualitätssiegels für Akut-Krankenhäuser

Das zweite Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent-EMR wird für drei Jahre (vom 01.07.2014 bis 30.06.2017) verliehen und kann auf Antrag nach erneuter Überprüfung verlängert werden.

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes Qualitätsziel werden zwischen 2 und 8 Qualitätspunkte (QP) vergeben. Insgesamt können gemäß der nachfolgenden Tabelle bis zu 42 QP vergeben werden:

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	6 QP
2	Surveillance epidemiologischer Daten	5 QP
3	Patientensicherheit durch Standardhygiene	6 QP
4	Hygieneempfehlung MRSA	2 QP
5	Hygieneempfehlung MRGN	2 QP
6	Erregerspezifische Hygienemaßnahmen	2 QP
7	Ausbruchsmanagement	2 QP
8	Patientensicherheit durch Patienteninformation	4 QP
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	7 QP
10	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	6 QP
Gesamtpunktzahl:		42 QP



Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 50% der Gesamtpunkte (d.h. 21 QP) erreicht werden. Falls nicht anders angegeben, muss mindestens 1 QP für jedes QZ erreicht werden.



QZ Erläuterung

1 Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

Ziel: Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen des Infektionsschutzes und der Infektionsprävention sowie Vertiefung der Netzwerkarbeit

Maximale Punktzahl: 6 QP

Durchführung und Überprüfung:

- 1) Aufbau von Wissensstrukturen:** Die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte Mitarbeiter (insbesondere Hygienebeauftragte in der Pflege) des teilnehmenden Krankenhauses nehmen mindestens 1x jährlich an einer Qualitätsverbundveranstaltung teil. Unter Qualitätsverbundveranstaltungen versteht man in diesem Kontext Veranstaltungen zu den Themen Hygiene und Infektionsschutz, die mit den Logos der folgenden Projektlinien ausgestattet sind:

euPrevent-Infektionsprävention,



QZ Erläuterung

euPrevent-EDUCAP,



EurSafety-Health.net,



Euregionale Akademie für
Patientensicherheit und Infektions-
schutz (Süd).



Sollten im für die Zertifizierung zugrunde liegenden Zeitraum nicht genügend Qualitätsverbundveranstaltungen angeboten werden bzw. es der Einrichtung nicht möglich sein, an den angebotenen Veranstaltungen teilzunehmen, so gilt die folgende Sonderregelung:

Veranstaltungen zu den oben genannten Themen, die von anderen Veranstaltern angeboten werden und die qualitativ gleichwertig sind, können ebenfalls anerkannt werden, was im Ermessen des/der

jeweiligen Auditors/Auditorin liegt. Die Überprüfung erfolgt durch die Vorlage der Teilnehmerlisten bzw. der Teilnahmebescheinigungen.

Max 3 QP, 1 QP pro Veranstaltung

**QZ Erläuterung**

2) Vertiefung der Netzwerkarbeit: (Fortsetzung der Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen bzw. Runden Tischen mit dem jeweiligen Gesundheitsamt und/ oder MRSA-/MRE-/Infektionsschutz-Netzwerken) In regelmäßigen Abständen laden die Gesundheitsämter /Netzwerkverantwortlichen alle Krankenhäuser des Netzwerkes zu den so genannten Runden Tischen bzw. Netzwerktreffen ein. Bei Anwesenheit mindestens eines Teilnehmers pro Krankenhaus (Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter Arzt) wird jeweils 1 Punkt vergeben. Die Überprüfung erfolgt durch die Vorlage der Anwesenheitslisten. Anerkannt werden alle ab Juni 2012 stattgefundenen Runden Tische bzw. Netzwerktreffen.

Max 3 QP, 1 QP pro Veranstaltung

**QZ Erläuterung****2 Surveillance epidemiologischer Daten**

Ziel: Standortbestimmung als Entscheidungsgrundlage zur Steuerung von Interventionsmaßnahmen

Maximale Punktzahl: 5 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das Krankenhaus nimmt kontinuierlich an einem System zur Surveillance nosokomialer Infektionen und multiresistenter Erreger teil, das die Möglichkeit eines Benchmarkings mit externen Referenzdaten erlaubt (KISS). Im Rahmen der Surveillance sind Device-assoziierte Infektionen (ZVK-assoziierte Sepsis, beatmungsassoziierte Pneumonie und Katheter-assoziiertes Harnwegsinfekt) in mindestens einem Bereich (z.B. nach ITS-KISS auf Intensivstationen) zu erfassen. Außerdem sollten postoperative Wundinfektionen anhand zumindest einer geeigneten Indikatoroperation erfasst werden.

Darüber hinaus sollte MRSA und ein weiterer multiresistenter Erreger (für einzelne Stationen oder das ganze Haus) und die *clostridium difficile* assoziierte Diarrhoe (CDAD) für das gesamte Haus erfasst werden. Das Qualitätsziel folgt damit inhaltlich der Bekanntmachung des Robert Koch-Institutes bezüglich der Surveillance nosokomialer Infektionen sowie der Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Bundesgesundheitsbl 2013 • 56:580–583 DOI 10.1007/s00103-013-1705-6).

**QZ Erläuterung****QP werden vergeben für:****1. Surveillance**

inkl. Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission und auf den betreffenden Stationen des eigenen Krankenhauses **(2 QP)**

- a) Device-assoziierte Infektionen: 1 QP
- b) Postoperative Wundinfektion: 1 QP

2. Erfassung von MRSA

inkl. Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission und auf den betreffenden Stationen des eigenen Krankenhauses **(1 QP)**

3. Erfassung von MRGN

inkl. Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission und auf den betreffenden Stationen des eigenen Krankenhauses **(1 QP)**

4. Erfassung von CDAD

inkl. Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission und auf den betreffenden Stationen des eigenen Krankenhauses **(1 QP)**

Die Erfassung aller oben genannten Erreger erfolgt nach den KISS-Kriterien. Dabei ist es unerheblich, ob die jeweilige Einrichtung an einem oder mehreren der KISS-Module teilnimmt oder nicht. Entscheidend ist, dass die KISS-Kriterien umgesetzt bzw. angewandt werden. In diesem QZ müssen alle Qualitätspunkte erreicht werden.



QZ Erläuterung

Die Überprüfung erfolgt durch die Vorlage der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul (oder die Vorlage von entsprechenden Erfassungsprotokollen bei Erfassung analog KISS) und des Protokolls der Sitzung der Hygienekommission. Daten müssen nicht gezeigt werden. Es wird allerdings auch auf die getroffenen Schlussfolgerungen/ Präventionsmaßnahmen, die erfolgten Mitteilungen an das Personal, sowie die entsprechenden Umsetzungen der Präventionsmaßnahmen einschließlich einer durchgeführten Evaluation zurückgegriffen. Dem zuständigen Gesundheitsamt bleibt es überlassen, stichprobenartig auf Stationen zu überprüfen, inwieweit die Ergebnisse der Datenerfassung weitergeleitet wurden.

QZ Erläuterung**3 Patientensicherheit durch Standardhygiene**

Ziel: Implementierung der Standardhygiene zur Steigerung der Patientensicherheit

Maximale Punktzahl: 6 QP

Durchführung und Überprüfung:

Einzelmaßnahmen der Standardhygiene müssen im hauseigenen Hygieneplan als Bestandteile der Standardhygiene genannt und geregelt sein (2 QP). Hygienepläne müssen individuell an das Haus angepasst sein, implementiert sein und dürfen nicht älter als vier Jahre sein. Die Auditoren werden dabei die Implementierung auf den Stationen evaluieren.

- **Händehygiene**
 - Erfassung und Bewertung (z.B. über das Modul Hand-KISS bzw. Vergleich mit Hand-KISS) des Händedesinfektionsmittelverbrauches (L / 1000 Patiententage). Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit Vordaten und den ggf. daraus abgeleiteten Maßnahmen (1 QP)
 - Datenpräsentation auf Stationen und vor der Hygienekommission (1 QP)
 - Ausstattung der Patientenzimmer mit ausreichenden Händedesinfektionsmittel-Spendern (2 QP):

**QZ Erläuterung**

Periphere Stationen:

pro 2-Bett-Zimmer Minimum 1 Spender

pro 3-4-Bett-Zimmer Minimum 2 Spender

Intensivstationen:

pro Patientenbett 1 Spender

Anmerkung zum Thema „Kittelflaschen“:

Sollten in einem Bereich anstelle von Desinfektionsmittelspendern sog. „Kittelflaschen“ verwendet werden, ist dies von der jeweiligen Einrichtung fachlich korrekt zu begründen.

- Kleidung / Schmuck
- Persönliche Schutzausrüstung: Handschuhe, Mundnasenschutz, Schutzkittel / Schürze, Schutzbrille
- Aufbereitung von Wäsche und Geschirr
- Reinigung und Desinfektion der Flächen
- Hustenetikette (nur optional, z.B. in Wartebereichen, Ambulanzen)

Schulungen zu Themen der Standardhygiene können unter QZ 1 und QZ 10 geltend gemacht werden.

Die Überprüfung erfolgt durch die Vorlage der Hygienepläne und durch die Begehung ausgewählter Bereiche.



QZ Erläuterung

4 Hygieneempfehlung MRSA

Ziel: Prävention und Bekämpfung von MRSA

Maximale Punktzahl: 2 QP

Durchführung und Überprüfung:

Die teilnehmenden Einrichtungen setzen anerkannte Hygieneempfehlungen (in Anlehnung an nationale Empfehlungen, z.B. KRINKO) zu MRSA um. Der Nachweis erfolgt über die Vorlage von Dokumenten, welche die entsprechenden Interventionen detailliert beschreiben. Die Richtlinie darf dabei nicht älter sein als 2008.



QZ Erläuterung

5 Hygieneempfehlung multiresistente gramnegative Erreger (MRGN)

Ziel: Prävention und Bekämpfung von MRGN

Maximale Punktzahl: 2 QP

Durchführung und Überprüfung:

Die teilnehmenden Einrichtungen setzen anerkannte Hygieneempfehlungen (in Anlehnung an nationale Empfehlungen, z.B. KRINKO) zu MRGN um. Der Nachweis erfolgt über die Vorlage von Dokumenten, welche die entsprechenden Interventionen detailliert beschreiben. Geregelt sein müssen:

- Screening
- Isolierung (siehe auch QZ 6)
- Informationsweitergabe
- Verfahren bei Wiederaufnahme

Die Richtlinie darf dabei nicht älter sein als 2012.



QZ Erläuterung

6 Erregerspezifische Hygienemaßnahmen

Ziel: Angemessene Anwendung von erregerspezifischen Hygienemaßnahmen

Maximale Punktzahl: 2 QP

Durchführung und Überprüfung:

Nachweis erfolgt über die Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung zu erregerspezifischen Hygienemaßnahmen. Die Verfahrensanweisung sollte für folgende Erreger / Erkrankungen vorliegen:

- Noroviren
- Clostridium difficile
- Tuberkulose

Die Verfahrensanweisung darf dabei nicht älter als vier Jahre sein.



QZ Erläuterung

7 Ausbruchmanagement

Ziel: Erkennung und Einleitung von Maßnahmen zur Bekämpfung eines Ausbruchs

Maximale Punktzahl: 2 QP

Durchführung und Überprüfung:

Nachweis erfolgt über die Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung zum Ausbruchmanagement, die an das jeweilige Haus angepasst sein muss. Wichtig ist vor allem die Festlegung eines Ausbruchteams und Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenzen (inkl. der aktuellen Kontaktdaten). Die Verfahrensanweisung darf dabei nicht älter als vier Jahre sein.

**QZ Erläuterung****8 Patientensicherheit durch Patienteninformation**

Ziel: Steigerung des Patienten-Empowerments durch Informationsvermittlung

Maximale Punktzahl: 2 QP

Durchführung und Überprüfung:

Die teilnehmenden Krankenhäuser führen zu den Themen Händehygiene (1 QP), Antibiotika (0,5 QP) und multiresistente Erreger (0,5 QP) einmal jährlich eine Informationskampagne durch. Dabei kann die Informationsvermittlung auch über Broschüren erfolgen. Die Durchführung des Händehygienetages zur „Aktion saubere Hände“ ist weiterhin verpflichtend. Im Jahre 2013 ist die „Patientensicherheit“ Schwerpunktthema bei der „Aktion saubere Hände“.

Es wird für die teilnehmenden Häuser entsprechendes Material für Patienten und Angehörige zur Verfügung gestellt. Informationsbroschüren zu den oben genannten Themen sind auch von der euPrevent-Projektklinie Infektionsprävention vorhanden.

**QZ Erläuterung****9 Implementierung eines Antibiotikamanagements**

Ziel: Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus

Maximale Punktzahl: 7 QP

Durchführung und Überprüfung:

Die Krankenhäuser erstellen Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen; diese werden von der aktuellen eigenen Resistenzstatistik abgeleitet. Mindestens einmal jährlich soll eine Verbrauchsanalyse in „ddd“ (defined daily doses) pro 1000 Patiententag für die wichtigsten Antibiotika durchgeführt werden. Die Erfassung richtet sich dabei für die deutschen Teilnehmer nach der Bekanntmachung „Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach §23 Abs.4 Satz2 IfSG“ und den entsprechenden Ausführungen und Erläuterungen (Bundesgesundheitsblatt 2013 · 56:996–1002 DOI 10.10072013/s00103-013-1780-8). Dabei müssen zur Erreichung dieses QZ mindestens Punkt 1 und Punkt 3 erfüllt sein:

1. Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik. **(1 QP)**
2. Berechnung der ddd (defined daily dosis) pro 1000 Patiententage für mind. drei Antibiotikagruppen (Vancomycin, Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolon, 3. Gen. Cephalosporin, Carbapenem) . **(2 QP)**
3. Erstellen von Therapieleitlinien mind. für folgende Indikationen: **(3 QP)**
 - Sepsis (ambulant/nosokomial)
 - Pneumonie (ambulant/nosokomial)



QZ Erläuterung

- Harnwegsinfektion (ambulant/nosokomial)
 - Haut- und Weichteilinfektionen.
4. Präsentation der Daten vor der Hygienekommission /
Arzneimittelkommission. **(1 QP)**

QZ Erläuterung**10 Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement**

Ziel: Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus mit ausreichend geschulten Mitarbeitern und Aktualisierung der Wissensbestände der MitarbeiterInnen der Einrichtung

Maximale Punktzahl: 6 QP

Durchführung und Überprüfung:

Grundlage für die notwendige personelle Ausstattung und Organisation des Hygieneteams sind die Empfehlungen des jeweiligen Landes. Für Deutschland ist dies die jeweilige Landes-Krankenhaushygieneverordnung basierend auf der Empfehlung der KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009). Im Gegensatz zum ersten Siegel soll jetzt nicht nur das Vorhandensein des jeweiligen Personals, sondern auch die entsprechende regelmäßige Schulung nachgewiesen werden. Außerdem muss das Haus eine regelmäßige innerbetriebliche Schulung des Krankenhauspersonals nachweisen.

- 1) **Strukturqualität:** Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich im Rahmen der Sicherung von Strukturqualität, eine angemessene Zahl von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten bereit zu stellen und diese regelmäßig zu schulen. Zur Strukturqualität zählt auch die regelmäßige (siehe unten) Einberufung der Hygienekommission.

**QZ Erläuterung**

Je **0,5 QP** wird vergeben für (**max. 3 QP**):

1. Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement im Krankenhaus, unter Einbezug aller beteiligten Bereiche und der darin verantwortlichen Mitarbeiter
2. Mindestens 2x jährlich Einberufung der Hygienekommission
3. Externe(r) / interne(r) Krankenhaushygieniker/in: Schriftliche Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse
4. Hygienebeauftragte Ärzte / Ärztinnen: Schriftliche Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen (z.B. Weiterbildung, Nachweis von Fortbildungen). Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung
5. Hygienefachkräfte: Schriftliche Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen (z.B. Weiterbildung, Nachweis von Fortbildungen). Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung
6. Hygienebeauftragte in der Pflege: Schriftliche Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen (z.B. Weiterbildung). Bedarfsermittlung anhand der KRINKO-Empfehlung

QZ Erläuterung

Für jede der unter 1-6 genannten Berufsgruppen muss mindestens einmal jährlich eine interne oder externe Fort- bzw. Weiterbildung dokumentiert werden. Für die Weiterbildung zur Hygienebeauftragten in der Pflege werden von der Stiftung EuPrevent in Kooperation mit der *Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Süd)* Unterrichtsmaterialien zur Verfügung gestellt.

2) Innerbetriebliche Fortbildungen

Für verschiedene Berufsgruppen (Ärzte und Pflegepersonal und mind. eine weitere (z.B. Reinigungskräfte) muss mind. einmal jährlich eine Fortbildung zu hygienischen und/ oder infektionspräventiven Themen durchgeführt werden. Als Dokumentation sollen Veranstaltungsnachweise etwa in Form von Unterschriftenlisten / Anwesenheitskontrolle vorgelegt werden. Eine innerbetriebliche Fortbildung wird bei einer Teilnahme von mindestens 60% der Mitarbeiter der Zielgruppe anerkannt. Neue MitarbeiterInnen müssen zeitnah zur Einstellung (innerhalb der ersten sechs Wochen) zu den im Haus geltenden Hygienerichtlinien und Verfahrensanweisungen geschult werden.

Insgesamt können **3 QP** durch Fortbildungsveranstaltungen erreicht werden. (1 QP pro Veranstaltung)