



euPrevent-Projektlinie

Infektionsprävention

Drittes Qualitätssiegel für Krankenhäuser

30.06.2014 im Technologiezentrum am Europaplatz in Aachen

Hygiene

Das Euregio

Mar
Gottfried

die Bedingungen für das Qualitätseuregionale Netzwerkes euPrevent Nachweis erbracht, dass die Anforderungen des oben genannten Siegels erfüllt werden.

Gültigkeitsdauer: 01.01.2012 - 30.06.2014

Euregio Maas-Rhein, den 07.03.2012

K. Feldhoff
Dr. med. K. H. Feldhoff
Vorstandsvorsitzender
euPrevent | EMR
Projektleiter euPrevent MRSA

**Patientsicherheit durch
Hygiene und Infektionsschutz**

Zertifikat

Das Euregio-Netzwerk euPrevent bescheinigt hiermit, dass das

Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Deutschland

die Bedingungen für das Qualitätssiegel für die Krankenhäuser nach den Anforderungen des euregionalen Netzwerkes euPrevent erfüllt hat. Durch ein Auditierungsverfahren wurde der Nachweis erbracht, dass die Anforderungen des oben genannten Siegels erfüllt werden.

Gültigkeitsdauer: 01.01.2012 - 30.06.2014

Euregio Maas-Rhein, den 07.03.2012

K. Feldhoff
Dr. med. K. H. Feldhoff
Vorstandsvorsitzender
euPrevent | EMR
Projektleiter euPrevent MRSA

W. Dolt
Univ.- Prof. Dr. W. Dolt
Universitätsklinikum Aachen
Leiter workpackage 2
euPrevent MRSA

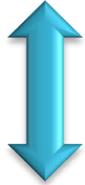
ZEGEL SIEGEL LABEL

Logo of the Euregio Maas-Rhein and other regional partners.

WWW.EUPREVENT.EU

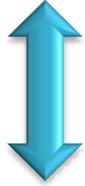


EurSafety
Health-net

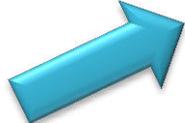


euPrevent

RWTH
Aachen



euPrevent
MRE-Netzwerk
Koordinatoren



Formale Kriterien

Das zweite Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent-EMR wird für **drei Jahre** (vom 01.07.2017 bis 30.06.2020) verliehen.

Das Qualitätssiegel kann auf Antrag nach erneuter Überprüfung verlängert werden.

Es wurden **10 Qualitätsziele** definiert. Die Gesamtpunktzahl beträgt **100 Qualitätspunkte** (QP).

Punktevergabe:

Für jedes Qualitätsziel werden zwischen **1 und 8 QP** vergeben.

Falls nicht anders angegeben, muss mindestens 1 QP für jedes QZ erreicht werden.

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen **mindestens 70%** der Gesamtpunkte (d.h. 70 QP) erreicht werden.

Qualitätsziele:

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Netzwerkarbeit und Wissensmanagement	10 QP
2	Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement	10 QP
3	Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen	10 QP
4	Patienten- und risikobereicherorientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse	10 QP
5	Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN	10 QP
6	Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA	10 QP
7	Implementierung eines Antibiotic Stewardships	10 QP
8	Patientensicherheit durch Hausinterne Audits zur Standardhygiene	10 QP
9	Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“	10 QP
10	Patientensicherheit durch Patient-Empowerment	10 QP
Gesamtpunktzahl:		100 QP



1. Qualitätsziel:

*Netzwerkarbeit und
Wissensmanagement*

QZ 1: Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>1) Aufbau von Wissensstrukturen:</p> <p>a) Die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte Mitarbeiter (insbesondere Hygienebeauftragte in der Pflege) des teilnehmenden Krankenhauses nehmen zweimal jährlich an einer Fortbildungsveranstaltung zu den Themen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hygiene und Infektionsschutz,• Sicherheitskultur/Patientensicherheit <p>teil.</p> <p>b) Das teilnehmende Krankenhaus besitzt Strukturen, die allen Mitarbeitern/-innen den Zugang zu den Inhalten der Fortbildung(en) grundsätzlich ermöglichen. Dies kann beispielsweise durch eine oder mehrere der im folgenden genannten Möglichkeiten geschehen:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Intranetb) Hausinterne Mitteilungenc) Mitarbeiterzeitungd) Hausinterne Fortbildungen	<p>1) Aufbau von Wissensstrukturen:</p> <p>a) Die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte Mitarbeiter (insbesondere Hygienebeauftragte in der Pflege) des teilnehmenden Krankenhauses nehmen zweimal jährlich an einer Fortbildungsveranstaltung zu den Themen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hygiene und Infektionsschutz,• Sicherheitskultur/Patientensicherheit <p>teil.</p>

QZ 1: Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>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 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 2016 stattgefundenen Runden Tische bzw. Netzwerktreffen.</p>	

1. Qualitätsziel: Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

Ziel: Aufbau und Aktualisierung von **Wissensstrukturen** zu Themen des Infektionsschutzes/der Infektionsprävention und der Sicherheitskultur/Patientensicherheit sowie Vertiefung der **Netzwerkarbeit**.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) Aufbau von Wissensstrukturen: max. 7 QP
(2 QP pro Veranstaltung, 3 QP Wissenstransfer)
- 2) Vertiefung der Netzwerkarbeit: max. 3 QP
(1 QP pro Veranstaltung)

1. Qualitätsziel: Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

Prüfkriterien:

1) Aufbau von Wissensstrukturen –

Vorlage der Teilnehmerlisten bzw. der Teilnahmebescheinigungen

2) Vertiefung der Netzwerkarbeit –

Vorlage der Anwesenheitslisten

1. Qualitätsziel: Durchführung und Überprüfung

Aufbau von Wissensstrukturen

Zielgruppen:

Hygienebeauftragte
Ärzte

Hygienefachkräfte

Ggf. interessierte
Mitarbeiter (insbesondere
Hygienebeauftragte in der
Pflege)

1. Qualitätsziel: Durchführung und Überprüfung

Aufbau von Wissensstrukturen



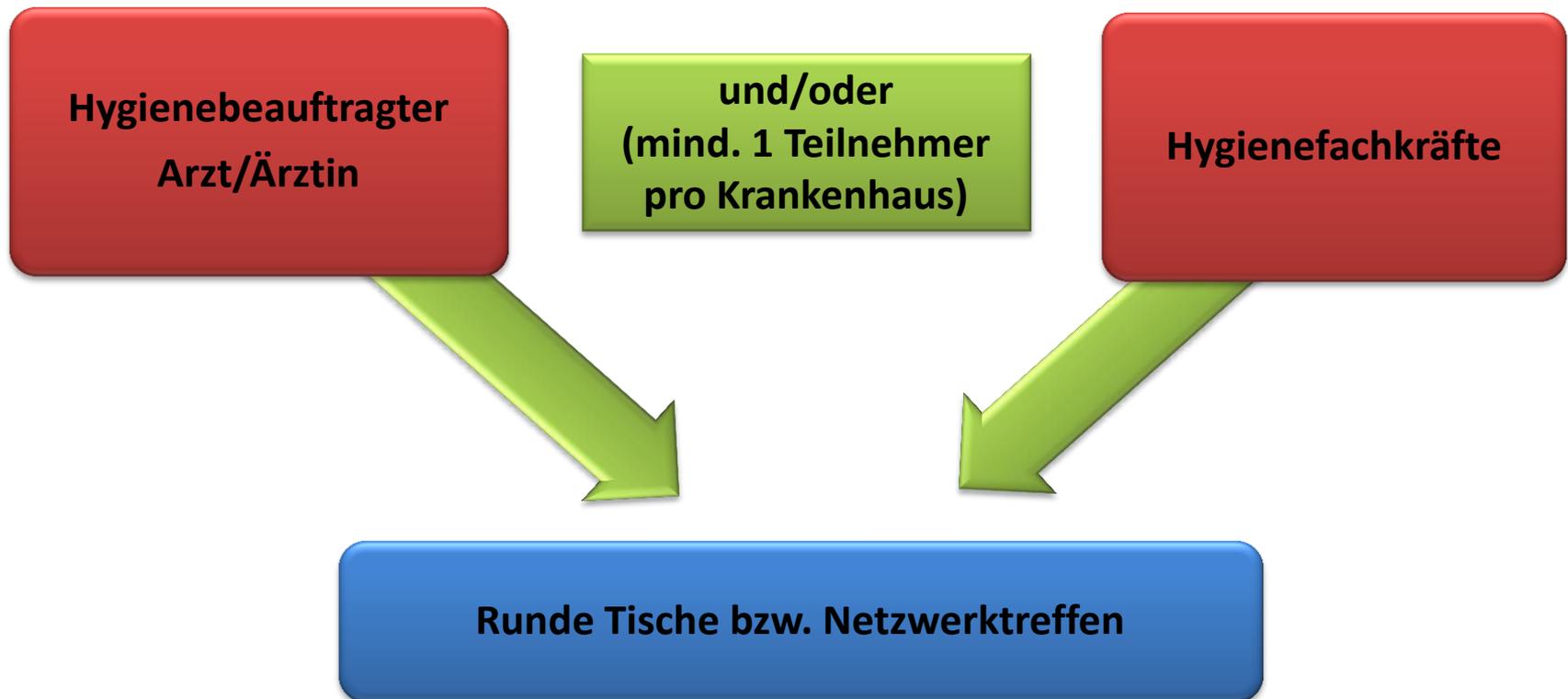
1. Qualitätsziel: Durchführung und Überprüfung

Vertiefung der Netzwerkarbeit



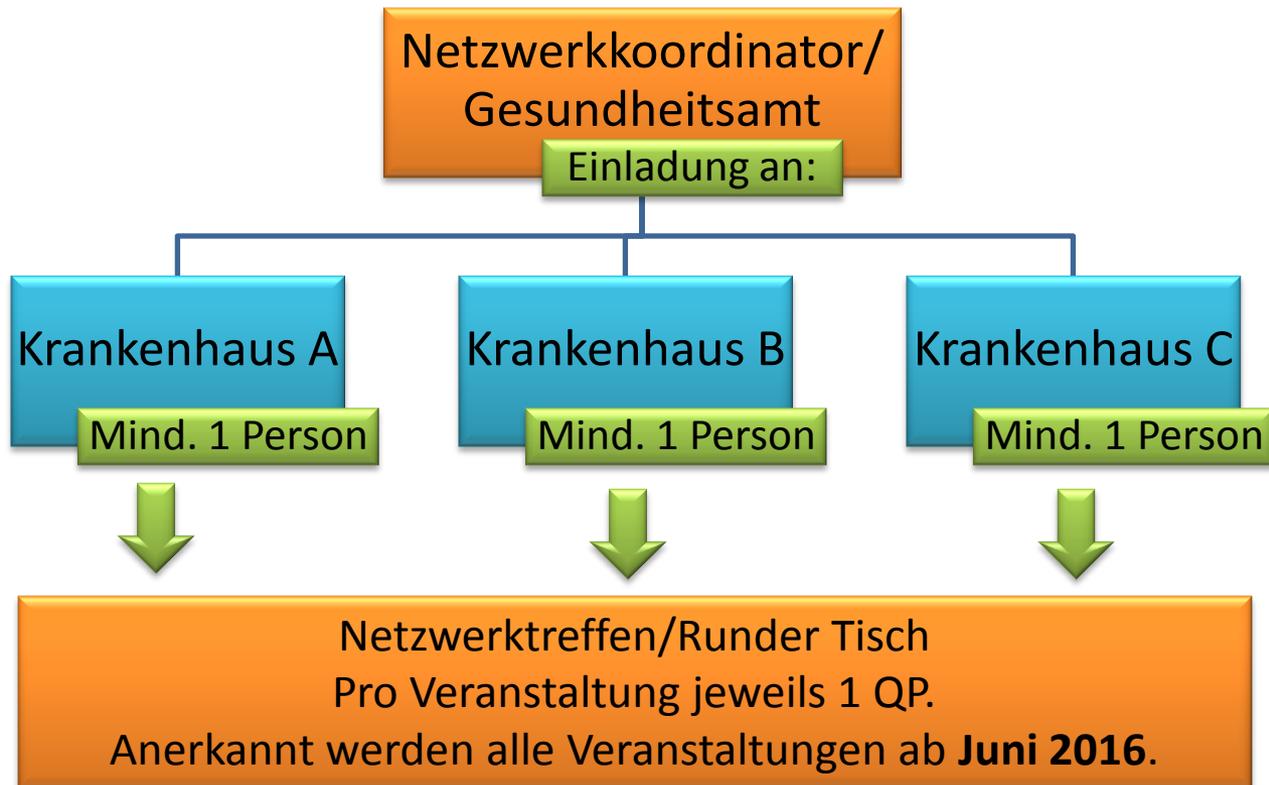
1. Qualitätsziel: Durchführung und Überprüfung

Vertiefung der Netzwerkarbeit



1. Qualitätsziel: Durchführung und Überprüfung

Vertiefung der Netzwerkarbeit





2. Qualitätsziel:

*Strukturqualität und inner-
betriebliches Wissensmanagement*

QZ 2: Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>2) Innerbetriebliche Fortbildung: Für verschiedene Berufsgruppen (Ärzte und Pflegepersonal und mind. eine weitere z.B. Reinigungskräfte, Therapeuten, Psychologen, Krankenhaushilfe, Hol- und Bringdienst) 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.</p>	<p>1) Personelle Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen Nachweis über die Einbindung von Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegenden) in die Organisationsstruktur.b) Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen Nachweis über die tatsächlichen Aufgaben der Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegenden) <p>2) Innerbetriebliche Fortbildung: Für verschiedene Berufsgruppen (Ärzte und Pflegepersonal und mind. eine weitere z.B. Reinigungskräfte, Therapeuten, Psychologen, Krankenhaushilfe, Hol- und Bringdienst) 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.</p>

2. Qualitätsziel: 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.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

1) Personelle Ressourcen: max. 7 QP

- a) Nachweis über die Einbindung: 3 QP
- b) Nachweis über die Aufgaben: 3 QP
- c) Vorlage eines Einarbeitungskonzeptes: 1 QP

2) Teilnahme an Fortbildungen: max. 3 QP

2. Qualitätsziel: Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

Prüfkriterien:

- Nachweis über die Einbindung von Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegende) in die Organisationsstruktur
- Nachweis über die tatsächlich umgesetzten Aufgaben der Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegende)
- Teilnehmerlisten
- Werden für die einzelnen Personengruppen keine Zeitkontingente festgelegt, ergibt das einen Punkteabzug.

2. Qualitätsziel: Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

Zielgruppen:

- Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegende
- Reinigungskräfte
- Therapeuten
- Psychologen
- Krankenhaushilfe
- Hol- und Bringdienst

Anerkannte Veranstaltungen:

Eine innerbetriebliche Fortbildung wird bei einer Teilnahme von mindestens 60% der Mitarbeiter der Zielgruppe anerkannt.



3. Qualitätsziel:

*Surveillance epidemiologischer
Daten: Interventionsmaßnahmen*

QZ 3: Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen

Verstetigung

1) **Surveillance:** Das Krankenhaus nimmt weiterhin 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. 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.

Neues Kriterium

2) **Nachweis von Interventionsmaßnahmen:** Das teilnehmende Krankenhaus weist schriftlich nach, welche Interventionsmaßnahmen auf der Basis der in der Surveillance erhobenen Daten geplant und umgesetzt wurden. Dabei wird folgende Vorgehensweise berücksichtigt: Die Ergebnisse der Surveillance werden den betreffenden Bereichen zurückgemeldet und mit ihnen diskutiert. Es erfolgt ggf. eine Planung von Interventionen mit dem Ziel einer Verbesserung der Präventionsmaßnahmen. Nach Umsetzung der Interventionen erfolgt eine Evaluation dieser Maßnahmen über die weitere Infektionssurveillance.

3. Qualitätsziel: Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen

Ziel: Planung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen auf der Basis der im zweiten Krankenhaus-siegel (QZ 2) durchgeführten Standortbestimmung.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

1) Surveillance: max. 4 QP

- a) Device-assoziierte Infektionen: 2 QP
- b) Postoperative Wundinfektionen: 2 QP

2) Rückmeldung an die betreffenden Bereiche: 2 QP

3. Qualitätsziel: Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen

Punkteaufteilung:

- 3) Planung von Interventionen: 2 QP
- 4) Evaluation der Maßnahmen: 2 QP

Prüfkriterien:

- Vorlage der Teilnahmebescheinigung am KISS-Modul
- Vorlage des Protokolls der Hygienekommission
- Schlussfolgerungen/Präventionsmaßnahmen
- Mitteilungen an das Personal
- Umsetzung der Präventionsmaßnahmen inkl. der Evaluation
- Stichprobenartige Überprüfungen nach Ermessen des Gesundheitsamtes

3. Qualitätsziel: Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen

Erfassungsart:

Die Erfassung aller oben genannten Erreger erfolgt nach den KISS-Kriterien.

Definition Kontinuierliche Surveillance:

Der Begriff der kontinuierlichen Surveillance ist den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung anzupassen, d.h. die Surveillance gilt auch dann als kontinuierlich, wenn die Datenerfassung in verschiedenen Bereichen der Klinik in einem Rotationsverfahren erfolgt.



4. Qualitätsziel:

*Patienten- und risikobereich-orientiertes
Screening und Typisierung ausgewählter MREs:
Re-Evaluation der Risikoanalyse*

QZ 4: Patienten- und risikobereichorientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>Das teilnehmende Krankenhaus führt eine Re-Evaluation der Risikoanalyse unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte durch:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MREsb) Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktorenc) Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzzieled) Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen als Ergänzung der Standardhygienee) Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs	<ul style="list-style-type: none">f) Kriterienkatalog zur Typisierung von ausgewählten MREs

4. Qualitätsziel:

Patienten- und risikobereich-orientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse

Ziel: Re-Evaluation der Risikoanalyse zur Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs und der Kriterien zur Typisierung ausgewählter MREs.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

4. Qualitätsziel:

Patienten- und risikobereich-orientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen: 2 QP
- 2) Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren: 2 QP

4. Qualitätsziel: Patienten- und risikobereich-orientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse

Punkteaufteilung:

- 3) Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele: 2 QP
- 4) Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen: 2 QP
- 5) Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs: 1 QP
- 6) Kriterienkatalog zur Typisierung von ausgewählten MREs: 1 QP

4. Qualitätsziel:

Patienten- und risikobereich-orientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse

Prüfkriterien:

- Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MREs
- Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren
- Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele
- Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen als Ergänzung der Standardhygiene
- Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs
- Kriterienkatalog zur Typisierung von ausgewählten MREs



5. Qualitätsziel:

Umsetzung des festgelegten
Hygienemanagements zu MRSA/MRGN

5. Qualitätsziel: Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN

Ziel: Überprüfung der Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) Hygienemanagement zu MRSA: max. 5 QP
- 2) Hygienemanagement zu MRGN: max. 5 QP

QZ 5: Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>Anhand der mitgelieferten Checklisten der Euregionalen Akademie Nord überprüfen die Auditoren auf zwei ausgewählten Stationen des teilnehmenden Krankenhauses die Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA und MRGN.</p> <p>Dabei werden folgende drei Teilbereiche abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Isolierungsmaßnahmen• Sonstige Hygienemaßnahmen• Gesamteindruck	<p>Anhand der mitgelieferten Checklisten der Euregionalen Akademie Nord überprüfen die Auditoren auf zwei ausgewählten Stationen des teilnehmenden Krankenhauses die Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA und MRGN.</p> <p>Dabei werden folgende drei Teilbereiche abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Isolierungsmaßnahmen• Sonstige Hygienemaßnahmen• Gesamteindruck

5. Qualitätsziel: Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN

Prüfkriterien:

Vorlage der Dokumente, welche die entsprechenden Interventionen detailliert beschreiben. Die angeführten Stichworte dienen als Hilfsmittel zur Beurteilung der inhaltlichen Qualität.

Erstellungshilfen:

Unter der Option „Erstellungshilfen“ finden Sie zu diesem Punkt auf der euPrevent-Homepage zwei Checklisten der Euregionalen Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz-Nord des EurSafety Health-net Projektes (Checkliste QZ 5 – MRSA und MRGN).



6. Qualitätsziel:

*Datenaustausch ÖGD-Report
MRGN/MRSA*

QZ 6: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>Die teilnehmende Klinik erfasst jährlich die Daten über die mitgelieferten Erfassungstabellen. und übermittelt diese an das jeweils zuständige Gesundheitsamt.</p> <p>Der ÖGD-Report MRGN enthält folgende Parameter:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum2. Stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum3. Anzahl der 3MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste)4. Anzahl der 4MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste) <p>Der ÖGD-Report MRSA enthält folgende Parameter:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum2. Stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum3. Anzahl der Nasenabstriche pro Erfassungszeitraum4. Anzahl aller S. aureus aus Blutkulturen5. Anzahl der importierten MRSA-Fälle6. Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle

QZ 6: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>Der ÖGD Report wird vom koordinierenden Gesundheitsamt an den zuständigen Auditor übermittelt. Die Daten werden von der Stiftung euPrevent EMR mit den Daten aus den Niederlanden und Belgien zusammengeführt und aufbereitet. Die aufbereiteten Daten werden allen Kliniken sowie der Öffentlichkeit auf der euPrevent Homepage zur Verfügung gestellt.</p>

6. Qualitätsziel: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

Ziel: Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses zwecks euregionaler Datenauswertung.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) ÖGD-Report MRGN: 5 QP
- 2) ÖGD-Report MRSA: 5 QP

6. Qualitätsziel: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

Prüfkriterien:

Übermittlung der gewünschten Daten.

Erstellungshilfen:

Unter der Option „Erstellungshilfen“ finden Sie zu diesem Punkt auf der euPrevent-Homepage zwei Erfassungslisten der des EurSafety Health-net Projektes (Checkliste QZ 6 – ÖGD-Report MRSA und MRGN).

QZ 6: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

EQS-3 QZ 7

ÖGD-Report MRSA

Feld	Bezeichnung	Angabe
2	stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum (von der Krankenhausverwaltung zu erfragen)	
28	stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum (von der Krankenhausverwaltung zu erfragen)	
1	Anzahl der Nasenabstriche pro Erfassungszeitraum	
7	Anzahl aller S. aureus aus Blutkulturen (MSSA und MRSA)	
19	Anzahl MRSA aus Blutkulturen	
16	Gesamtanzahl aller Fälle mit Methicillin Resistente S. aureus (MRSA) (Summe importierte und nosokomiale Fälle)	
31	Anzahl der importierten MRSA Fälle (gefunden weniger als 3 Tage nach stationärer Aufnahme)	
34	Anzahl nosokomialer MRSA Fälle (gefunden mehr als 3 Tage nach stationärer Aufnahme)	

QZ 6: Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA

ÖGD-Report MRGN

Bezeichnung	Angabe
stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum (von der Krankenhausverwaltung zu erfragen)	
stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum (von der Krankenhausverwaltung zu erfragen)	
Anzahl der 3MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste (siehe zweites Tabellenblatt))	
Anzahl der 4MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste (siehe zweites Tabellenblatt))	

Hinweis:

Treten bei einem Patienten und Fall gleichzeitig mehrere 3MRGN/4MRGN auf, werden alle Erstnachweise pro Erreger erfasst und gezählt.



7. Qualitätsziel:

*Implementierung eines
Antibiotic Stewardships*

QZ 7: Antibiotic Stewardship

Verstetigung	Neues Kriterium
<p>1) Verbrauchsanalyse: 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).</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik.2. Berechnung der ddd (defined daily dosis) pro 1000 Patiententage für mind. drei Antibiotikagruppen (Vancomycin, Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolon, Gen. Cephalosporin, Carbapenem).3. Präsentation der Daten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission.	<p>2) Peri-operative Antibiotikaprophylaxe: Die teilnehmende Klinik erbringt den Nachweis einer Verfahrensweisung zur peri-operativen Antibiotika-Prophylaxe. Das Dokument ist den jeweiligen hausinternen Gegebenheiten angepasst und berücksichtigt die folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none">• Begriffsdefinition• Kontaminationsklassen• Risikofaktoren (patienteneigene und chirurgische Faktoren)• Indikationen• Durchführung und Dauer• Antibiotika-Auswahl <p>3) Aufbau von Wissensstrukturen: Das ärztliche Personal der teilnehmenden Klinik wird mindestens einmal jährlich zum Thema „Rationaler Antibiotika-Gebrauch“ fortgebildet. Der Nachweis erfolgt über die Teilnehmerlisten.</p>

QZ 7: Antibiotic Stewardship

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>4) Bildung eines klinikeigenen ABS-Teams: Die teilnehmende Klinik bildet ein multidisziplinäres ABS-Team, das von der Krankenhausleitung den Auftrag und Ressourcen erhalten soll, im Konsensus mit den Anwendern Leitlinien zur Behandlung von Infektionserkrankungen zu erstellen und deren Umsetzung durch ABS-Maßnahmen zu sichern. Gemäß der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ soll „das Team mindestens aus einem Infektiologen (bzw. infektiologisch ausgebildeten, klinisch tätigen Facharzt) und erfahrenen Fachapotheker für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie sowie einem für die mikrobiologische Diagnostik und klinisch-mikrobiologische Beratung zuständigen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und dem für die Krankenhaushygiene lokal verantwortlichen Arzt bestehen. Die Mitglieder des Teams sollen im Bereich Antibiotic Stewardship fortgebildet sein oder bereits über entsprechende Erfahrung verfügen“.</p>

QZ 7: Antibiotic Stewardship

S3-Leitlinie

Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus

AWMF-Registernummer 092/001

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI) (federführend)

in Zusammenarbeit mit den folgenden Fachgesellschaften/Verbänden/Institutionen:

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG)

Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker (AAHP)

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (ÖGIT)

Österreichische Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie (ÖGACH)

Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Dr. Dr. Katja de With¹, Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger², Dr. Steffen Amann³, Univ.-Doz. Dr. Petra Apfalter⁴, Prof. Dr. Hans-Reinhard Brodt⁵, Dr. Tim Eckmanns⁶, Dr. Matthias Fellhauer⁷, Prof. Dr. med. Heinrich K. Geiss⁸, Dr. Oskar Janata⁹, Univ.-Prof. Dr. Robert Krause¹⁰, Prof. Dr. Sebastian Lemmen¹¹, Priv.-Doz. Dr. Elisabeth Meyer¹², Prim. Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer (†)¹³, Mag. pharm. Dr. Ulrike Porsche¹⁴, Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Prestler¹⁵, Prof. Dr. Stefan Reuter¹⁶, Prof. Dr. Dr. Bhanu Sinha¹⁷, Priv.-Doz. Dr. Richard Strauß¹⁸, Dr. Agnes Wechsler-Fördös¹⁹, Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch²⁰, Univ.-Prof. Dr. Winfried V. Kern²¹

¹Zentralbereich Klinische Infektiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

²Fachbereich Öffentliche Gesundheit, Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Wien

³Krankenhausapotheke, Städtisches Klinikum München GmbH, München

⁴Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin, Krankenhaus der Elisabethinen, Linz

⁵Schwerpunkt Infektiologie/Medizinische Klinik II, Klinikum der Goethe-Universität, Frankfurt

⁶Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

⁷Apotheke, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen

⁸Bereichsleitung Hygiene/Infektiologie, Sana Kliniken AG, Ismaning

⁹Krankenhaushygiene, Donauespital/Spitalträger Wiener Krankenhausverbund (KA/V), Wien

¹⁰Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

¹¹Zentralbereich für Krankenhaushygiene und Infektiologie, Uniklinik RWTH Aachen

¹²Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité Universitätsmedizin, Berlin

¹³Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin, Krankenhaus der Elisabethinen, Linz

¹⁴Abteilung für Arzneimittelinformation, Landesapotheke an den Landeskliniken Salzburg

¹⁵Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Wien

¹⁶Abteilung Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Pneumologie und Osteologie, Klinikum Leverkusen

¹⁷Department of Medical Microbiology and Infection Prevention, University Medical Center Groningen

¹⁸Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Erlangen

¹⁹Krankenhaushygiene, Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien

²⁰Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, Kaiser Franz Josef Spital/Spitalsträger Wiener

²¹Krankenhausverbund (KA/V), Wien

²²Abteilung Infektiologie, Universitätsklinikum Freiburg

Externer Reviewer: Prof. Dr. Stephan Harbarth, Genf

Patientenvertreterin: Viktoria Mühlbauer, Düsseldorf

Endfassung 15.12.2013

II. Zusammenfassung der Empfehlungen der Leitlinie

1. Voraussetzungen

1.1. Verfügbarkeit eines Teams von ABS-Experten

Wichtige Voraussetzung für die wirksame Durchführung von ABS-Programmen ist ein multidisziplinäres Team, das von der Krankenhausleitung den Auftrag und Ressourcen erhalten soll, im Konsens mit den Anwendern Leitlinien zur Behandlung von Infektionserkrankungen zu erstellen und deren Umsetzung durch ABS-Maßnahmen zu sichern (A).

Das Team soll mindestens aus einem Infektiologen (bzw. infektiologisch ausgebildeten, klinisch tätigen Facharzt) und erfahrenen Fachapotheker für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie sowie einem für die mikrobiologische Diagnostik und klinisch-mikrobiologische Beratung zuständigen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und dem für die Krankenhaushygiene lokal verantwortlichen Arzt bestehen. Die Mitglieder des Teams sollen im Bereich Antibiotik Stewardship fortgebildet sein oder bereits über entsprechende Erfahrung verfügen (A).

Das Team erfährt von der Krankenhausleitung Unterstützung, und die Tätigkeit im Rahmen der ABS-Programme soll mit mindestens 0,5 Vollzeitstellen/250 Krankenhausbetten ausgeglichen werden. Eine gute Kooperation zwischen Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Apotheke und den Vertretern klinischer Fachabteilungen (ABS-Beauftragte) ist notwendig, dafür soll sich das Team eine Geschäftsordnung geben (A).

Bedeutung für die Praxis:

- ABS-Programme sollen klinikweit durchgeführt werden, dazu notwendig ist ein multidisziplinäres Team mit der Kompetenz zur interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Infektiologen in Konsilientätigkeit verbessern klinische Behandlungsergebnisse von Infektionspatienten und sichern Verordnungsqualität.
- Fachapotheker für Klinische Pharmazie/Krankenhausapotheker verbessern die Verordnungsqualität (z.B. Dosierung, Darreichungsform, Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkung) antinfektiver Therapien.
- Mikrobiologen unterstützen eine hochwertige Infektionsmedizin, indem sie die Qualität der mikrobiologischen Diagnostik und Präanalytik sichern und Kulturergebnisse fachkompetent bewerten und übermitteln.
- Mindestens 0,5 Vollzeitstellen pro 250 Betten sind im Rahmen einer Vielzahl von ABS-Programmen als notwendige Personalressource beschrieben und zur Durchführung dieser Programme kosteneffektiv.

1.2. Verfügbarkeit von Daten zu Infektionserregern, Resistenz und Antiinfektivaverbrauch

1.2.1. Infektionserreger und Resistenz

Daten zu wichtigen Infektionserregern und Resistenz sollen mindestens 1x jährlich für das gesamte Krankenhaus sowie separat für Normal- und Intensivstation, gegebenenfalls fachabteilungsbezogen verfügbar und einsehbar sein. Die Darstellung soll für Erstisolate nach Erregern und nach Art des Untersuchungsmaterials, z.B. Blut, Urin, Varia erfolgen. Kulturergebnisse aus Screeninguntersuchungen sind separat darzustellen. Resistenzraten sollen einen Hinweis auf die Zahl der getesteten Isolate haben. Infektionsraten sollen konsistent auf einen Nenner (z.B. Patiententage und/oder Fallzahlen) bezogen sein. Es wird die Teilnahme an etablierten Surveillance-Systemen empfohlen (A).

Bedeutung für die Praxis:

- Hilfreich ist die zusätzliche Durchführung einer Materialanalyse (z.B. Anzahl Blutkultursets pro Patient oder 1000 Patiententage, Anzahl Urinkulturen pro Patient, Anzahl Katheterurine, etc.) auch hinsichtlich der Materialqualität bis hin zu Positivitäts-/Kontaminationsraten (z.B. Blutkulturen).
- Es ist zu überlegen und muss im Team abgestimmt werden, ob Resistenzraten einzelner krankheitsrelevanter Erreger nur auf hausinterne relevante Substanzen beschränkt wird.
- Das Infektionsschutzgesetz (Meldung, Dokumentation) ist verpflichtend.

HABS-LL 2013 [2013-12-15]

6



QZ 7: Antibiotic Stewardship

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>5) Antibiotika-Surveillance: Die teilnehmende Klinik führt für den Zeitraum von drei Monaten in einem Bereich mit hoher Antibiotika-Anwendungsrate eine schriftliche Antibiotika-Surveillance anhand der mitgelieferten Check-Liste durch. Dabei müssen Angaben zu folgenden Kriterien gemacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indikation für die geplante Antibiose• Lokalisation der Infektion• Klinik• Geplante Antibiose (Antibiotikum, Dosis, vorgesehene Therapiedauer) <p>Die teilnehmende Klinik führt die Erhebung und die Evaluation der Erfassungsbögen selbständig aus. Die Evaluationsergebnisse werden mit der Station diskutiert und ggf. notwendige Maßnahmen geplant.</p>

7. Qualitätsziel: Implementierung eines Antibiotic Stewardships

Ziel: Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

1) Verbrauchsanalyse:

- a) Resistenzstatistik: 0,5 QP
- b) Berechnung der ddd: 0,5 QP
- c) Präsentation der Daten: 0,5 QP
- d) Interpretation der Daten und Erarbeiten von Konsequenzen: 0,5 QP

7. Qualitätsziel: Implementierung eines Antibiotic Stewardships

Punkteaufteilung:

- 2) Peri-operative Antibiotikaprophylaxe:
 - a) Verfahrensanweisung: max. 2 QP
- 3) Aufbau von Wissensstrukturen: 1 QP
- 4) Bildung eines klinikeigenen ABS-Teams:
 - a) Mandat und Deputat durch die Krankenhausleitung: 0,6 QP
 - b) Infektiologe (intern/extern): 0,6 QP
 - c) Fachapotheker: 0,6 QP
 - d) Facharzt für Mikrobiologie: 0,6 QP
 - e) ABS-beauftragter Arzt/Ärztin: 0,6 QP
- 5) Antibiotika-Surveillance: 2 QP

7. Qualitätsziel: Implementierung eines Antibiotic Stewardships

Prüfkriterien:

- Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres
- Berechnung der DDD
- Präsentation der Daten
- Dateninterpretation
- Verfahrensanweisung peri-operative Antibiotikaprophylaxe
- Teilnehmerliste ärztliche Fortbildung
- ABS-Team
- Antibiotika-Surveillance-Bogen

7. Qualitätsziel: Implementierung eines Antibiotic Stewardships

Erstellungshilfen/Literatur:

Unter der Option „Erstellungshilfen“ finden Sie zu diesem Punkt auf der euPrevent-Homepage einen Antibiotika-Surveillance-Bogen. Die AWMF-Leitlinie zur peri-operativen Antibiotikaprophylaxe sowie die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG) finden Sie unter der Option „Literatur“.



8. Qualitätsziel:

*Patientensicherheit durch Hausinterne Audits
zur Standardhygiene*

QZ 8: Patientensicherheit durch hausinterne Audits zur Standardhygiene

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>Die Hygienebeauftragten (Arzt und/oder Pflegende) der teilnehmenden Klinik führen anhand des mitgelieferten Auditprotokolls oder eines vergleichbaren hausinternen Dokumentes auf je einer Station pro Fachabteilung ein hausinternes Hygiene-Audit durch. Das Audit erhebt dabei Daten zu folgenden Themengebieten:</p> <p>Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hygieneplan• Reinigungs- und Desinfektionspläne <p>Personalhygiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• Persönliches Erscheinungsbild• Dienstkleidung• Schutzausrüstung• Handpflegemittel <p>Standardhygiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• Händehygiene• Persönliche Schutzausrüstung• Handhabung von Medizinprodukten

QZ 8: Patientensicherheit durch hausinterne Audits

Verstetigung	Neues Kriterium
	<ul style="list-style-type: none">• Reinigung/Desinfektion der Patientenumgebung• Handhabung kontaminierter Bettwäsche• Sichere Injektions- und Infusionstechnik <p>Umgebungshygiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• Allgemeine Anforderungen an Bau & Einrichtung• Wasser und Sanitär• Hausreinigung• Aufbereitungseinrichtungen• Mobiles Inventar / Pflegeutensilien / Medizinprodukte• Sterilgutlagerung• Abfälle• Frischwäsche <p>Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arzneimittel• Lebensmittel <p>Vorhandene Mängel werden auf dem Protokoll dokumentiert und Interventionsmaßnahmen geplant und fristgerecht umgesetzt. Die Ergebnisse des Audits werden der Station widergespiegelt und dort diskutiert.</p>

8. Qualitätsziel: Patientensicherheit durch Hausinterne Audits zur Standardhygiene

Ziel: Ausbau der Sicherheitskultur innerhalb der Klinik durch Optimierung der Standardhygienemaßnahmen.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- Organisation: 2 QP
- Personalhygiene: 2 QP
- Standardhygiene: 2 QP
- Umgebungshygiene: 2 QP
- Hygiene im Umgang mit
- Arznei- und Lebensmitteln: 2 QP

8. Qualitätsziel: Patientensicherheit durch Hausinterne Audits zur Standardhygiene

Prüfkriterien:

Vorlage des Hygiene-Audit-Bogens.

Erstellungshilfe:

Unter der Option „Erstellungshilfen“ finden Sie zu diesem Punkt auf der euPrevent-Homepage einen Audit-Bogen. Sollten die Kliniken eigene Bögen haben, welche die gleichen Kriterien beinhalten, können diese hauseigenen genutzt werden.

QZ 8: Patientensicherheit durch hausinterne Audits

Logo der Institution		Hausinternes Hygiene-Audit Stationsbereich	 EURSAFETY HEALTH-NET	Seite 1 von 13
----------------------	---	--	--	----------------

Datum: _____ Bereich: _____ Durchführende Hygienebeauftragte: _____

Punkt	Vorgabe	Ist-Zustand	Maßnahmen	Datum (Frist)
0 Organisation				
Grundsätzliches	Wissen die Mitarbeiter wo der Hygieneplan hinterlegt ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Kennen die Mitarbeiter die wesentlichen Inhalte des Hygieneplans?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Haben die Mitarbeiter Probleme mit der Umsetzung des Hygieneplanes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Sind die dort enthaltenen Vorgaben nach Auskunft der Mitarbeiter vollständig und fachgerecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
0.A Hygieneplan	Der Hygieneplan ist in aktueller Version ausgedruckt oder in digitaler Form auf dem PC vor Ort verfügbar.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Die Kenntnisnahme wurde von allen Mitarbeitern bestätigt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
0.B Reinigungs- und Desinfektionspläne	In den Funktionsräumen hängt ein laminierter Reinigungs- und Desinfektionsplan gut sichtbar aus.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Die in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen genannten Mittel sind vor Ort verfügbar.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



9. Qualitätsziel:

*Patientensicherheit durch
Prozessqualität „Verbandwechsel“*

QZ 9: Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“

Verstetigung	Neues Kriterium
	<p>Die teilnehmende Klinik führt jeweils eine Prozessbegleitung in jeder Fachabteilung im Rahmen eines Verbandwechsels durch. Die Überprüfung erfolgt anhand der mitgelieferten Checkliste durch das vor Ort tätige Hygienepersonal. Die Checkliste orientiert sich größtenteils an der von der Aktion Saubere Hände vorgegebenen Schrittigkeit. Beurteilt werden folgende Phasen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vorbereitung2. Händedesinfektion und Handschuhe3. Abwerfen und Händedesinfektion4. Reinigung/Desinfektion5. Neuer Verband/Händedesinfektion <p>Sollten Fehler bei der Durchführung des Verbandwechsels in gehäufte Form auftreten, so ist eine Personalschulung anhand der mitgelieferten Fortbildungsmaterialien der Aktion Saubere Hände durchzuführen.</p> <p>Zur Unterstützung des Personals soll das mitgelieferte Poster der Aktion Saubere Hände „Verbandwechsel – Einmal ist kein mal“ auf allen Station ausgehängt werden.</p>

9. Qualitätsziel: Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“

Ziel: Gewährleistung der Patientensicherheit durch Überprüfung der Prozessqualität beim Verbandwechsel.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) Durchführung der Prozessbegleitung: 8 QP
- 2) Aufhängen des Posters der Aktion „Saubere Hände“:
2 QP

9. Qualitätsziel: Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“

Prüfkriterien:

- Vorlage der Checklisten
- Aufgehängte Poster

Erstellungshilfe:

Unter der Option „Erstellungshilfen“ finden Sie zu diesem Punkt auf der euPrevent-Homepage eine Checkliste zum Verbandwechsel. Unter diesem Link: <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/aktionstag-2016/> finden Sie auf der Seite der Aktion „Saubere Hände“ das gewünschte Poster.

QZ 9: Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“





Crossing the borders
in health policy

WWW.EUPREVENT.EU

Checkliste QZ 9: Verbandwechsel

Schritt 1: Vorbereitung Ja Nein

Arzt/Pflegender hat die notwendigen Patienteninformationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des/der Patienten/-in Diagnose(n) Art des Verbandes Zustand der Wunde		
Benötigte Arbeitsmaterialien sind vollständig vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ist über den bevorstehenden Verbandwechsel aufgeklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wischdesinfektion der Arbeitsfläche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwurf ist bereitgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient/-in ist adäquat gelagert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenbett ist für eine rückschonende Arbeitsweise vorbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu Schritt 1:

Schritt 2: Händedesinfektion und Handschuhe

Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen der keimarmen Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernen des alten Verbandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Crossing the borders
in health policy

WWW.EUPREVENT.EU

Anmerkungen zu Schritt 2:

Schritt 3: Abwerfen und Händedesinfektion

Ablegen der Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwurf des alten Verbandes und der Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begutachtung der Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu Schritt 3:

Schritt 4: Reinigung/Desinfektion

Anlegen der sterilen Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-Touch-Technik: sterile Pinzette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu Schritt 4:



10. Qualitätsziel:

Patient-Empowerment

QZ 10: Patient Empowerment

Verstetigung	Neues Kriterium
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="991 339 1814 675">1) Aktionstag „Hand in Hand“: Die teilnehmende Klinik führt einmal jährlich einen Aktionstag zur Kampagne der Aktion Saubere Hände „Hand in Hand“ durch. Im Rahmen der Kampagne werden die auf der Homepage der Aktion Saubere Hände angebotenen Materialien (Poster, Sticker etc.) genutzt. Der Aktionstag zielt mit seinen Aktionen auf die Beteiligung und Aufklärung der Patienten/-innen ab.<li data-bbox="991 718 1814 1210">2) Patientenfragebogen Krankenhaushygiene: Die teilnehmende Klinik führt auf allen Stationen eine freiwillige Befragung der Patienten/-innen zur Umsetzung der Standard-Hygienemaßnahmen durch. Die Befragung erfolgt anonym anhand des vom Landeszentrum für Gesundheit NRW und dem Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelten Fragebogens. Die Auswertung der Befragung wird dokumentiert und aus den Ergebnissen werden ggf. Konsequenzen, wie beispielsweise gezielte Fortbildungsmaßnahmen, abgeleitet.

10. Qualitätsziel: Patient-Empowerment

Ziel: Die teilnehmende Klinik unterstützt die Patientenpartizipation.

Punktevergabe: Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt **10 QP**.

Punkteaufteilung:

- 1) Aktions-Tag „Hand in Hand“: 5 QP
- 2) Patientenfragebogen Krankenhaushygiene: 5 QP

Prüfkriterien:

- Aktions-Tag
- Patientenfragebogen

QZ 10: Patient Empowerment

AKTION SAUBERE HÄNDE

HAND IN HAND

FÜR IHRE SICHERHEIT



Design by www.vonspreer.com

www.aktion-sauberehaende.de



QZ 10: Patient Empowerment

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, folgenden Fragebogen auszufüllen.

Durch das Einhalten von Hygieneregeln kann der Verbreitung von Krankheitserregern entgegengewirkt werden. Mit dieser Befragung möchten wir unsere Hygienemaßnahmen kontinuierlich überprüfen und ggf. verbessern, damit Sie bei uns eine bestmögliche Versorgung erhalten. Die Befragung nimmt ca. 5 min Ihrer Zeit in Anspruch.

Die Angaben zu Ihrer Person werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Eine Teilnahme ist freiwillig. Über Ihre Unterstützung würden wir uns sehr freuen. Vielen Dank.

Geschlecht: männlich weiblich Alter: _____ Datum: _____
Dauer des Stationsaufenthalts: _____ Fachabteilung: _____

- 1 Wurden Sie über Hygieneregeln (z.B. Händedesinfektion) aufgeklärt? ja nein
- 2 Fühlen Sie sich ausreichend über Hygieneregeln aufgeklärt? ja nein, weil: _____
- 3 Hatten Sie die Möglichkeit, sich selbst die Hände zu desinfizieren?
Im Zimmerbereich ja nein teilweise
Im öffentlichen Bereich der Klinik ja nein teilweise
- 4 Wie oft haben Sie sich die Hände desinfiziert?
Im Zimmerbereich häufig selten nie, weil: _____
Im öffentlichen Bereich der Klinik häufig selten nie, weil: _____
- 5 Hat das Personal Ringe und/oder Uhren/Armbänder getragen?
Ärztinnen / Ärzte ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Pflegepersonal ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Physiotherapeuten ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Andere: _____ ja überwiegend ja überwiegend nein nein
- 6 Gab es Personal mit langen und/oder künstlichen Fingernägeln und/oder Nagellack?
Ärztinnen / Ärzte ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Pflegepersonal ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Physiotherapeuten ja überwiegend ja überwiegend nein nein
Andere: _____ ja überwiegend ja überwiegend nein nein
- 7 Haben Sie gesehen, dass sich das Personal vor einer Tätigkeit an Ihnen die Hände desinfiziert hat (z.B. Handschlag, Verbandswechsel, Gabe von Spritzen)? häufig selten nie
- 8 Haben Sie gesehen, dass sich das Personal nach einer Tätigkeit an Ihnen die Hände desinfiziert hat? häufig selten nie
- 9 Haben Sie gesehen, dass Ärzte/Ärztinnen das Stethoskop vor der Benutzung desinfiziert haben? häufig selten nie
- 10 Wurden Sie im Falle einer Isolierung, darüber aufgeklärt? Nicht isoliert
a) Warum dies erforderlich war ja nein
b) Wie sie sich verhalten sollen (bzgl. Hygiene, Besucherinnen / Besucher etc.) ja nein

11 Platz für weitere Anmerkungen:

© Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), modifiziert nach Kramer et al., Universität Greifswald
Stand: 12.05.2014

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Pressemitteilung

08.05.2014 | Gesundheit: Ministerin Steffens: Bei Verbesserung der Krankenhaushygiene und des Infektionsschutzes darf es keinen Stillstand geben – Experten begrüßen klare Positionierung

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen teilt mit:

Bei Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und der Infektionsprävention nimmt Nordrhein-Westfalen bundesweit eine Vorreiterrolle ein. Zu dieser Bewertung kommt die Initiative Infektionsschutz, ein Zusammenschluss von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen mit Sitz in Berlin. „Bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene und des Infektionsschutzes darf es aber keinen Stillstand geben“, erklärte Gesundheitsministerin Barbara Steffens heute (08.05.2014) in Düsseldorf. „Wir müssen das gestiegene Bewusstsein für die Bedeutung der Hygiene noch weiter stärken. Und zwar sowohl bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch innerhalb der gesamten Bevölkerung“, so Steffens weiter.

Die Ministerin stellte in Düsseldorf die Maßnahmen des Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und der Infektionsprävention vor. Dabei wurde sie von den renommierten Experten Professor Martin Exner, Direktor des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn, Professor Georg Peters, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie der Universität Münster, und Professor Martin Mielke, Leiter der Abteilung Infektionskrankheiten am Robert Koch-Institut, unterstützt.

