

euPrevent-Projektlinie

Infektionsprävention

Drittes Qualitätssiegel für Krankenhäuser



euPREVENT | EMR

crossing the borders in health policy

2016



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

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

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes Qualitätsziel werden zwischen x und x Qualitätspunkte (QP) vergeben. Insgesamt können gemäß der nachfolgenden Tabelle bis zu 100 QP vergeben werden:

| 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 |



Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 70% der Gesamtpunkte (d.h. 70 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/der Infektionsprävention und der Sicherheitskultur/Patientensicherheit sowie Vertiefung der Netzwerkarbeit

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Aufbau von Wissensstrukturen:

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:

- Hygiene und Infektionsschutz,
 - Sicherheitskultur/Patientensicherheit
- teil.

Max. 4 QP, 2 QP pro Veranstaltung

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:

- Intranet
- Hausinterne Mitteilungen

**QZ Erläuterung**

- Mitarbeiterzeitung
- Hausinterne Fortbildungen

Max. 3 QP

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.

Max. 3 QP, 1 QP pro Veranstaltung



QZ Erläuterung

2 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: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Personelle Ressourcen

- a) Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen schriftlichen Nachweis über die Einbindung von Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegende) in die Organisationsstruktur. Dieser Nachweis klärt, wo sie in der Organisationsstruktur verortet sind, welche Aufgaben und Befugnisse sie haben und welches Zeitkontingent ihnen zur Verfügung gestellt wird.
- b) Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen schriftlichen Nachweis über die tatsächlich umgesetzten Aufgaben der Hygienebeauftragten (Ärzte und Pflegende). Aus dem Nachweis geht hervor, welche Aktivitäten sie konkret umgesetzt haben und wie/wo sie dies kommuniziert haben.

Max. 7 QP

**QZ Erläuterung****2) Innerbetriebliche Fortbildungen**

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 bzw. 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).

**QZ Erläuterung****3 Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen**

Ziel: Planung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen auf der Basis der im zweiten Krankenhaussiegel (QZ 2) durchgeführten Standortbestimmung

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:**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.

Maximale Punktzahl: 4 QP



QZ Erläuterung

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:

- 1) Die Ergebnisse der Surveillance werden den betreffenden Bereichen zurückgemeldet und mit ihnen diskutiert (2 QP)
- 2) Es erfolgt ggf. eine Planung von Interventionen mit dem Ziel einer Verbesserung der Präventionsmaßnahmen (2 QP)
- 3) Nach Umsetzung der Interventionen erfolgt eine Evaluation dieser Maßnahmen über die weitere Infektionssurveillance (2 QP)

Maximale Punktzahl: 6 QP



QZ Erläuterung

4 Patienten- und risikobereichorientiertes 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.

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das teilnehmende Krankenhaus führt eine Re-Evaluation der Risikoanalyse unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte durch:

- a) Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MREs (2 QP)
- b) Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren (2 QP)
- c) Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele (2 QP)
- d) Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen als Ergänzung der Standardhygiene (2 QP)
- e) Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs (1 QP)
- f) Kriterienkatalog zur Typisierung von ausgewählten MREs (1 QP)



QZ Erläuterung

5 Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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 (5 QP) und MRGN (5 QP).

Dabei werden folgende drei Teilbereiche abgefragt:

- Isolierungsmaßnahmen
- Sonstige Hygienemaßnahmen
- Gesamteindruck

**QZ Erläuterung****6 Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA**

Ziel: Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses zwecks euregionaler Datenauswertung

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

Die teilnehmende Klinik erfasst jährlich die Daten über die mitgelieferten Erfassungstabellen und übermittelt diese an das jeweils zuständige Gesundheitsamt.

Der ÖGD-Report MRGN (5 QP) enthält folgende Parameter:

1. Stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum
2. Stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum
3. Anzahl der 3MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste)
4. Anzahl der 4MRGN Fälle (Anzahl Fälle in Fallliste)

Der ÖGD-Report MRSA (5 QP) enthält folgende Parameter:

1. Stationäre Fälle gesamt pro Erfassungszeitraum
2. Stationäre Falltage gesamt pro Erfassungszeitraum
3. Anzahl der Nasenabstriche pro Erfassungszeitraum
4. Anzahl aller S. aureus aus Blutkulturen
5. Anzahl der importierten MRSA-Fälle
6. Anzahl nosokomialer MRSA-Fälle

Der ÖGD Report wird vom koordinierenden Gesundheitsamt an den



QZ Erläuterung

zuständigen Auditor übermittelt. Die Daten werden von der Stiftung euPrevent EMR mit den Daten aus den Niederlanden und Belgien zusammengeführt und anonym aufbereitet. Die aufbereiteten Daten werden allen Kliniken sowie der Öffentlichkeit auf der euPrevent Homepage zur Verfügung gestellt.

**QZ Erläuterung****7 Implementierung eines Antibiotic Stewardships**

Ziel: Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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).

1. Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik. (0,5 QP)
2. Berechnung der ddd (defined daily dosis) pro 1000 Patiententage für mind. drei Antibiotikagruppen (Vancomycin, Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolon, 3. Gen. Cephalosporin, Carbapenem) (0,5 QP)
3. Präsentation der Daten vor der Hygienekommission /

**QZ Erläuterung**

Arzneimittelkommission. (0,5 QP)

4. Interpretation der Daten und Erarbeiten von Konsequenzen durch die Hygienekommission/Arzneimittelkommission. (0,5 QP)

Max. 2 QP

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:

- Begriffsdefinition
- Kontaminationsklassen
- Risikofaktoren (patienteneigene und chirurgische Faktoren)
- Indikationen
- Durchführung und Dauer
- Antibiotika-Auswahl

Max. 2 QP

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.

Max. 1 QP

**QZ Erläuterung****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“.

Max. 3 QP**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:

- Indikation für die geplante Antibiose
- Lokalisation der Infektion



QZ Erläuterung

- Klinik
- Geplante Antibiose (Antibiotikum, Dosis, vorgesehene Therapiedauer)

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.

Max. 2 QP



QZ Erläuterung

8 Patientensicherheit durch Hausinterne Audits zur Standardhygiene

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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:

Organisation (2 QP):

- Hygieneplan
- Reinigungs- und Desinfektionspläne

Personalhygiene (2 QP):

- Persönliches Erscheinungsbild
- Dienstkleidung
- Schutzausrüstung
- Handpflegemittel

Standardhygiene (2 QP):

- Händehygiene

**QZ Erläuterung**

- Persönliche Schutzausrüstung
- Handhabung von Medizinprodukten
- Reinigung/Desinfektion der Patientenumgebung
- Handhabung kontaminierter Bettwäsche
- Sichere Injektions- und Infusionstechnik

Umgebungshygiene (2 QP):

- Allgemeine Anforderungen an Bau & Einrichtung
- Wasser und Sanitär
- Hausreinigung
- Aufbereitungseinrichtungen
- Mobiles Inventar / Pflegeutensilien / Medizinprodukte
- Sterilgutlagerung
- Abfälle
- Frischwäsche

Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln (2 QP):

- Arzneimittel
- Lebensmittel

Vorhandene Mängel werden auf dem Protokoll dokumentiert und Interventionsmaßnahmen geplant und fristgerecht umgesetzt. Die Ergebnisse des Audits werden der Station widergespiegelt und dort diskutiert.

**QZ Erläuterung****9 Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“**

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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 Sauber Hände vorgegebenen Schrittigkeit. Beurteilt werden folgende Phasen:

1. Vorbereitung
2. Händedesinfektion und Handschuhe
3. Abwerfen und Händedesinfektion
4. Reinigung/Desinfektion
5. Neuer Verband/Händedesinfektion

Sollten Fehler bei der Durchführung des Verbandwechsels in gehäufte Form auftreten, so ist eine Personalschulung anhand der mitgelieferten Fortbildungsmaterialien der Aktion Saubere Hände durchzuführen.

Max. 8 QP

Zur Unterstützung des Personals soll das mitgelieferte Poster der Aktion



QZ Erläuterung

Saubere Hände „Verbandwechsel – Einmal ist kein mal“ auf allen Station ausgehängt werden.

Max. 2 QP



QZ Erläuterung

10 Patient-Empowerment

Ziel: Die teilnehmende Klinik unterstützt die Patientenpartizipation

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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.

Max. 5 QP

2) Patientenfragebogen Krankenhaushygiene:

Die teilnehmende Klinik führt auf allen Stationen eine 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.

Max. 5 QP