

# euPrevent-Projektlinie

## Infektionsprävention

Erstes Qualitätssiegel für psychiatrische  
Einrichtungen



**eUPREVENT | EMR**

crossing the borders in health policy

2016



## euPrevent Qualitäts- und Transparenzsiegel für psychiatrische Einrichtungen

Das erste Qualitätssiegel für psychiatrische Einrichtungen der euregionalen Stiftung euPrevent EMR wird für 3 Jahre (vom xx.xx.201X bis xx.xx.201X) verliehen.

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes Qualitätsziel werden 10 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	Einrichtung einer Hygienekommission	10 QP
3	Strukturqualität: Personelle Ressourcen	10 QP
4	Risikoanalyse und -bewertung	10 QP
5	Patientensicherheit durch Standardhygienemaßnahmen	10 QP
6	Patientensicherheit durch Hausinterne Hygiene-Audits	10 QP
7	Verfahrensanweisung „Ausbruchsmanagement“	10 QP
8	Verfahrensanweisung „Reinigung und Desinfektion“	10 QP
9	Innerbetriebliches Wissensmanagement	10 QP
10	Informations- und Entlassungsmanagement	10 QP
<b>Gesamtpunktzahl:</b>		<b>100 QP</b>

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 60 % der Gesamtpunkte (d.h. 60 QP) erreicht werden. In jedem QZ müssen Punkte erworben werden.



## QZ Erläuterung

**1 Netzwerkarbeit und Wissensmanagement**

**Ziel:** Aufbau und Aktualisierung von Wissensstrukturen zu Themen des Infektionsschutzes und der Infektionsprävention sowie aktive Teilnahme an der Netzwerkarbeit

**Durchführung und Überprüfung:**

**Beitritt zu einem MRE-Netzwerk:** Die teilnehmende Institution nimmt an einem bestehenden MRE-Netzwerk teil und ist dort registriert.

**Netzwerkarbeit:** In regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch zweimal jährlich, laden die Gesundheitsämter/Netzwerkverantwortlichen alle psychiatrischen Einrichtungen des Netzwerkes zu den so genannten Runden Tischen bzw. Netzwerktreffen ein. Bei Anwesenheit mindestens eines Teilnehmers pro psychiatrische Einrichtung (Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter Arzt, Hygienebeauftragte Pflegekraft) werden 5 Punkte vergeben. Die Überprüfung erfolgt durch die Vorlage der Anwesenheitslisten.

**Wissensmanagement:** Die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte Mitarbeiter (insbesondere Hygienebeauftragte in der Pflege) der teilnehmenden psychiatrischen Einrichtung nehmen mindestens 1x jährlich an einer Fortbildungsveranstaltung zu den möglichen Themen:

- Standard-Hygienemaßnahmen,
- Multiresistente Erreger,
- Sicherheitskultur/Patientensicherheit

teil. Für die Teilnahme erhält die jeweilige Einrichtung 5 QP.



## QZ Erläuterung

**2 Einrichtung einer Hygienekommission**

**Ziel:** Beratung der Geschäftsführung in Hygienefragen, Diskussion aktueller Hygienethemen

**Durchführung und Überprüfung:**

- Die teilnehmende Einrichtung installiert eine Hygienekommission oder ein vergleichbares Gremium (2,5 QP), die sich eine Geschäftsordnung (GO) gibt, die als Mindestanforderung die Inhalte der beigefügten Muster-GO enthält (2,5 QP). Das Gremium tagt mind. zweimal im Jahr und fertigt von jeder Sitzung Protokolle an (2,5 QP).
- Die jeweilige Einrichtung hat Kommunikationsstrukturen eingerichtet, die den Informationsfluss zwischen der Hygienekommission und den Mitarbeitern/-innen (2,5 QP) ermöglicht. Der Nachweis erfolgt über:
  - Vorlage einer Verfahrensanweisung bzw. Standard Operating Procedure (SOP) zu den Kommunikationsstrukturen
  - Vorlage von Beispielen für die Informationsweiterleitung:
    - Mitteilungen/Berichte im IntraNet
    - Interne Hausmitteilungen
    - Briefe von der Hygienekommission bzw. an die Hygienekommission



## QZ Erläuterung

**3 Strukturqualität: Personelle Ressourcen**

**Ziel:** Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention in psychiatrischen Einrichtungen

**Durchführung und Überprüfung:**

Die teilnehmende psychiatrische Einrichtung verpflichtet sich im Rahmen der Sicherung von Strukturqualität, eine ausreichende Zahl von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten bereit zu stellen. Dazu zählt auch die regelmäßige Einberufung der Hygienekommission.

Je 2 QP wird vergeben für:

1. Schriftliche Fixierung der Organisationsstruktur für das Hygienemanagement in der Einrichtung, unter Einbezug aller beteiligten Bereiche und der darin verantwortlichen Mitarbeiter.
2. Externe(r) / interne(r) Krankenhaushygieniker/in: Festlegung der Aufgaben, Stellung und Befugnisse.
3. Hygienebeauftragte Ärzte / Ärztinnen: Festlegung der Qualifikation, Aufgaben, Rahmenbedingungen (z.B. Weiterbildung, Nachweis von Fortbildungen). Die Bedarfsermittlung orientiert sich nach Möglichkeit an der KRINKO-Empfehlung.
4. Hygienefachkräfte: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmen-



bedingungen (z.B. Weiterbildung, Nachweis von Fortbildungen). Die Bedarfsermittlung orientiert sich nach Möglichkeit an der KRINKO-Empfehlung.

5. Hygienebeauftragte in der Pflege: Festlegung der Aufgaben, Befugnisse, Rahmenbedingungen (z.B. Weiterbildung). Die Bedarfsermittlung orientiert sich nach Möglichkeit an der KRINKO-Empfehlung.



## QZ Erläuterung

**4 Risikoanalyse und –bewertung**

**Ziel:** Zur Identifizierung von Risikobereichen und Risikosituationen im Hinblick auf die Übertragung von MREs führt die teilnehmende Institution eine Risikoanalyse und –bewertung durch.

**Durchführung und Überprüfung:**

Die teilnehmende Einrichtung führt eine Risikoanalyse und –bewertung unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte durch.

- a)** Identifikation von Risiko-Situationen, Risiko-Patienten und Risiko-Bereichen für die Übertragung von MREs  
Erreichbare Punktzahl: 2,5 QP
- b)** Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren  
Erreichbare Punktzahl: 2,5 QP
- c)** Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele  
Erreichbare Punktzahl: 2,5 QP
- d)** Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen als Ergänzung der Standardhygiene  
Erreichbare Punktzahl: 2,5 QP

**QZ Erläuterung****5 Patientensicherheit durch Standardhygienemaßnahmen**

**Ziel:** Angemessene Anwendung von erregerspezifischen Hygienemaßnahmen und Umsetzung der Standardhygienemaßnahmen

**Durchführung und Überprüfung:**

Nachweis erfolgt über die Vorlage der schriftlichen Verfahrensanweisung zu:

1. Standardhygienemaßnahmen, insbesondere zur hygienischen Händedesinfektion (4 QP).
2. erregerspezifischen Hygienemaßnahmen. Die Verfahrensanweisung sollte für **mindestens** folgende Erreger vorliegen (4 QP):
  - MRSA (inkl. Verfahrensanweisung zur Dekolonisierung)/MRE
  - Skabies/Läuse/Parasiten
  - Virale Gastroenteritiden
  - Clostridien

Die Verfahrensanweisung darf dabei nicht älter als vier Jahre sein (2 QP).



**QZ Erläuterung****6 Patientensicherheit durch Hausinterne Hygiene-Audits**

**Ziel:** Die teilnehmende Institution führt einmal jährlich eine hausinterne Auditierung zum Thema Standardhygiene und ggf. Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung durch.

**Durchführung und Überprüfung:**

Anhand der beigefügten oder einer vergleichbaren, hausinternen Checkliste führen die Hygienebeauftragten MitarbeiterInnen eine hausinterne Begehung zum Thema Standardhygiene inkl. baulicher Gegebenheiten und Lebensmittelhygiene durch (7 QP). Sollten bestimmte Punkte mit NEIN beantwortet werden, müssen entsprechende Maßnahmen zur Änderung geplant und umgesetzt werden. Diese Maßnahmen sind (unter Angabe einer Frist zur Erfüllung) ebenfalls in der Checkliste zu dokumentieren. Das Audit, die Ergebnisse und Maßnahmen sollen Bestandteil der Agenda einer Hygienekommissions-Sitzung sein. (3 QP)



QZ	Erläuterung
7	<p data-bbox="277 465 922 504"><b>Verfahrensweisung „Ausbruchsmanagement“</b></p> <p data-bbox="277 546 336 580"><b>Ziel:</b></p> <p data-bbox="277 663 711 701"><b>Durchführung und Überprüfung:</b></p> <ul data-bbox="328 781 1406 1052" style="list-style-type: none"><li>• Nachweis erfolgt über die Vorlage der schriftlichen Verfahrensweisung zum Ausbruchsmanagement, die an das jeweilige Haus angepasst sein muss (2 QP). Wichtig ist vor allem die Festlegung eines Ausbruchteams und Benennung der Ansprechpartner und ihrer Entscheidungskompetenzen (inkl. der aktuellen Kontaktdaten) (2 QP).</li></ul> <p data-bbox="373 1133 1326 1171">Die Verfahrensweisung darf dabei nicht älter als vier Jahre sein (2 QP).</p> <ul data-bbox="328 1252 1398 1928" style="list-style-type: none"><li>• Die teilnehmende Einrichtung stellt in angemessener Anzahl sog. Notfallsets bzw. –koffer zur Verfügung (4 QP). Diese müssen folgende Bestandteile enthalten:<ul data-bbox="424 1487 1398 1928" style="list-style-type: none"><li>○ viruzides Händedesinfektionsmittel</li><li>○ viruzides bzw. sporizides Flächendesinfektionsmittel</li><li>○ Untersuchungshandschuhe (Material: Nitril)</li><li>○ Einwegkittel</li><li>○ Mundschutz</li><li>○ ggf. Dienstanweisung Ausbruchsmanagement und Erhebungsbögen</li><li>○ Sperrschilder für Türen („Besucher bitte vor Betreten im Dienstzimmer melden“)</li></ul></li></ul>

**QZ Erläuterung****8 Verfahrensweisung „Reinigung und Desinfektion“**

**Ziel:** Nachweis einer aktuellen Verfahrensweisung „Reinigung und Desinfektion“

**Durchführung und Überprüfung:**

- **Durchführung:** Für den Nachweis einer aktuellen Verfahrensweisung „Reinigung und Desinfektion“ sind maximal 6 QP erreichbar (4 QP für das Vorhandensein einer Verfahrensweisung, weitere 2 QP für Aktualität, d. h. die Verfahrensweisung darf nicht älter als 4 Jahre sein).
- Die Verfahrensweisung ist Teil des Hygieneplans. Sie muss die folgenden Kriterien beinhalten (4 QP):
  - Reinigungs- und/oder Desinfektionsbereich;
  - Wann wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
  - Womit wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt (nur zugelassene, d.h. VAH-/RKI-gelistete Produkte);
  - Konzentration/Einwirkzeit/Zubereitungsweise;
  - Wie wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
  - Von wem wird die Reinigung und/oder Desinfektion durchgeführt;
  - Wer überzeugt sich vom ordnungsgemäßen Umsetzen der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen und in welchen zeitlichen Abständen;
  - Wer kontrolliert die verwendeten Putzmittel und andere Putzutensilien.

**QZ Erläuterung****9 Innerbetriebliches Wissensmanagement**

**Ziel:** Aktualisierung der Wissensbestände der MitarbeiterInnen der teilnehmenden Einrichtung

**Durchführung und Überprüfung:**

**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 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) über die im Haus geltenden Hygienerichtlinien und Verfahrensanweisungen informiert werden.

Insgesamt können 10 QP durch Fortbildungsveranstaltungen erreicht werden (2,5 QP pro Veranstaltung).



**QZ Erläuterung**

**10 Informations- und Entlassungsmanagement**

**Ziel:** Die Mitarbeiter/-innen der teilnehmenden Institution und der weiterbehandelnden Einrichtungen sind nach Entlassung des Patienten über deren MRE-Status informiert und können daraus adäquate Maßnahmen ableiten

**Durchführung und Überprüfung:**

- 1) Die teilnehmende Einrichtung hat ein digitales oder analoges Informationssystem, welches den Mitarbeitern/-innen Auskunft über den jeweiligen MRE-Status der Patienten gibt (5 QP).
  
- 2) Die teilnehmende Einrichtung hat ein schriftlich fixiertes Entlassungsmanagement (z.B. ein Überleitungsbogen), welches auch Auskunft über den jeweiligen MRE-Status gibt (5 QP).