

Anforderungen an das Qualitätssiegel euPrevent MRSA EMR

Erläuterung zu den Qualitätszielen des Euregio-Projektes euPrevent MRSA zur Erlangung des Qualitätssiegels für Akut-Krankenhäuser

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes Qualitätsziel werden zwischen 3 und 6 Qualitätspunkte (QP) vergeben. Insgesamt können gemäß folgender Tabelle bis zu 42 QP vergeben werden:

QZ	Beschreibung	Maximale QP
1	Teilnahme an den euPrevent MRSA Qualitätsverbundveranstaltungen	3
2	Erfassung epidemiologischer Daten	6
3	Runder Tisch Gesundheitsämter Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE	3
4	Patienten- und risikobereichorientiertes Screening	3
5	Erfassung von Risikofaktoren / Spa-Typisierung	3
6	Umsetzung der nationalen Hygieneempfehlungen	3
7	Übergabe von Informationen bei Entlassung / Verlegung	3
8	Präventionsmaßnahmen „Händehygiene“	6
9	Implementierung eines Antibiotikamanagements	6
10	Sicherstellung der Strukturqualität	6
		42

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 50% der Gesamtpunkte (d.h. 21 QP) erreicht werden. Dabei muss mindestens 1 QP für jedes QZ erfüllt werden.

Erläuterung der Qualitätsziele und der Vergabe der QP

QZ Erläuterung

1 Teilnahme an euPrevent MRSA Qualitätsverbund-veranstaltungen

Ziel: Schulungen zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

- **Durchführung: Max 3 QP.** In regelmäßigen Abständen laden das Koordinationszentrum in Aachen und Maastricht alle Krankenhäuser im Einzugsbereich des Projektes euPrevent MRSA zu sogenannten Qualitätsverbundveranstaltungen ein. Diese betreffen das EurSafety Health-net Projekt oder werden im Rahmen von Qualitätszirkeln zu aktuellen Themen der Infektionsprävention, -diagnostik und -therapie oder im Rahmen von Kursen für hygienebeauftragte Ärzte gemäß RKI-Empfehlung bzw. nationalen Empfehlungen durchgeführt. Die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte Mitarbeiter des teilnehmenden Krankenhauses nehmen mindestens 1x jährlich an einer dieser Veranstaltungen teil. (0,5 Punkte pro Veranstaltung)

Zusätzlich werden innerbetriebliche Schulungen von Mitarbeitern hinsichtlich MRE (MRSA, ESBL, VRE etc.) anerkannt. Für jede krankenhauserinterne Fortbildung, die sich schwerpunktmäßig mit dem Thema MRSA-Prävention, dem Antibiotikamanagement oder Hygienemaßnahmen im Krankenhaus beschäftigt, werden 0,5 Punkte vergeben. Als Dokumentation sollen Veranstaltungsnachweise etwa in Form von Unterschriftenlisten / Anwesenheitskontrolle vorgelegt werden.

Insgesamt können 3 QP durch Fortbildungsveranstaltungen erreicht werden.

2 Erfassung epidemiologischer Daten

Ziel: Datenerfassung und -austausch zur Darstellung der Netzwerkstrukturen

- **Durchführung: Max 6 QP.** Das Krankenhaus nimmt kontinuierlich an einem System zur Surveillance nosokomialer Infektionen teil, das die Möglichkeit eines Benchmarkings mit externen Referenzdaten erlaubt (z.B. KISS). Im Rahmen der Surveillance ist in mindestens einem Risikobereich (z.B. Chirurgische Abteilung oder Intensivstation) mindestens eine Indikator-Operation oder eine Device-assoziierte Infektion zu erfassen.

QP werden vergeben für:

Erfassung mindestens <u>einer</u> nosokomialen Infektion nach IfSG, z.B. beatmungsassoziierte Pneumonie	2 Punkte
Erfassung von MRSA-Patienten	2 Punkte
Durchführung MGEPA-Schreibens v. 30.1.2011 modifiziert	
Analyse und Präsentation der Daten vor der Hygienekommission des eigenen Krankenhauses	2 Punkte

3 Runder Tisch Gesundheitsämter

Teilnahme am kommunalen Netzwerk MRSA / MRE

Ziel: Netzwerk-Bildung. Treffen mit anderen Einrichtungen des Netzwerks und Diskussion; Moderation durch die Gesundheitsämter.

- **Durchführung: Max. 3 QP.** Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen / "MRSA-Tischen" mit dem jeweiligen Gesundheitsamt und den Netzwerkteilnehmern (je 1 Punkt pro Veranstaltungsteilnahme): In regelmäßigen Abständen laden die Koordinatoren an den Gesundheitsämtern alle Krankenhäuser des Netzwerkes zu den so genannten Runden Tischen ein. Sie können das Projekt betreffen oder im Rahmen von Qualitätszirkeln zu Antibiotikatherapie, Diagnostik oder von Kursen für Hygienebeauftragte Ärzte gemäß RKI-Richtlinie stattfinden. An diesen Veranstaltungen nehmen meist die Hygienebeauftragten Ärzte oder Hygienefachkräfte der jeweiligen Krankenhäuser teil. Bei Anwesenheit mindestens eines Teilnehmers pro Krankenhaus (Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter Arzt) wird ein Punkt vergeben. Dokumentation durch Anwesenheitsliste.
Es werden alle bisher durchgeführten Netzwerkveranstaltungen anerkannt.

4 **Patienten- und risikobereichorientiertes Screening**

Ziel: Einschätzung der Prävalenz von MRSA.

- **Durchführung: Max. 3 QP** Im Rahmen des Projektes wird ein MRSA Eingangsscreening mindestens für fünf Tage durchgeführt. Dabei müssen **alle** stationär aufgenommenen Patienten des teilnehmenden Krankenhauses bei Aufnahme mittels eines Nasenabstrichs gescreent werden (mögliche Ausnahmen: Neugeborene, Kinder und ggf. psychiatrische Stationen), d.h. ein Screening wird nicht nur in Risikobereichen (z.B. Intensivstationen) bzw. bei Risikopatienten durchgeführt.

QP werden vergeben für:

- 1.) Zusage zur Teilnahme am Screening (Schriftliche Einverständniserklärung liegt vor) **und** Beginn des Screenings (1QP)
- 2.) Vorlage eines Hygienekommissionsbeschlusses in dem das MRSA Screening konkret geregelt ist (1QP).
- 3.) Durchführung des Screenings. Der QP ist zu vergeben, wenn das Screening eine Woche durchgeführt wurde. (1QP)
Falls ein Haus entsprechende Massnahmen (Screening, Festlegung von Risikobereichen und Risikopatienten) bereits im Vorfeld festgelegt und durchgeführt hat, wird dies anerkannt.

5 **Erfassung von Risikofaktoren/Spa-Typisierung**

Ziel: Erkennung von typischen MRSA-Risikopatienten. Einschätzung des notwendigen Screening-Umfangs.

- **Durchführung: Max. 3 QP.** Je ein QP wird vergeben für:
 1. Dem Standard der aktuellen Empfehlung des Robert-Koch Instituts zum MRSA Screening (Fassung Oktober 2008) entsprechend werden parallel zum MRSA-Screening (s. QZ 4) mindestens für fünf Tage bei allen stationär aufgenommenen Patienten des teilnehmenden Krankenhauses bei Aufnahme MRSA-Risikofaktoren erfasst. Ein entsprechender Erfassungsbogen wird zur Verfügung gestellt (1 QP).
 2. Auswertung der Risikofaktoren in Kombination mit den Ergebnissen des Screenings (QZ 4): Festlegung von Risikobereichen bzw. krankenhausspezifischen Risikopatienten. Die Ergebnisse werden über die Gesundheitsämter elektronisch in zuvor festgelegter standardisierter Form innerhalb einer zuvor bestimmten zeitlichen Frist komplett vorgelegt (1QP).
 3. Zusätzlich werden während des 5-tägigen Erfassungszeitraums auch alle MRSA - positiven Liquor- und Blutkulturisolate spa-typisiert. (Durchführung der spa-Typisierung und Kostenübernahme für spa-Typisierung: Prof. Friedrich, Groningen). Typisierungsergebnisse werden über die Gesundheitsämter dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin (IHU) vorgelegt. Wenn im Erfassungszeitraum keine Patienten mit MRSA-positiven Blutkulturen (Abgleich mit Meldedaten) im Krankenhaus betreut wurden, kann der QP trotzdem vergeben werden (1QP).

6 Umsetzung nationaler Hygieneempfehlungen

- **Ziel:** Bewertung der Umsetzung von Empfehlungen zur MRSA Prävention des Robert-Koch Instituts oder nationaler Empfehlung bezügl. Isolationsmaßnahmen, Barrieremaßnahmen etc.
- **Durchführung: Max. 3 QP.** Bewertung durch ein am Projekt teilnehmendes Gesundheitsamt (nicht jedoch das lokal zuständige), wie bei Begehungen persönlich in Augenschein genommen. Dazu werden standardisierte Checklisten vom Gesundheitsamt ausgefüllt, die als Grundlage für die Bewertung dienen. Je ein QP wird vergeben für:
 - 1.) Isolationsmaßnahmen (Räumlich-funktionelle Anforderungen gemäß Punkt 3 der RKI-Empfehlung): Einzelzimmerisolation von Patienten mit MRSA-Nachweis, ggf. Kohortenisolierung. Vorliegen und Umsetzung eines Isolierungsprotokolls (1 QP).
 - 2.) Sonstige Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus gemäß Punkte 4,5,6,7 der RKI-Empfehlung (z.B. Kittelpflege, Mund-/Nasenschutz, Handschuhe, desinfizierende Maßnahmen, Abfallentsorgung, Transport, Frühwarnsystem...) (1 QP).
 - 3.) Gesamtbeurteilung des Gesundheitsamtes hinsichtlich folgender Fragen (1 QP):
 - a. Werden die Hygienemaßnahmen wie im Hygieneplan festgelegt praktiziert?
 - b. Sind MRSA-Hygienepläne auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar?
 - c. Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert?
 - d. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?
 - e. Waren anlassbezogene Interventionen im Zusammenhang mit dem MRSA-Management des Krankenhauses notwendig?
 - f. War die Zusammenarbeit konstruktiv?

7 Übergabe von Informationen bei Entlassung / Verlegung

Ziel: Weiterbehandlung von MRSA Patienten nach Krankenhausentlassung.

Durchführung: Max 3 QP. Es soll sichergestellt werden, dass die Information, dass ein Patient im Krankenhaus MRSA positiv getestet wurde, dem weiterbehandelnden Arzt / die weiterbehandelnde Einrichtung mitgeteilt wird. Dazu wird vom Netzwerk ein Übergabebogen zur Verfügung gestellt. Das Krankenhaus bestätigt schriftlich, dass dieser Übergabebogen genutzt wird (1 QP); bei den Begehungen ist der Bogen auf mindestens zwei stichprobenartig ausgewählten Bettenstationen verfügbar (2 QP).

8 Präventionsmaßnahmen „Händehygiene“

Ziel: Verbesserung der Compliance bei der Händehygiene

- **Durchführung: Max 6 QP.** Die Häuser stellen zur Durchführung einer adäquaten Händehygiene ausreichende Möglichkeiten zur Händedesinfektion zur Verfügung. Ergänzend sind die jährlichen Verbrauchsdaten klinik-/abteilungsbezogen an Desinfektionsmittel pro 1.000 Patiententage zu analysieren und zu bewerten.

Folgende QP werden vergeben:

- 1.) Erfassung und Bewertung (z.B. über das Modul Hand-KISS bzw. Vergleich mit Hand-KISS) des Händedesinfektionsmittelverbrauches (L / 1000 Patiententage) (2 QP).
- 2.) Datenpräsentation auf Stationen und / oder Hygienekommission (1 QP).
- 3.) Durchführung eines Aktionstages zur Händehygiene (1 QP).
- 4.) Ausstattung der Patientenzimmer mit ausreichenden Händedesinfektionsmittel-Spendern (max. 2 QP):

pro 2-Bett-Zimmer Minimum	1 Spender	(1QP)
pro 3-4-Bett-Zimmer Minimum	2 Spender	(1QP)

9 Implementierung eines Antibiotikamanagements

Ziel: Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus

- **Durchführung: Max 6 QP.**

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.

Folgende QP werden vergeben:

1. Vorlegen der Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres und Interpretation der Statistik (1 QP).
2. Berechnung der ddd (defined daily dosis) pro 1000 Patiententage (Vancomycin, Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolon, 3. Gen. Cephalosporin, Carbapenem) (2 QP).
3. Erstellen von Therapieleitlinien für die wichtigsten Indikationen (2 QP).
4. Präsentation der Daten vor der Hygienekommission / Arzneimittelkommission (1 QP).

10 **Sicherstellung der Strukturqualität**

Ziel: Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus
Grundlage für Deutschland: Krankenhaushygieneverordnung NRW 2010:
Empfehlung der KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ 2009.

- **Durchführung: Max. 6 QP.**

Das teilnehmende Krankenhaus 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 ein QP wird vergeben für:

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

Das Qualitätssiegel von EurSafety Health-net EMR wird für 2 Jahre verliehen und kann auf Antrag nach erneuter Überprüfung verlängert werden.