



Drittes euPrevent- Qualitätssiegel für Krankenhäuser

Ein Leitfaden für Auditoren/-innen



2017

Sehr geehrte Auditorin, sehr geehrter Auditor,

das dritte euPrevent Qualitätssiegel für Krankenhäuser ist nun fertiggestellt und kann mit Ihrer Hilfe umgesetzt werden. Wir dürfen uns an dieser Stelle nochmals ausdrücklich für Ihr Engagement und Ihre Bereitschaft bedanken, das Audit-Verfahren in dieser Weise zu unterstützen.

Das hier vorgestellte dritte Krankenhaussiegel wurde in bewährter Art und Weise von den Mitarbeitern/-innen der Uniklinik RWTH Aachen, der Stiftung euPrevent EMR und den Mitgliedern des euPrevent-MRE-Netzwerkes erstellt. Eine besondere Herausforderung stellte dabei die inhaltliche Angleichung an das EQS 2/3 des EurSafety Health-net Projektes dar. Vereinbarungsgemäß werden die Siegel ab dieser dritten Stufe unter Wahrung der unterschiedlichen regionalen Anforderungen inhaltlich übereinstimmen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur angestrebten Harmonisierung der Vorgehensweisen im Infektionsschutz entlang der gesamten Grenzregion Rhein/Maas.

Ein großer Dank geht auch an die beteiligten Kliniken, die durch ihr Engagement im Rahmen des Siegelerwerbs und der aktiven Teilnahme an unserem MRE-Netzwerk verdeutlichen, dass ihnen die Sicherheit ihrer Patienten/-innen und die Optimierung der Struktur-, Versorgungs- und Ergebnisqualität ein zentrales Anliegen ist.

Der vorliegende Leitfaden für Auditoren/-innen soll Sie im Auditverfahren unterstützen, indem wir Ihnen Checklisten und wichtige Informationen an die Hand geben.

Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff
Vorstandsvorsitzender der Stiftung
euPrevent EMR

Karl-Heinz Grimm
Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin



Allgemeine Hinweise zum Audit-Verfahren

Qualitätsziele

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert:

| 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 |

Gültigkeitsdauer des Siegels

- Das dritte Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent-EMR wird für drei Jahre verliehen.
- Gültigkeitszeitraum: 01.07.2017 bis 30.06.2020.
- Das Siegel kann auf Antrag und nach erneuter Prüfung verlängert werden. Die Kriterien für eine Verlängerung stehen noch nicht fest.

Qualitätspunkte – Mindestpunktzahl

- Insgesamt können gemäß der nachfolgenden Tabelle bis zu 100 QP vergeben werden.
- 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.

Punkteverteilung

Unter diesem Punkt findet man konkrete Angaben zur Punkteverteilung an den Stellen, wo eine Differenzierung vorgesehen ist.

Wer darf das Audit-Verfahren durchführen?

Die Auditierung muss durch einen Arzt / eine Ärztin des ÖGD geschehen, der / die regelmäßig Begehungen nach §23 Abs.6 IfSG vornimmt. Der Auditor/die Auditorin kann durch geeignete Mitarbeiter begleitet werden.

Zuständigkeit der Auditoren/-innen

Die Auditoren dürfen nicht aus dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt stammen.

Den Auditoren werden Krankenhäuser zugeteilt, mit denen sie den Termin zur Auditierung abstimmen. Die Unterlagen werden den Auditoren nach Absprache direkt zugestellt. Sie können alternativ auch an Herrn Karl-Heinz Grimm (Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, 4. Etage, Gang D, Raum 22, UK Aachen, Pauwelstr. 30, 52074 Aachen) geschickt werden.

KISS-Module und vergleichbare Erfassungssysteme

Die Teilnahme an KISS-Modulen in den einzelnen QZ kann durch das jeweilige Zertifikat der Teilnahme belegt werden. Daten müssen nicht vorgelegt werden. Bei hausinternen Erfassungssystemen ist der Nachweis des Vorhandenseins eines solchen Instrumentes individuell in Kooperation mit dem Haus zu erbringen. Die Einschätzung des Auditors wird anerkannt. Die Erfassungssysteme müssen zum Zeitpunkt der Auditierung implementiert sein.

Erstellungshilfen

Alle Erstellungshilfen sind als Unterstützung gedacht, die nicht zwingend benutzt werden müssen, wenn es im Hause andere Bögen usw. gibt. Ein Großteil der Erstellungshilfen liegt in einer Online-Version vor, d.h., sie können am PC direkt ausgefüllt werden.

Schlichtungsverfahren

Kommt es bei einer Auditierung zu nicht klärbaren Differenzen zwischen dem Auditor und dem Haus, sollte dies Herrn Karl-Heinz Grimm (E-Mail: kgrimm@ukaachen.de, Tel.: 0241-80 88520) mitgeteilt werden. Die strittigen Fragen werden dann einem Schlichtergremium vorgelegt.

| QZ 1 – Netzwerkarbeit und Wissensmanagement | | 10 QP |
|--|--------------------------|--------------|
| 1) Aufbau von Wissensstrukturen | | 7 QP |
| Veranstaltung 1: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Veranstaltung 2: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Strukturen zum Wissenstransfer | <input type="checkbox"/> | 3 QP |
| 2) Vertiefung der Netzwerkarbeit | | 3 QP |
| Veranstaltung 1: | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Veranstaltung 2: | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Veranstaltung 3: | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 1 | | QP |

Anmerkungen zu QZ 1

Zielsetzung

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

Prüfkriterien

- 1) Aufbau von Wissensstrukturen ⇒ Vorlage der Teilnehmerlisten bzw. der Teilnahmebescheinigungen der externen Veranstaltungen ⇒ Nachweis der Strukturen zum Wissenstransfer
- 2) Vertiefung der Netzwerkarbeit ⇒ Vorlage der Anwesenheitslisten

Zielgruppen

Aufbau von Wissensstrukturen ⇒ Hygienebeauftragte Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte, ggf. interessierte Mitarbeiter/-innen (z.B. Hygienebeauftragte in der Pflege)

Vertiefung der Netzwerkarbeit ⇒ Hygienebeauftragte Ärzte/-innen, Hygienefachkräfte

Zeitraum

Anerkannt werden alle Veranstaltungen **ab Juni 2016**.

| QZ 2 – Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement | | 10 QP |
|---|--------------------------|--------------|
| Personelle Ressourcen | | |
| a) Nachweis über die Einbindung | <input type="checkbox"/> | 3 QP |
| b) Nachweis über die Aufgaben | <input type="checkbox"/> | 3 QP |
| c) Vorlage eines Einarbeitungskonzeptes | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Veranstaltung 1 | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Veranstaltung 2 | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Veranstaltung 3 | <input type="checkbox"/> | 1 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 2 | | QP |

Anmerkungen zu QZ 2

Zielsetzung

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.

Prüfkriterien

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

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.

| QZ 3 – Surveillance epidemiologischer Daten: Interventionsmaßnahmen | | 10 QP |
|--|--------------------------|--------------|
| Surveillance | | |
| a) Device-assoziierte Infektionen | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| b) Postoperative Wundinfektionen | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Rückmeldung an die betreffenden Bereiche | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Planung von Interventionen | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Evaluation der Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 3 | | QP |

Anmerkungen zu QZ 3

Zielsetzung

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

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
- Falls es keine Interventionsmaßnahme gab, muss ersichtlich sein, dass dies z.B. in der Hygienekommission diskutiert/kommuniziert wurde.

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.

Erfassungsart

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

| QZ 4 – Patienten- und risikobereich-orientiertes Screening und Typisierung ausgewählter MREs: Re-Evaluation der Risikoanalyse | 10 QP |
|--|-------------------------------|
| Identifikation von Risiko-Situationen und Risiko-Bereichen | <input type="checkbox"/> 2 QP |
| Risikoanalyse unter Benennung der die Gefährdung erhöhenden bzw. senkenden Faktoren | <input type="checkbox"/> 2 QP |
| Risikobewertung im Hinblick auf die definierten Schutzziele | <input type="checkbox"/> 2 QP |
| Zuordnung der risikoadaptierten Präventivmaßnahmen | <input type="checkbox"/> 2 QP |
| Bestimmung des notwendigen Screening-Umfangs | <input type="checkbox"/> 1 QP |
| Kriterienkatalog zur Typisierung von ausgewählten MREs | <input type="checkbox"/> 1 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 4 | QP |

Anmerkungen zu QZ 4

Zielsetzung

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

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

| QZ 5 – Umsetzung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA/MRGN | 10 QP |
|--|-------------------------------|
| Hygienemanagement zu MRSA | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| Hygienemanagement zu MRGN | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 5 | QP |

Anmerkungen zu QZ 5

Zielsetzung

Überprüfung der 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). Diese Listen können nach individueller Maßgabe der Auditoren/-innen eingesetzt werden und dienen als Unterstützung des Audit-Prozesses. Die Verwendung dieser Dokumente verdeutlicht nochmals das gemeinsame Bestreben, die Inhalte der Qualitätssiegel einander anzugleichen und somit die Vorgehensweisen in allen fünf beteiligten Euregios auf dem Gebiet des Infektionsschutzes zu harmonisieren.

| QZ 6 – Datenaustausch ÖGD-Report MRGN/MRSA | 10 QP |
|---|-------------------------------|
| ÖGD-Report MRGN | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| ÖGD-Report MRSA | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 6 | QP |

Anmerkungen zu QZ 6

Zielsetzung

Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses zwecks euregionaler Datenauswertung.

Prüfkriterien

Übermittlung der Daten. Anm.: Das Vorhandensein der Daten wird unabhängig davon gewertet, wohin diese geschickt worden sind.

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 7 – Implementierung eines Antibiotic Stewardships

10 QP

1) Verbrauchsanalyse:

- | | |
|---|---------------------------------|
| a) Resistenzstatistik | <input type="checkbox"/> 0,5 QP |
| b) Berechnung der ddd | <input type="checkbox"/> 0,5 QP |
| c) Präsentation der Daten | <input type="checkbox"/> 0,5 QP |
| d) Interpretation der Daten und Erarbeiten von Konsequenzen | <input type="checkbox"/> 0,5 QP |

2) Peri-operative Antibiotikaprohylaxe:

Verfahrensanweisung 2 QP

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

3) Aufbau von Wissensstrukturen:

Veranstaltung 1 1 QP

4) Bildung eines klinikeigenen ABS-Teams:

- | | |
|--|---------------------------------|
| a) Mandat und Deputat durch die Krankenhausleitung | <input type="checkbox"/> 0,6 QP |
| b) Infektiologe (intern/extern) | <input type="checkbox"/> 0,6 QP |
| c) Fachapotheker | <input type="checkbox"/> 0,6 QP |
| d) Facharzt für Mikrobiologie | <input type="checkbox"/> 0,6 QP |
| e) ABS-beauftragter Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> 0,6 QP |

5) Antibiotika-Surveillance: 2 QP

Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 7

QP

Anmerkungen zu QZ 7

Zielsetzung

Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus.

Prüfkriterien

- Resistenzstatistik des vorangegangenen Jahres
- Berechnung der DDD
- Präsentation der Daten
- Dateninterpretation
- Verfahrensanweisung peri-operative Antibiotikaprophylaxe
- Teilnehmerliste ärztliche Fortbildung
- ABS-Team (Anm.: Im ABS-Team werden auch externe Personen akzeptiert [ggfs. mit nicht voller Punktezahl]).
- Antibiotika-Surveillance-Bogen

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“.

| QZ 8 – Patientensicherheit durch Hausinterne Audits zur Standardhygiene | | 10 QP |
|--|--------------------------|--------------|
| Organisation: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Personalhygiene: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Standardhygiene: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Umgebungshygiene: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln: | <input type="checkbox"/> | 2 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 8 | | QP |

Anmerkungen zu QZ 8

Zielsetzung

Ausbau der Sicherheitskultur innerhalb der Klinik durch Optimierung der Standardhygienemaßnahmen.

Prüfkriterien

Vorlage des Hygiene-Audit-Bogens.

| QZ 9 – Patientensicherheit durch Prozessqualität „Verbandwechsel“ | 10 QP |
|--|-------------------------------|
| Durchführung der Prozessbegleitung | <input type="checkbox"/> 8 QP |
| Aufhängen des Posters der Aktion „Saubere Hände“ | <input type="checkbox"/> 2 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 9 | QP |

Anmerkungen zu QZ 9

Zielsetzung

Gewährleistung der Patientensicherheit durch Überprüfung der Prozessqualität beim Verbandwechsel.

Prüfkriterien

- Vorlage der Checklisten
- Aufgehängte Poster

Erstellungshilfe/Literatur

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 10 – Patient-Empowerment | 10 QP |
|---|-------------------------------|
| Aktions-Tag „Hand in Hand“: | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| Patientenfragebogen Krankenhaushygiene: | <input type="checkbox"/> 5 QP |
| Erreichte Gesamtpunktzahl QZ 10 | QP |

Anmerkungen zu QZ 10

Zielsetzung

Die teilnehmende Klinik unterstützt die Patientenpartizipation.

Prüfkriterien

- Aktions-Tag
- Patientenfragebogen

Erreichte Gesamtpunktzahl

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

Ort, Datum _____

Auditor

Vertreter des Hauses

Für das teilnehmende Krankenhaus

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

Ort, Datum _____

Auditor

Vertreter des Hauses