

euPrevent-Projektlinie

Infektionsprävention

Viertes Qualitätssiegel für Krankenhäuser



euPREVENT | EMR

crossing the borders in health policy

2019



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

Das vierte Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent-EMR wird für drei Jahre (vom 01.07.2020 bis 30.06.2023) verliehen.

Es werden im Folgenden 9 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes Qualitätsziel werden zwischen 5 und 15 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	15 QP
3	Surveillance	10 QP
4	Antibiotic Stewardship	15 QP
5	Standardhygiene	10 QP
6	Patientenpartizipation - Influenzaprävention	5 QP
7	Impfschutz	10 QP
8	Patientensicherheit durch Prozessqualität „MRE-End-of-Life Care“	15 QP
9	Überleitungs- und Entlassungsmanagement	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. 2 QP, 1 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:**

- a)** 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 2017 stattgefundenen Runden Tische bzw. Netzwerktreffen.

Max. 3 QP, 1 QP pro Veranstaltung

- b)** Zur Förderung der euregionalen Netzwerkarbeit nimmt das teilnehmende Krankenhaus mind. einmal an einer Visitation in einem Krankenhaus in den Niederlanden oder Belgien innerhalb des Zeitraums bis Juni 2020 teil. Eine Visitation eines Nachbarkrankenhauses in einem anderen Kreis auf deutscher Seite wird ebenfalls, jedoch mit einer geringeren Punktzahl bewertet.

Max. 2 QP



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: 15 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 (2 QP).
- 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 (2 QP).

**QZ Erläuterung**

- c) Das teilnehmende Krankenhaus hat ein Konzept für die nächsten 5 Jahre bez. der infektiologischen Versorgung. Als optimal gilt hier die Einbindung eines Infektiologen (3 QP).

Max. 7 QP**2) Hygiene-Kommission**

Das Gremium tagt zweimal im Jahr und fertigt von jeder Sitzung Protokolle an. Die jeweilige Einrichtung hat Kommunikationsstrukturen eingerichtet, die den Informationsfluss zwischen der Hygienekommission und den Mitarbeitern/-innen ermöglicht.

Max. 2 QP**3) Innerbetriebliche Fortbildungen**

- a) Für verschiedene Berufsgruppen (Ärzte und Pflegepersonal und mind. eine weitere (z.B. Reinigungskräfte, Therapeuten, Psychologen, Krankenhaushilfe, Hol- und Bringdienst) muss mind. einmal jährlich eine interne 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 (3 QP).



QZ Erläuterung

- b)** Das teilnehmende Krankenhaus führt nach den Fortbildungen Audits auf den Stationen durch, um die Umsetzung der in den Fortbildungen vermittelten Inhalte zu überprüfen und ggf. den Nachschulungsbedarf zu ermitteln (3 QP).

Max. 6 QP

**QZ Erläuterung****3 Surveillance**

Ziel: Planung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen der auf der Basis der erhobenen Daten 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.

Max. 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:

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

Max. 6 QP



QZ Erläuterung

4 Antibiotic Stewardship

Ziel: Optimierung des Antibiotika-Einsatzes im Krankenhaus.

Maximale Punktzahl: 15 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das teilnehmende Krankenhaus setzt die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ um.

Voraussetzungen:

Das teilnehmende Krankenhaus verfügt über Teams von ABS-Experten und Daten zu Infektionserregern, Resistenz und Antiinfektivaverbrauch. (4 QP)

ABS-Kernstrategien:

- Anwendung lokaler Behandlungsleitlinien/-pfade, Antiinfektiva-Hauslisten sowie spezieller Sonderrezept-, Freigaberegungen bzw. Anwendungsbeschränkungen (2 QP)
- Gestaltung und Umsetzung von Fortbildung, Schulung und Information (2 QP)
- Durchführung proaktiver Antiinfektiva-Verordnungsanalysen bzw. Antiinfektiva-Visiten (2 QP)



QZ Erläuterung

- Qualitätsindikatoren (2 QP)

Ergänzende ABS-Strategien (3 QP):

- De-eskalation
- Therapiedauer
- Oralisierung
- Dosisoptimierung
- Substanzwechsel
- Spezielle Regeln bei der Mitteilung mikrobiologischer Befunde
- Spezielle Regeln für das Management von Patienten mit multiresistenten Erregern und *C. difficile*
- Computergestützte Informationstechnologie

Max. 15 QP

**QZ Erläuterung****5 Standardhygiene**

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1. 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 (3 QP). Das Audit erhebt dabei Daten zu folgenden Themengebieten:

Organisation:

- Hygieneplan
- Reinigungs- und Desinfektionspläne

Personalhygiene:

- Persönliches Erscheinungsbild
- Dienstkleidung
- Schutzausrüstung
- Handpflegemittel

Standardhygiene:

- Händehygiene
- Persönliche Schutzausrüstung



QZ Erläuterung

Handhabung von Medizinprodukten

- Reinigung/Desinfektion der Patientenumgebung
- Handhabung kontaminierter Bettwäsche
- Isolationsmaßnahmen
- Sichere Injektions- und Infusionstechnik

Umgebungshygiene:

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

Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln:

- Arzneimittel
- Lebensmittel

2. Vorhandene Mängel werden auf dem Protokoll dokumentiert und Interventionsmaßnahmen geplant und fristgerecht umgesetzt. Die Ergebnisse des Audits werden der Station wider gespiegelt und dort diskutiert (2 QP).

3. Compliance Händehygiene:

Verbrauchsbestimmung auf Abteilungs- oder Stationsebene.



QZ Erläuterung

Rückmeldung an Abteilung/Station und ggf. Planung von Maßnahmen (3 QP).

4. Erstellen eines Verbesserungsplans unter Berücksichtigung eines Vergleichs mit der Auswertung des vorhergehenden Audits (2 QP).

Max. 10 QP

**QZ Erläuterung****6 Patientenpartizipation - Influenzaprävention**

Ziel: Patienten/-innen sind über Influenza und deren Risiken sowie Verhaltensmaßnahmen informiert, wodurch ggf. die Impfakzeptanz erhöht wird.

Maximale Punktzahl: 5 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das teilnehmende Krankenhaus stellt Patienten/-innen Informationsmaterial bez. der Influenza zur Verfügung.

Dies kann in Form von Flyern, Broschüren oder Informationsblättern geschehen, wie sie beispielsweise von der Bundesanstalt für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Umsetzung des euregionalen Bündel-Konzeptes, welches den teilnehmenden Krankenhäusern unter der Option „Erstellungshilfen“ zur Verfügung gestellt wird.

Max. 5 QP



QZ Erläuterung

7 Impfschutz

Ziel: Die Impfakzeptanz und die Impfquote bez. Influenza bei den professionell Tätigen im Krankenhaus werden erhöht.

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das teilnehmende Krankenhaus weist nach, dass es ein Konzept zur Steigerung der Impfakzeptanz und der Impfquote bez. Influenza unter den Beschäftigten vorhält.

Zu den wissenschaftlich fundierten Maßnahmen zählen hierbei:

Individuelle Kommunikation: Gesprächsangebote mit dem Betriebsarzt und einem Gesundheitsbeauftragten, personalisierte E-Mails.

Organisatorische Maßnahmen: Mitarbeitergesundheitstag, Angebot „offene Impfsprechstunde“, Vor-Ort-Impfungen jeweils für Nacht-, Früh- und Spätdienst, Termine für Vor-Ort-Impfungen über E-Mail bekannt geben.

Allgemeine Informationen: Poster, Broschüren.

Max. 10 QP



QZ Erläuterung

8 Patientensicherheit durch Prozessqualität „MRE-End-of-Life Care“

Ziel: Patienten am Lebensende, die mit einem oder mehreren MRE kolonisiert sind, und deren Angehörigen wird ein würdevoller Sozialkontakt unter Einhaltung individuell vereinbarter, angemessener Schutzmaßnahmen ermöglicht.

Maximale Punktzahl: 15 QP

Durchführung und Überprüfung:

Das teilnehmende Krankenhaus hat ein Konzept zum Umgang bez. Sozialkontakten und Isolations- bzw. Schutzmaßnahmen bei Patienten am Lebensende mit MRE.

Das Krankenhaus richtet sich bez. der **sozialen Teilhabe** nach den folgenden, strategischen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.:

1. Multiprofessionelle therapeutische Angebote (z.B. Physio-, Musik- und Kunsttherapie) für Patienten mit MRE zugänglich machen (1,5 QP).
2. Festlegen, unter welchen Bedingungen der Patient das Zimmer verlassen kann (1,5 QP).
3. Den Patienten Kommunikationsmedien im Patientenzimmer zur Verfügung stellen (1,5 QP).

**QZ Erläuterung**

4. Unterscheidung und Erkennen der Teammitglieder und Angehörigen (z.B. durch Schutzausrüstung unterschiedlicher Farbe oder Beschriftung) für Patienten erleichtern (1,5 QP).
5. Soziale Isolation unter Berücksichtigung des Patientenwunsches vermeiden (1,5 QP).
6. Stigmatisierung von Patienten mit MRE durch bessere Aufklärung von (Mit-) Patienten, Angehörigen und Teammitgliedern vermeiden (1,5 QP).

Max. 9 QP

Das Krankenhaus richtet sich bez. der **Isolations- und Schutzmaßnahmen** nach den folgenden, strategischen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.:

1. Im Team festlegen, wer die Entscheidung trifft, welche Schutz- und Isolationsmaßnahmen im Einzelfall angewandt werden (1,5 QP).
2. Entscheidungen über Schutz- und Isolationsmaßnahmen im Einzelfall patienten- und familienorientiert treffen (1,5 QP).
 - Beachten, dass Maßnahmen auf unverzichtbare Schutz- und Isolationsmaßnahmen begrenzt werden.
 - Festlegen, unter welchen Bedingungen Angehörigen die Anwendung der persönlichen Schutzausrüstung freigestellt wird.
 - Vereinbaren, unter welchen Schutz- und Isolationsmaßnahmen der Patient das Patientenzimmer verlassen kann.



QZ Erläuterung

3. Im Team festlegen, von wem und wie die Einzelfallentscheidungen für alle Beteiligten (Patienten, Angehörige, Teammitglieder) transparent gemacht werden (1,5 QP).
4. Alle Beteiligten halten konsequent die beschlossenen Schutz- und Isolationsmaßnahmen und die hygienische Händedesinfektion ein (1,5 QP).

Max. 6 QP



QZ Erläuterung

9 Überleitungs- und Entlassungsmanagement

Ziel: Um einen zügigen, störungsfreien und nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in anschließende Versorgungsstrukturen zu ermöglichen, wird ein Entlassmanagement bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Hygieneempfehlungen:

So wird u.a. auch sichergestellt, dass eine ggf. bereits eingeleitete medikamentöse Infektionsbehandlung fachgerecht fortgesetzt wird. Beim Vorliegen einer Kolonisation werden konkrete Hygieneempfehlungen benannt (2 QP).

2) Indiv. Hilfe- und Unterstützungsbedarf:

In Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten und ggf. dessen oder deren gesetzlichen Vertretern soll der individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf, ggf. anhand von Checklisten und weiteren Instrumenten, ermittelt und in die Wege geleitet werden (2 QP).

3) Beteiligte Berufsgruppen:

Das Entlassmanagement wird zusammen mit allen beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Hierzu zählen neben dem Pflegefachpersonal und dem ärztlichen Dienst vor allem Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten (2 QP).



QZ Erläuterung

4) Entlassungsunterlagen:

Bei der Entlassung erhalten Patienten alle notwendigen Unterlagen, Verordnungen, Bescheinigungen und bei Bedarf auch Medikamente (2 QP).

5) Kontaktdaten für Rückfragen:

Für den Fall, dass bei weiterverhandelndem Arzt oder der weiterbehandelnder Institution noch Fragen bestehen muss auf dem Entlassungsbrief / Überleitungsbogen eine individuelle Telefonnummer stehen, unter der sich Arzt oder Institution informieren kann. Im Idealfall ist zudem ein konkreter Tageszeitpunkt benannt, an dem unter der Nummer ein kompetenter Ansprechpartner erreichbar ist (2 QP).

Max. 10 QP