



euPrevent-Projektlinie Infektionsprävention

Viertes Qualitätssiegel für Krankenhäuser



Erläuterung zu den Qualitätszielen der Projektlinie Infektions-prävention der Stiftung euPrevent-EMR zur Erlangung des Qualitätssiegels für Akut-Krankenhäuser

Das vierte Qualitätssiegel der Stiftung euPrevent wird für drei Jahre (vom 01.01.2024 bis 31.12.2026) verliehen.

Es werden im Folgenden 10 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	PatientInnenpartizipation – Influenza- und COVID-19 Prävention	5 QP
7	Impfschutz	10 QP
8	PatientInnensicherheit durch Prozessqualität „MRE-End-of-Life Care“	10 QP
9	Überleitungs- und Entlassungsmanagement	10 QP
10	Euregionalität	5 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.

1 Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Aufbau von Wissensstrukturen:

- Die hygienebeauftragten ÄrztInnen, die Hygienefachkräfte und ggf. interessierte MitarbeiterInnen (insbesondere Hygienebeauftragte in der Pflege) des teilnehmenden Krankenhauses nehmen zweimal jährlich an einer Fortbildungsveranstaltung zu den Themen:
 - Hygiene und Infektionsschutz,
 - Sicherheitskultur/Patientensicherheitteil.

Max. 2 QP, 1 QP pro Veranstaltung

- Das teilnehmende Krankenhaus besitzt Strukturen, die allen MitarbeiterInnen 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
 - Personalzeitung
 - Hausinterne Fortbildungen

Max. 3 QP

QZ Erläuterung**2) Vertiefung der Netzwerkarbeit:**

- In regelmäßigen Abständen laden die Gesundheitsämter /Netzwerkverantwortlichen alle Krankenhäuser des Netzwerkes zu den Runden Tischen bzw. Netzwerktreffen ein. Bei Anwesenheit mindestens eines teilnehmenden Person pro Krankenhaus (Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter Arzt / Ärztin) 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

- 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 Oktober 2023 teil. Eine Visitation eines Nachbarkrankenhauses in einem anderen Kreis auf deutscher Seite wird ebenfalls, jedoch mit einer geringeren Punktzahl bewertet.

Max. 2 QP

2 Strukturqualität und innerbetriebliches Wissensmanagement

Ziel: Sicherung der notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine effektive Infektionsprävention im Krankenhaus mit ausreichend geschulten MitarbeiterInnen und Aktualisierung der Wissensbestände der MitarbeiterInnen der Einrichtung.

Maximale Punktzahl: 15 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Personelle Ressourcen:

- Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen schriftlichen Nachweis über die Einbindung von Hygienebeauftragten (ÄrztInnen 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).
- Die teilnehmende Einrichtung erbringt einen schriftlichen Nachweis über die tatsächlich umgesetzten Aufgaben der Hygienebeauftragten (ÄrztInnen und Pflegende). Aus dem Nachweis geht hervor, welche Aktivitäten sie konkret umgesetzt haben und wie/wo sie dies kommuniziert haben (2 QP).
- Das teilnehmende Krankenhaus hat ein Konzept für die nächsten 5 Jahre bez. der infektiologischen Versorgung. Als optimal gilt hier die Einbindung eines Infektiologen / einer Infektiologin (3 QP).

Max. 7 QP

QZ Erläuterung**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 MitarbeiterInnen ermöglicht.

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

- Für verschiedene Berufsgruppen (ÄrztInnen und Pflegepersonal und mind. eine weitere wie z.B. Reinigungskräfte, TherapeutInnen, PsychologInnen, 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 MitarbeiterInnen 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).
- 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

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 Erläuterung2) 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:

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

Max. 6 QP

3 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.

1) Voraussetzungen:

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

2) ABS-Kernstrategien:

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

QZ Erläuterung**3) Ergänzende ABS-Strategien (3 QP):**

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

Max. 15 QP

5 Standardhygiene

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

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

- 1) Die Hygienebeauftragten (Arzt / Ärztin 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

QZ Erläuterung

Standardhygiene:

- Händehygiene
- Persönliche Schutzausrüstung

Handhabung von Medizinprodukten

- Reinigung/Desinfektion der PatientInnenumgebung
- 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).

QZ Erläuterung

- 3) Compliance Händehygiene:
Verbrauchsbestimmung auf Abteilungs- oder Stationsebene. 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

6 PatientInnenpartizipation – Influenzaprävention und Prävention von COVID-19

Ziel: PatientInnen sind über Influenza sowie COVID-19 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 und COVID-19 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.

Max. 5 QP

7 Impfschutz

Ziel: Die Impfschutz und die Impfquote bez. Influenza und COVID-19 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 Impfschutz und der Impfquote bez. Influenza und COVID-19 unter den Beschäftigten vorhält.

Zu den wissenschaftlich fundierten Maßnahmen zählen hierbei:

- 1) Individuelle Kommunikation:
Gesprächsangebote mit dem Betriebsarzt / der Betriebsärztin und einem/einer Gesundheitsbeauftragten, personalisierte E-Mails. (4 QP)

- 2) Organisatorische Maßnahmen:
MitarbeiterInnengesundheitstag, Angebot „offene Impfsprechstunde“, Vor-Ort-Impfungen jeweils für Nacht-, Früh- und Spätdienst, Termine für Vor-Ort-Impfungen über E-Mail bekannt geben. (3 QP)

- 3) Allgemeine Informationen:
Poster, Broschüren. (3 QP)

Max. 10 QP

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

Ziel: PatientInnen 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: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

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

1) Soziale Teilhabe

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

- Multiprofessionelle therapeutische Angebote (z.B. Physio-, Musik- und Kunsttherapie) für PatientInnen mit MRE zugänglich machen (1 QP).
- Festlegen, unter welchen Bedingungen der Patient / die Patientin das Zimmer verlassen kann (1 QP).
- Den PatientInnen Kommunikationsmedien im PatientInnenzimmer zur Verfügung stellen (1 QP).
- Unterscheidung und Erkennen der Teammitglieder und Angehörigen (z.B. durch Schutzausrüstung unterschiedlicher Farbe oder Beschriftung) für PatientInnen erleichtern (1 QP).

QZ Erläuterung

- Soziale Isolation unter Berücksichtigung des PatientInnenwunsches vermeiden (1 QP).
- Stigmatisierung von PatientInnen mit MRE durch bessere Aufklärung von (Mit-) PatientInnen, Angehörigen und Teammitgliedern vermeiden (1 QP).

Max. 6 QP2) Isolations- und Schutzmaßnahmen

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

- Im Team festlegen, wer die Entscheidung trifft, welche Schutz- und Isolationsmaßnahmen im Einzelfall angewandt werden (1 QP).
- Entscheidungen über Schutz- und Isolationsmaßnahmen im Einzelfall patienten- und familienorientiert treffen (1 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 / die Patientin das PatientInnenzimmer verlassen kann.
- Im Team festlegen, von wem und wie die Einzelfallentscheidungen für alle Beteiligten (PatientInnen, Angehörige, Teammitglieder) transparent gemacht werden (1 QP).
- Alle Beteiligten halten konsequent die beschlossenen Schutz- und Isolationsmaßnahmen und die hygienische Händedesinfektion ein (1 QP).

Max. 4 QP

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 durchgeführt.

Maximale Punktzahl: 10 QP

Durchführung und Überprüfung:

1) Hygieneempfehlungen:

So wird u.a. 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 ggf. der gesetzlichen Vertretung soll der individuelle 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 PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und ErgotherapeutInnen (2 QP).

4) Entlassungsunterlagen:

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

QZ Erläuterung**5) Kontaktdaten für Rückfragen:**

Für den Fall, dass bei weiterbehandelnden ÄrztInnen oder der weiterbehandelnden Institutionen noch Fragen bestehen muss auf dem Entlassungsbrief / Überleitungsbogen eine individuelle Telefonnummer stehen, unter der sich die ÄrztInnen oder Institutionen informieren können. Im Idealfall ist zudem ein konkreter Tageszeitpunkt benannt, an dem unter der Nummer eine kompetente Ansprechperson erreichbar ist (2 QP).

Max. 10 QP

10 Euregionalität

Ziel: Um BürgerInnen der Euregio -unabhängig von ihrem Wohn- oder Arbeitsort - eine optimale stationäre Versorgung bieten zu können, ist es wichtig, dass die Krankenhäuser in der Region auf die Versorgung von PatientInnen aus den Nachbarländern vorbereitet sind.

Maximale Punktzahl: 5 QP

Durchführung und Überprüfung:

- 1) Sprachauswahl auf Informationsbroschüren und Schildern:
Bereitstellung von Informationsbroschüren / Flyern für PatientInnen und Begleitpersonen in den Sprachen der Nachbarländer (Französisch, Niederländisch) sowie auf Englisch; Signaletik / Informationsschilder in mindestens einer der folgenden Sprachen: Englisch, Französisch, Niederländisch (1 QP).
- 2) Webseite:
Mindestens eine der folgenden Sprachen auf der Website des Krankenhauses: Englisch, Französisch, Niederländisch (1 QP).
- 3) Bereitstellung von Übersetzungsdiensten:
Bei Bedarf kann ein Übersetzungsdienst zur Verfügung gestellt werden. (1 QP).
- 4) Ausländische Kommunikationsmöglichkeiten:

QZ Erläuterung

Möglichkeit der digitalen & telefonischen Kommunikation ins Ausland ist gegeben, sodass PatientInnen mit Angehörigen in Kontakt bleiben können (1 QP).

5) Euregionale Überleitungs- und Entlassmanagements:

Abstimmung des Überleitungs- und Entlassmanagements auf die Gegebenheiten der Gesundheitssysteme der Nachbarländer (e.g. auch für Ausländische weiterbehandelnde ÄrztInnen ansprechbar sein): Erstellen der Entlassbriefe bei Bedarf in der betreffenden euregionalen Sprache (Englisch, Französisch, Niederländisch) (1 QP).

Max. 5 QP