

# Qualitätssiegel „MRSA“ (EQS-1) im Projekt EurSafety Health-net



## INHALTSVERZEICHNIS

<b>Qualitätssiegel „MRSA“ (EQS-1)</b> .....	1
Euregionales Qualitätssiegel (EQS) 1 – MRSA Prävention und Netzwerkbildung.....	3
Übersicht EQS 1 .....	3
Beschreibung des EQS 1 im Detail:.....	4
Anhang.....	9

**ÜBERSICHT EQS 1**

QZ	Beschreibung	Punkte
1	<b>Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen</b>	3
2	<b>Erfassung epidemiologischer Daten</b>	3
3	<b>Innerbetriebliche Schulungen/Fortbildungsveranstaltungen</b>	3
4	<b>Prävalenz- und Eingangsscreening</b>	6
5	<b>Festlegung der Anzahl und Art der hausspezifischen Risikogruppen (RG) und Screening</b>	4
6	<b>Typisierung von ausgewählten MRSA</b>	3
7	<b>Umsetzung der RKI-Richtlinie (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)</b>	6
8	<b>Umsetzung §23 Infektionsschutzgesetz/ gesetzliche Vorgaben (mittels Epi-MRSA Software)</b>	3
9	<b>Übergabe von Informationen bei Entlassung</b>	3
10	<b>Screening von Risikopatienten</b>	6
	Summe	40

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 28 Punkte (70%) erworben werden.

Für jedes Qualitätsziel müssen Punkte erworben werden.

In der Regel ist für die Umsetzung der Kriterien ein Zeitraum von 2 Jahren vorgesehen.

BESCHREIBUNG DES EQS 1 IM DETAIL:

QZ	Beschreibung	Punkte
1	<p><b>Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen</b></p> <p><b>Ziel:</b> Bildung von regionalen Netzwerken, Erfahrungsaustausch der hygieneverantwortlichen Personen mit den Koordinatoren.</p> <p><b>Durchführung:</b>                      Verbundveranstaltungen: Die Moderatoren der regionalen Netzwerke (z.B. Gesundheitsämter) laden zu Veranstaltungen („Runde Tische“) ein. Themen können MRSA, Netzwerkarbeit, Hygiene, Infektionsschutz allgemein, Antibiotikatherapie oder direkt angrenzende Bereiche umfassen. Zudem laden Projektkoordinatoren zu überregionalen Treffen und Veranstaltungen des Projektes EurSafety Health-net ein. Um Punkte zu erreichen muss aus dem Krankenhaus mindestens eine hygienerelevante Person (z.B. Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt, hygienebeauftragte(r) Pflegende(r)) anwesend sein. Für jedes Treffen (regional oder überregional) werden 0,5 Punkte angerechnet, was eine Gesamtveranstaltungszahl von 6 und eine Gesamtpunktzahl von 3 ergibt. Werden in der Region deutsch-niederländische Treffen von hygienebeauftragtem Personal angeboten, so kann dabei <u>ein</u> Treffen als Punktleistung (0,5 P) anerkannt werden.</p> <p><b>Überprüfung:</b> Über die Anwesenheitslisten der Veranstaltungen bzw. Schulungen</p>	3
2	<p><b>Erfassung epidemiologischer Daten</b></p> <p><b>Ziel:</b> Die Grunddaten der teilnehmenden Krankenhäuser sollen von der Projektleitung zwecks Vergleichs in der Region erfasst und anonymisiert ausgewertet werden.</p> <p><b>Durchführung:</b> In Form der Tabelle (Anhang 2.1) werden <b>mindestens einmal</b> bis zur Siegelvergabe die epidemiologischen Daten für das <b>gesamte vergangene vollendete Kalenderjahr</b> erfasst und an die Netzwerk-Moderatoren weitergegeben. 1 Punkt wird für die Übermittlung der Verlegerdaten (aus welchen Krankenhäusern wie viele Patienten ins eigene Haus verlegt wurden, s. Zuverlegertabelle. Diese muss in elektronischer Form als Exceltabelle vorgelegt werden), 1 Punkt für die Kerndaten (Patientenbetten, Patientenzahlen etc.) und 1 Punkt für die fristgerechte Übermittlung (Frist ist durch das Gesundheitsamt zu setzen) der Daten vergeben. Für die Daten stimmen die Krankenhäuser einer Weitergabe an die Projektkoordination in Groningen zu.</p> <p><b>Überprüfung:</b> Über die Angaben, welche von den Krankenhäusern an die Koordinatoren gesendet werden (ausgefüllte Tabellen 2.1 und 2.2 im Anhang)                      Beispiel für Ausfüllen der Zuverlegertabelle 2.2):</p>	3

Jahr (1.1.-31.12.xxxx)	Eigenes Krankenhaus	Zuverlegung aus... (Name Krankenhaus)	Zuverlegung aus... (Ort Krankenhaus)	Anzahl Patienten, die zuverlegt wurden
2013	Musterkrankenhaus	St. Muster-KH	Herne	3
2013	Musterkrankenhaus	St.. Marien KH	Hagen	5

3	<p><b>Durchführung innerbetrieblicher Schulungen</b>  <b>Ziel:</b> Vermittlung von Hygienestandards  <b>Durchführung:</b> Hausinterne Schulungen: Für das Erreichen von 3 QP ist die Dokumentation von mindestens 6 krankenhausinternen Fortbildungen innerhalb von maximal 2 Jahren zu Hygiene-relevanten Themen notwendig. Es werden 0,5 Punkte pro Veranstaltung vergeben (max. 3 QP). Die Dokumentation erfolgt durch Anwesenheitslisten. Inhaltlich müssen sich mindestens 2 Veranstaltungen schwerpunktmäßig mit dem Thema MRSA Prävention beschäftigen (mind. 2x 0,5 = 1 QP zum Erreichen der minimalen Punktzahl); maximal 4 Veranstaltungen zu anderen hygienerlevanten Themen (z.B. Händehygiene, Umsetzung der DART Strategie) können angerechnet werden. Insgesamt muss dokumentiert sein, dass die Veranstaltungsteilnehmer sowohl pflegerischen als auch ärztlichen Berufsgruppen bzw. Berufsgruppen der Versorgungsbereiche angehören. Dies ist in der Dokumentation kenntlich zu machen.  <b>Überprüfung:</b> Über die Anwesenheitslisten der Veranstaltungen bzw. Schulungen. Inhaltliche Dokumentation durch Nennung des Fortbildungsinhalts ausreichend; Folien müssen nicht beigefügt werden.</p>	3
4	<p><b>Prävalenz- und Eingangsscreening</b>  <b>Ziel:</b> Einschätzen der MRSA-Prävalenz in der Region  <b>Durchführung:</b> Im Rahmen des Qualitätsziels muss ein MRSA Eingangsscreening durchgeführt werden. Risikofaktoren müssen <u>für eine Woche oder länger</u> standardisiert bei <b>allen stationär aufgenommenen Patienten</b> des teilnehmenden Krankenhauses erfasst werden. Es wird empfohlen, parallel bei Aufnahme dieser Patienten mittels eines Nasen-(und/oder) Rachenabstrichs (oder gepoolter Nasen-Rachenabstrich) ebenfalls für eine Woche ein Screening durchzuführen (mögliche Ausnahmen: Neugeborene und ggf. psychiatrische Stationen). Alternativ zu diesem einwöchigen Aufnahmescreening kann auch ein Punktprävalenzscreening durchgeführt werden. Erfolgt ein Punktprävalenzscreening, müssen jedoch trotzdem von allen Patienten für mindestens eine Woche Risikofaktoren abgefragt werden.  Zur Erläuterung:  Ein-Tages-Punktprävalenzscreening: An einem gewählten Stichtag werden alle stationär befindlichen Patienten (gilt für alle Bereiche im Krankenhaus; mögliche Ausnahmen: Neugeborenenstationen und psychiatrische Stationen) mittels Abstrichuntersuchung auf MRSA gescreent. Diese Untersuchung findet mittels eines Nasen-/Rachenabstriches statt.  Zur Ermittlung des erforderlichen Screeningumfangs des Hauses (siehe QZ 10) muss die Abfrage der standardisierten Risikofaktoren (gemäß KRINKO Empfehlung) von allen stationären Patienten mindestens eine Woche lang erfolgen.  Es werden folgende Punkte vergeben</p> <p>a) <u>Zusage</u>: Die schriftliche Zusage beim koordinierenden Gesundheitsamt (1 QP.), die  b.) <u>Durchführung</u> (mind. 60% der aufgenommenen bzw. beim Punktprävalenzscreening der anwesenden Patienten müssen untersucht und/oder befragt werden (2 QP) und die  c) <u>Analyse</u>: Die Ergebnisse des Screenings und der Erfassung der Risikofaktoren werden den Gesundheitsämtern in standardisierter (siehe Anhang 4.2 und Beispiel zum Ausfüllen der Tabelle 4.2 im Anhang), elektronischer Form (Patientenbezogene Daten anonymisiert)</p>	6

	<p>innerhalb von 6 Wochen nach Ende der Risikofaktorerfassung dem regionalen Netzwerkmoderator (z.B. Gesundheitsamt) komplett zugesandt (3 QP.). Die Daten werden im Krankenhaus analysiert, so dass mindestens die Angaben zu Risikopatienten wie im Anhang dargestellt gemacht werden können.</p> <p><b>Überprüfung:</b> a) Zusenden der schriftlichen Zusage (siehe Anhang, 4.1), b) Nachweis über die Durchführung des Prävalenzscreenings in Form der Exceltabelle aus dem Anhang (4.2), c) Die Resultate aus der Analyse werden in standardisierter Form (siehe Anhang) vorgelegt (4.3). Zur Durchführung des Screenings und der Erfassung der Risikofaktoren wird der Bogen 4.4. zur Verfügung gestellt; das teilnehmende Krankenhaus entscheidet darüber, ob dieser Bogen verwendet werden soll. Mindestens müssen aber die darauf genannten Risikofaktoren bei der Durchführung des Prävalenzscreenings bzw. der Risikofaktorerfassung abgefragt werden.</p>	
<b>5</b>	<p><b>Festlegung der Anzahl und Art der hauspezifischen Risikogruppen (RG) und Screening</b></p> <p><b>Ziel:</b> Implementierung eines standardisierten MRSA-Screenings auf Grundlage der KRINKO Empfehlung und ggf. des Prävalenzscreenings</p> <p><b>Durchführung:</b> 1.) Vorlage eines Hygienekommissionsbeschlusses in dem das MRSA Screening konkret geregelt ist (1QP) 2.) Der in 1.) vorgelegte Beschluss entspricht mindestens dem Standard der aktuellen Empfehlung der KRINKO am Robert-Koch Institut zum MRSA Screening in puncto Anzahl und Art der Risikofaktoren (1 QP). Ein Screening wird nicht nur in Hochrisikobereichen (z.B. Intensivstationen) durchgeführt, sondern es werden stationäre Patienten in allen Bereichen des Krankenhauses in ein Screening einbezogen. Ausnahmen (z.B. Psychiatrie) sind aufzuführen und zu begründen (1 QP). 3.) Der in 1.) vorgelegte Beschluss beinhaltet, dass zusätzlich zu einem Screening prä-emptive Isolationsmaßnahmen (bis zum Ausschluss von MRSA) zumindest in einzelnen Bereichen (z.B. Intensivstationen) oder bei Hochrisikopatienten (z.B. positive MRSA-Anamnese) erfolgen (1QP).</p> <p><b>Überprüfung:</b> Der Hygienekommissionsbeschluss zu diesem Themenbereich muss bei den Koordinatoren vorliegen.</p>	<b>4</b>
<b>6</b>	<p><b>Typisierung von ausgewählten MRSA</b></p> <p><b>Ziel:</b> Typisierung (mittels eines üblichen Verfahrens wie z.B. PFGE, spa-Typisierung) von z.B. Ausbruchstämmen oder Erstisolaten, um einen Überblick über molekulare Diversität innerhalb eines Hauses und der gesamten Region zu erhalten</p> <p><b>Durchführung:</b> Einen Punkt erhält das Krankenhaus für die Typisierung aller MRSA, die aus Blutkulturen isoliert werden UND die Typisierung aller Isolate, die im Rahmen von meldepflichtigen Ausbrüchen detektiert werden. Treten nachweislich keine Ausbrüche oder MRSA-Bakteriämien in dem gesamten Zeitraum auf, kann dieser Punkt trotzdem vergeben werden. Wenn das Krankenhaus alle Erstisolate typisiert, erhält das Haus zwei weitere Punkte.</p> <p><b>Überprüfung:</b> Schriftliche Bestätigung der Vorgehensweise (6.1) und Vorlage von Listen mit Typisierungsergebnissen. Idealerweise Übersendung eines ÖGD Reports (siehe QZ8) in dem diese Daten enthalten sind.</p>	<b>3</b>

7	<p><b>Umsetzung der KRINKO-Empfehlung zu MRSA (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)</b></p> <p><b>Ziel:</b> Bewertung zur Umsetzung der KRINKO-Richtlinien zur Prävention von MRSA /zum Umgang mit MRSA</p> <p><b>Durchführung:</b> Dieses Qualitätsziel wird durch die Gesundheitsämter im Rahmen der Begehungen überprüft. Im Sinne einer einheitlicheren Vorgehensweise wird eine umfassendere Liste der Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz Nord verwendet (Anhang 7.1).</p> <p><b>Überprüfung:</b> Durch die Gesundheitsämter im Rahmen einer strukturierten Begehung; die ausgefüllten Listen sollen anschließend den Koordinatoren übermittelt werden. Es erfolgen vor der Siegelvergabe zwei Begehungen (jeweils Bewertung mit bis zu 3 P.).</p>	6
8	<p><b>Umsetzung §23 Infektionsschutzgesetz/ gesetzliche Vorgaben (ggf. mittels Epi-MRSA Software)</b></p> <p><b>Ziel:</b> Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses für jeweils ein Jahr (zweimal zur Erlangung des Siegels).</p> <p><b>Durchführung:</b> Die Daten sollen im Haus über EpiMRSA oder ein gleichwertiges, datenbankbasiertes und Report-Erzeugendes Software-System (alternativ Formular im Anhang dieses Dokumentes, Anhang 8.1) jährlich (mind. 2-mal für EQS 1) erfasst und vorgelegt werden. Der ÖGD-Report soll vollständig sein mit den Parametern, die in Tabelle 8.1 aufgeführt sind (1,5 Punkte für jeden der beiden vollständig ausgefüllten Reports). Die ÖGD Reports werden vom koordinierenden Gesundheitsamt an den zuständigen Landeskoordinator übermittelt.</p> <p>Die Struktur des ÖGD Reports ist Fall-basiert (d.h. jeder MRSA-Fall erscheint einmal; siehe detailliertes „MRSA Surveillanceprotokoll“, Anhang 8.2). Es werden jährlich mindestens die in Tabelle 8.1 genannten Parameter angegeben. Für jeden Erstnachweis von MRSA in Blutkulturen pro Patient und Fall ist ein Fragebogen (Erhebungsbogen für MRSA (Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>) in Blutkultur und Liquor) auszufüllen und den Unterlagen beizufügen (Anhang 8.3).</p> <p>Zusätzlich wird jeder Fall in einer Liste [siehe 8.1 separat aufgeführt. Die Angabe in der Fallliste enthält mindestens Fall-ID oder andere Identifikationsnummer; Datum des Nachweises; Erreger, Material des Erstnachweises, zu jedem Fall die Angabe importiert/nosokomial gemäß der im Surveillanceprotokoll (8.2) festgehaltenen Definition. Die Angabe „Infektion/Besiedlung“ ist in Epi-MRSA ein Pflichtfeld; ggf. kann hier aber „unbekannt“ angegeben werden, sofern zum Vorliegen von Infektionen nichts bekannt ist. Typisierungsdaten sind, soweit vorhanden, in den Report/in die Fallliste inkludiert. Die Angabe des Untersuchungsgrundes (Eingangsscreening/Screening/Diagnostik), der verlegenden Einrichtung, der Klinik/Abteilung des Erstnachweises sowie die Angabe verlegungsrelevanter Risikofaktoren sind fakultativ.</p> <p><b>Überprüfung:</b> Anhand des ÖGD-Reports.</p>	3

9	<p><b>Übergabe von Informationen bei Entlassung</b>  <b>Ziel:</b> Weitergabe der MRSA-Information  <b>Durchführung:</b> Die Information, dass ein Patient durch MRSA besiedelt/infiziert ist wird weitergegeben. Dazu wird ein standardisierter, möglichst im Netzwerk konsentierter, Übergabebogen verwendet. Ein Muster des verwendeten Übergabebogens ist beizufügen (1 P.). Ein Mindeststandard beinhaltet die Information: dass MRSA bei dem betreffenden Patienten festgestellt wurde, an welchen Lokalisationen und ob eine Dekolonisationsbehandlung begonnen wurde (1 P.). Ein dritter Punkt wird bei Vorlage des Selbstauskunftsbogens 9.1 vergeben.  <b>Überprüfung:</b> Vorlage des Selbstauskunftsbogens 9.1 und des Musters für den verwendeten Übergabebogen.</p>	3									
10	<p><b>Screening von Risikopatienten</b>  <b>Ziel:</b> Umsetzung der Screeningempfehlung aus QZ5  <b>Durchführung:</b> Ein Punkt wird vergeben für die <u>Zusendung</u> der Tabelle mit den pro Patient und Fall bereinigten monatlichen Nasenabstrichen bzw. Nasen-Rachen-Abstriche (andere Lokalisationen werden nicht mitgezählt) des entsprechenden Kalenderjahres (Tabelle s.u.). In derselben Tabelle Darstellung der aufgenommenen stationären Patienten (ambulante Patienten, teilstationäre Patienten nicht mitgezählt; interne Verlegungen nicht mitgezählt). Wenn der Hygienekommissionsbeschluss zum Screening (QZ5) geändert wurde, erfolgt zum Vergleich der Zahlen vor und nach Änderung einmalig eine Aufstellung der Nasen-Rachenabstriche des Kalenderjahres vor der Änderung des Hygienekommissionsbeschlusses. Die Aufstellungen müssen nach Monaten erfolgen und nicht kumulativ für ein Jahr.  Ein zweiter Punkt wird vergeben, wenn es zu einer <u>nachweisbaren und signifikanten Zunahme</u> (Berechnung: Durchschnittliche Zahl der Abstrichuntersuchungen 12 Monate vor Änderung Hygienekommissionsbeschluss geteilt durch durchschnittliche Zahl der Abstrichuntersuchungen 12 Monate nach Hygienekommissionsbeschluss <math>\leq 0,5</math>.) der Screeninguntersuchungen kommt. Der Punkt kann auch vergeben werden, wenn bereits vorher der optimale zu erwartende Screeningumfang („Screeningsoll“ siehe unten) erreicht wurde.  Der dritte Punkt wird für Plausibilität vergeben. Als Indikator für die Plausibilität wird das zu erreichende monatliche „Screeningsoll“ (<math>\pm 10\%</math>) herangezogen, welches sich aus den Patienten mit mind. einem Risikofaktor während des Eingangsscreenings berechnet (siehe Ergebnisse QZ 4 und Analyse).  Die Liste kann auch vom zuständigen Labor ausgefüllt und direkt an die Koordinatoren geschickt werden. Die erreichten Punkte gehen jeweils doppelt in die Wertung ein.</p> <table border="1" data-bbox="236 1798 1225 1962"> <thead> <tr> <th>Jahr ....</th> <th>Anzahl Nasen-Rachenabstriche</th> <th>Anzahl aufgenommene Patienten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Januar</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Februar</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr ....	Anzahl Nasen-Rachenabstriche	Anzahl aufgenommene Patienten	Januar			Februar			6
Jahr ....	Anzahl Nasen-Rachenabstriche	Anzahl aufgenommene Patienten									
Januar											
Februar											



März		
April		
Mai		
Juni		
Juli		
August		
September		
Oktober		
November		
Dezember		

**Überprüfung:** Anhand der Checkliste mit den monatlichen Screeningzahlen.

## ANHANG

Zur Dokumentation der Qualitätsziele werden die folgenden Bögen/Dokumentationshilfen zur Verfügung gestellt:

- 2.1 - Erfassung epidemiologischer Grunddaten
- 2.2 - Auflistung der Zuverleger
- 4.1 – Teilnahme- bzw. Einverständniserklärung
- 4.2 - Prävalenzscreening; Auswertung Risikofaktoren
- 4.3 - Prävalenzscreening
- 4.4 - Erfassungsbogen Risikofaktoren, Einverständnis Patient
- 6.1 - Selbstauskunft MRSA-Typisierung
- 7.1 - Checkliste: *Umsetzung der KRINKO Empfehlungen zum Umgang mit MRSA*
- 8.1 - MRSA ÖGD-Report und MRSA-Fallliste
- 8.2 - Hinweise zur Erstellung des MRSA ÖGD-Reports
- 8.3 - Erhebungsbogen für MRSA in Blutkultur und Liquor
- 9.1 - Selbstauskunft zum Überleitungsbogen
- 10.1- Erfassung der Nasen-Rachenabstriche

Beispiel: Ausfüllen der Tabelle 4.2

einzel zu bewertende Risikofaktoren							
Krankenhaus	Patient ID	MRSA Screening Ergebnis	Pat. mit bekannter MRSA Anamnese	Pat. aus Regionen mit hoher MRSA Prävalenz	Pat. mit stat. KH-Aufenth. >3d l.d. letzten 12 Mo.	Pat. mit Kontakt landwirtschaftl. Tiermast	Pat. mit Kontakt zu MRSA-Träger
Musterkrankenf	123	negativ	nein	nein	nein	nein	nein
Musterkrankenf	124	negativ	nein	ja	nein	nein	nein
Musterkrankenf	125	negativ	nein	nein	nein	nein	nein
Musterkrankenf	126	positiv	nein	nein	nein	nein	nein
<b>bei Durchführung eines Punktprävalenzscreenings &amp; Erfassung von Risikofaktoren über eine Woche</b>							
Musterkrankenf	124	unbekannt	nein	ja	nein	nein	nein

Mindestens zwei der folgenden Risikofaktoren						
Pat. chron Pflegebedürftigkeit	Antibiotikatherapie (6 Mo.)	Katheter	Dialyse	chron. Wunden/Ulcus	Brandverletzungen	Screening nach RKI durchzuführen?
nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja
ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
ja	ja	nein	nein	nein	nein	ja
nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja