

Qualitätssiegel „MRE Prävention & Antibiotikagebrauch“ (EQS-2) im Projekt EurSafety Health-net



INHALTSVERZEICHNIS

Qualitätssiegel „MRE Prävention & Antibiotikagebrauch“ (EQS-2)	1
Euregionales Qualitätssiegel (EQS) 2 – MRE Prävention und Antibiotikagebrauch	3
Übersicht EQS 2	3
Beschreibung des EQS 2 im Detail:	4
Anhang	9

ÜBERSICHT EQS 2

QZ	Beschreibung	Punkte
1	Fortbildung	3
2	Strukturen zum rationalen Gebrauch von Antibiotika	3
3	Antibiotikamonitoring	3
4	Sicherheit der Detektion von MRGN	3
5	Hygienemanagement bei MRGN	3
6	Datenaustausch zu MRGN	3
7	Überprüfung des festgelegten Hygienemanagements zu MRGN	6
8	ÖGD Report MRSA	3
9	Überprüfung des festgelegten Hygienemanagements zu MRSA	6
10	Teilnahme an Verbundveranstaltungen	3
	Summe	36

Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 26 Punkte (70%) erworben werden. Für jedes QZ müssen Punkte erworben werden

Die hier beschriebenen Siegelkriterien erlauben eine Siegelverleihung nach frühestens zwei, i.d.R. zweieinhalb Jahren.

BESCHREIBUNG DES EQS 2 IM DETAIL:

QZ	Beschreibung	Punkte
1	<p>Fortbildung</p> <p>Ziel:</p> <p>Die Einrichtung ist auf dem aktuellen Stand des Wissens bezüglich des Umgangs mit MRE und Antibiotikaresistenz und dieses Wissen wird an die Mitarbeiter weitergegeben</p> <p>Durchführung:</p> <p>Durchführung von internen Schulungen zum Thema MRE Prävention (z.B. MRSA, VRE, MRGN). Mindestens 6 Fortbildungen zu diesem Themenkomplex (0,5 P. pro Fortbildung), die in den letzten zwei Jahren durchgeführt wurden. Darunter mindestens 3 Fortbildungen zum Thema MRGN. Veranstaltungsteilnehmer müssen sowohl pflegerischen als auch ärztlichen Berufsgruppen bzw. Berufsgruppen der Versorgungsbereiche angehören. Dies ist in der Dokumentation kenntlich zu machen.</p> <p>Überprüfung:</p> <p>Nachgewiesen wird die Durchführung dieser Veranstaltungen mittels Teilnahmebescheinigungen/Teilnehmerlisten</p>	3
2	<p>Strukturen zum rationalen Gebrauch von Antibiotika</p> <p>Ziel:</p> <p>In jedem Krankenhaus sollte es Strukturen geben, die den rationalen Einsatz von Antibiotika unterstützen und dokumentieren.</p> <p>Durchführung:</p> <p>a) Das Haus hat eine aktive Arzneimittel-/Antibiotika-/Hygienekommission (diese trifft sich/ diskutiert themenbezogen mindestens einmal jährlich).</p> <p>b.) Regelmäßige Teilnehmer der Kommission sind mindestens der Krankenhausapotheker, der Mikrobiologe oder Krankenhaushygieniker, sowie mindestens ein klinisch tätiger Arzt. Zusätzlich sollten der ärztliche Direktor und die Geschäftsführung teilnehmen.</p> <p>c.) Das Haus hat einen durch die Arzneimittel-/Antibiotika-/Hygienekommission festgelegten, veröffentlichten hausinternen Standard zur kalkulierten Antibiotikatherapie.</p>	3

	<p>Überprüfung:</p> <p>a.) Die Einrichtung übermittelt Dokumente (z.B. Protokolle, Anwesenheitsliste), aus denen die Tagungsfrequenz der für den Antibiotikagebrauch verantwortlichen Kommission hervorgeht, für mindestens zwei Jahre. Die Kommission hat mind. 1x jährlich getagt (=1 P.)</p> <p>b.) Die Teilnehmer der Kommission werden durch das Haus namentlich und mit ihrer Funktion benannt. (erfüllt die o.g. Anforderungen = 1 P.)</p> <p>c.) Das Haus übermittelt den hausinternen Therapiestandard (z.B. Heft zur kalkulierten Therapie oder Onlineversion) und stellt dar, dass dieser ein Konsens der Kommission ist (rein abteilungsinterne Standards ohne Beteiligung der Antibiotikakommission oder der Verweis auf nationale Leitlinien sind nicht ausreichend). Der Therapiestandard muss mindestens Standards zur kalkulierten Therapie von Pneumonie, Harnwegsinfektionen, Endokarditis und perioperativen Antibiotikaprophylaxe beinhalten (1 P.).</p>	
<p>3</p>	<p>Antibiotikamonitoring</p> <p>Ziel:</p> <p>Die Einrichtung führt fortlaufende Aufzeichnungen über den Antibiotikaeinsatz und bewertet diese entsprechend der RKI-Empfehlung „Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach § 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG“.</p> <p>Durchführung:</p> <p>Dokumentation einer mindestens jährlichen Erfassung und hausinternen Bewertung des Antibiotikaverbrauchs.</p> <p>Überprüfung:</p> <p>Das Krankenhaus legt eine Antibiotikaverbrauchsstatistik in standardisierter Form vor (z.B. DDD/Patiententage, RDD/Patiententage). Eine nur kostenbasierte Auswertung ist nicht ausreichend. Ein Ausdruck der Apothekenlisten ist nicht ausreichend. Es sollte das Tool des Landesentrums Gesundheit NRW (LZG.NRW) für die Auswertung genutzt werden. Auch eine Teilnahme am Projekt ADKA-if (Freiburg) erfüllt aber die Kriterien für das Qualitätsziel.</p> <p>Das Krankenhaus stellt die mindestens jährlich dokumentierten Bewertungen des Antibiotikaeinsatzes dar (z.B. Protokoll der Antibiotikakommission, der Hygienekommission zu diesem Thema).</p>	<p>3</p>
<p>4</p>	<p>Sicherheit der Detektion von MRGN</p> <p>Ziel: Die Empfehlungen der KRINKO bezüglich der Prävention von MRGN geben eine Definition, welche Erreger und Antibiogramm- Konstellationen als MRGN zu werten sind. In allen Einrichtungen sollten MRGN gemäß dieser Definition korrekt und sicher erkannt werden und gleich definiert sein.</p>	<p>3</p>

	<p>Durchführung: Schaffung standardisierter Definitionen, Schulung dieser Definitionen und sicheres Anzeigen von MRGN in Befunden bzw. sichere Informationsweitergabe an den Behandler und das Hygiene-Team.</p> <p>Überprüfung:</p> <p>a.) Vorlegen einer Dokumentation der Einrichtung (z.B. Dienstanweisung; Auszug aus dem Hygieneplan), der zu entnehmen ist, welche Erreger und welche Antibiogramm-Konstellationen in der Einrichtung als „MRGN“ gelten. Die Festlegung entspricht den Vorgaben der KRINKO.</p> <p>b.) Die Einrichtung erläutert wie MRGN als solche auf Befunden markiert werden (Kommentar des Labors? Telefonische Information?). Ein anonymisiertes Dokumentationsbeispiel ist beizufügen.</p> <p>c.) Erhält die zuständige HFK umgehend bei dessen Erhebung Informationen zu dem Befund? Hier soll der Informationsfluss dargestellt werden (an einem Beispiel oder, falls vorhanden, durch eine Verfahrensanweisung).</p>	
5	<p>Hygienemanagement bei MRGN</p> <p>Ziel:</p> <p>Die Empfehlungen der KRINKO bezüglich der Prävention von MRGN geben Hinweise, welche Hygienemaßnahmen bei der Detektion von MRGN erfolgen sollten. Diese Empfehlungen sollen in den Krankenhäusern des Netzwerks implementiert werden.</p> <p>Durchführung: Schaffung eines standardisierten Hygienemanagements</p> <p>Überprüfung:</p> <p>1.) Die Einrichtung hat einen Hygieneplan, der das Verfahren beim Auftreten von MRGN beinhaltet und legt diesen vor (1 P.).</p> <p>2.) Der Hygieneplan beinhaltet Einzelzimmerisoliationsmaßnahmen beim Auftreten von 4-MRGN in allen Bereichen des Krankenhauses (1 P.).</p> <p>3.) Das Krankenhaus legt dar (z.B. im Hygieneplan, sonst mit gesonderter Dokumentation), welche Bereiche des Krankenhauses als Risikobereiche bewertet werden, in denen besondere Hygienemaßnahme für Patienten mit 3-MRGN durchgeführt werden (1 P.).</p>	3
6	<p>Datenaustausch zu MRGN</p> <p>Ziel: Darstellung des regionalen Vorkommens von MRGN gemäß Definition Bundesgesundheitsbl 2013/56:580–583</p> <p>Durchführung: ÖGD Report MRGN</p>	3

	<p>Überprüfung: Einmal jährliche Übermittlung eines ÖGD Reports MRGN für mindestens zwei Jahre an das koordinierende Gesundheitsamt und von dort an den zuständigen Projektkoordinator (1,5 P. pro vollständig ausgefülltem Report).</p> <p>Die Struktur des ÖGD Reports ist fallbasiert; einschließlich 3-MRGN und 4-MRGN für die im Bundesgesundheitsblatt genannten Erreger. Angabe enthält mindestens Fall-ID oder andere Identifikationsnummer; Datum des Nachweises; Erreger, Angabe des Resistenzmusters für die Antibiotika Piperacillin, Ceftazidim/Cefotaxim, Meropenem/Imipenem, Ciprofloxacin, Station des Erstnachweises, Material des Erstnachweises (siehe Muster 6.1 und Surveillanceprotokoll 6.2)</p> <p>Das Haus gibt obligatorisch an, ob und falls ja, in welchen Bereichen ein Screening auf MRGN Besiedlung durchgeführt wird (siehe Muster 6.3).</p>	
7	<p>Überprüfung des festgelegten Hygienemanagements zu MRGN</p> <p>Ziel: Implementation von Hygienestandards</p> <p>Durchführung: Im Rahmen einer Begehung durch das Gesundheitsamt wird analog zum Vorgehen bei MRSA, die Implementation der Festlegungen des Hygieneplans <i>in praxi</i> überprüft. Mindestens zwei Begehungen zur Erlangung des Siegels.</p> <p>Überprüfung:</p> <p>Überprüfung durch Ausfüllen der Liste 7.1 bei zwei Begehungen. Befinden sich zum Zeitpunkt der Begehung gerade Patienten mit MRGN im Krankenhaus sollten gezielt diese Bereiche begangen werden. Maximal 3 Punkte pro Begehung (siehe Abstufungsmöglichkeiten auf der Checkliste 7.1).</p>	6
8	<p>Umsetzung §23 Infektionsschutzgesetz (ÖGD-Report MRSA)</p> <p>Ziel: Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses für jeweils ein Jahr (zweimal zur Erlangung des Siegels).</p> <p>Durchführung: 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-2) 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 Projektkoordinator 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>	3

	<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>Überprüfung: Anhand des ÖGD-Reports und der Checkliste der Gesundheitsämter. Diese werden an die Koordinatoren geschickt.</p>	
9	<p>Umsetzung der KRINKO-Empfehlung zu MRSA (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)</p> <p>Ziel: Bewertung zur Umsetzung der KRINKO-Richtlinien zur Prävention von MRSA /zum Umgang mit MRSA</p> <p>Durchführung: 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 9.1).</p> <p>Überprüfung: Durch die Gesundheitsämter im Rahmen einer strukturierten Begehung; die Berichte sollen anschließend den Projektkoordinatoren übermittelt werden. Es erfolgen vor der Siegelvergabe zwei Begehungen (jeweils Bewertung mit bis zu 3 P.)</p>	6
10	<p>Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen</p> <p>Ziel: Weiterführung von regionalen Netzwerken, Erfahrungsaustausch der hygieneverantwortlichen Personen mit den Koordinatoren.</p> <p>Durchführung:</p> <p>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 ein. Um Punkte zu erreichen muss aus dem Krankenhaus mindestens eine hygienerelevante Person (z.B. Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt, hygienebeauftragte(r) Pflgende(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>Überprüfung: Über die Anwesenheitslisten der Veranstaltungen bzw. Schulungen</p>	3

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

- 6.1 - ÖGD-Report MRGN
- 6.2 – Erläuterungen (Surveillanceprotokoll) zum ÖGD-Report MRGN
- 6.3 – Selbstauskunft MRGN Screening
- 7.1 – Begehungs-Checkliste MRGN-Management
- 8.1 – ÖGD-Report MRSA
- 8.2 - Erläuterungen (Surveillanceprotokoll) zum ÖGD-Report MRSA
- 8.3 – Erhebungsbogen: MRSA in BK und Liquor
- 9.1 - Begehungs-Checkliste MRSA-Management