

Verlängerung der Euregionalen Qualitätssiegel EQS-1 und EQS-2 & Erwerb von EQS-3 im Projekt EurSafety Health-net



INHALTSVERZEICHNIS

Verlängerung der Euregionalen Qualitätssiegel	1
EQS-1 und EQS-2	1
& Erwerb von EQS-3	1
Euregionales Qualitätssiegel– EQS-1/-2 MRSA/MRGN Prävention und Netzwerkbildung	3
Übersicht Verstetigung EQS-1/-2	3
Beschreibung der Verstetigung für EQS-1 und EQS-2 im Detail:.....	4
Beschreibung des Erwerbs von EQS-3 im Detail:	7
Anhang.....	9

EUREGIONALES QUALITÄTSSIEGEL– EQS-1/-2 MRSA/MRGN PRÄVENTION UND NETZWERKBILDUNG

ÜBERSICHT VERSTETIGUNG EQS-1/-2

Krankenhäuser, die im Rahmen des Projektes EurSafety Health-net die Qualitätssiegel EQS-1 und/oder EQS-2 erworben haben, können diese nach Ablauf der Vergabefrist (2 Jahre) erneut erwerben. Hierfür gelten die im Folgenden dargestellten Qualitätsziele 1-8. Häuser die EQS-1 und EQS-2 erworben haben, können zusätzlich EQS-3 erwerben, wenn die Qualitätsziele 1-8 UND 9-11 zusätzlich erfüllt werden.

QZ	Beschreibung	Punkte
1	Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen	3
2	Innerbetriebliche Schulungen/Fortbildungsveranstaltungen	3
3	MRSA Screening von Risikopatienten	3
4	Typisierung von ausgewählten MRSA	3
5	Umsetzung der der KRINKO-Empfehlung zu MRSA (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)	6
6	Festlegung und Überprüfung eines MRGN Hygienemanagements	6
7	Umsetzung §23 Infektionsschutzgesetz (ÖGD-Report MRSA)	3
8	Datenaustausch zu MRGN (ÖGD-Report MRGN)	3
<u>Zusätzliche Qualitätsziele zur Erlangung von EQS-3</u>		
9	Strukturierte hausinterne Begehungen/Pflegebegleitungen	6
10	Surveillancestrukturen	3
11	Personelle Ressourcen	8
	Summe	47

Zur Erlangung der Verlängerung des EQS-1 bzw. EQS-2 müssen mindestens 21 Punkte (70%) erworben werden. Für jedes QZ müssen Punkte erworben werden. Zur Erlangung des EQS-3 müssen zusätzlich die Qualitätsziele 9-11 erfüllt werden; mindestens 30 Punkte (70%) müssen erworben werden. Für jedes QZ 1-11 müssen Punkte erworben werden.

BESCHREIBUNG DER VERSTETIGUNG FÜR EQS-1 UND EQS-2 IM DETAIL:

QZ	Beschreibung	Punkte
1	<p>Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen</p> <p>Ziel: Weiterführung von regionalen Netzwerken, Erfahrungsaustausch der hygieneverantwortlichen Personen mit den Koordinatoren.</p> <p>Durchführung: Verbundveranstaltungen: Die Moderatoren der regionalen Netzwerke (z.B. Gesundheitsämter) laden zu Veranstaltungen, sogenannte „Runde Tische“ ein. Themen können MRSA, Netzwerkarbeit, Hygiene, allgemeiner Infektionsschutz, 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>Überprüfung: Über die Anwesenheitslisten der Veranstaltungen bzw. Schulungen</p>	3
2	<p>Durchführung innerbetrieblicher Schulungen</p> <p>Ziel: Vermittlung von Hygienestandards</p> <p>Durchführung: Hausinterne Schulungen: Für das Erreichen von 3 QP ist die Dokumentation von mindestens 6 krankenhauses internen Fortbildungen innerhalb von maximal 2 Jahren zu hygienerelevanten 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 MRE Prävention beschäftigen (mind. 2 mal 0,5 = 1 QP zum Erreichen der minimalen Punktzahl); maximal 4 Veranstaltungen zu anderen hygienerelevanten Themen (z.B. Händehygiene, AKTION Saubere Hände, 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.</p> <p>Überprüfung: Über die Anwesenheitslisten der Veranstaltungen bzw. Schulungen. Inhaltliche Dokumentation durch Nennung des Fortbildungsinhalts ausreichend; Folien müssen nicht beigelegt werden.</p>	3
3	<p>Screening von MRSA Risikopatienten</p> <p>Ziel: Weitere Umsetzung der Screening-Empfehlung aus EQS-1: QZ5 und QZ10</p> <p>Durchführung: Mit der erneuten Zusendung des Hygieneplans zum MRSA Screening (welche</p>	3

	<p>Risikopatienten in welchen Bereichen) wird der erste Punkt vergeben. Findet eine Änderung der aktuellen Empfehlung der KRINKO am Robert-Koch Institut zum MRSA Screening statt, muss das im Hygienekommissionsbeschluss festgelegte MRSA Screening angepasst werden.</p> <p>Ein weiterer Punkt wird vergeben für die <u>Zusendung</u> der Tabelle mit den pro Patient und Fall bereinigten monatlichen Nasenabstrichen bzw. Nasen-Rachen-Abstriche (andere Lokalitäten werden nicht mitgezählt) des entsprechenden Kalenderjahres (siehe 3.1). In derselben Tabelle muss es eine Darstellung der aufgenommenen stationären Patienten geben (ambulante Patienten und teilstationäre Patienten werden nicht mitgezählt; interne Verlegungen werden nicht mitgezählt).</p> <p>Der dritte Punkt wird für Plausibilität vergeben. Als Indikator für die Plausibilität wird das zu erreichende monatliche „Screeningsoll“ ($\pm 10\%$) herangezogen, welches sich aus den Patienten mit mind. einem Risikofaktor während des im Rahmen des QZ4 des EQS-1 durchgeführten Eingangsscreenings berechnet (siehe Ergebnisse QZ4 des EQS-1 und Analyse).</p> <p>Überprüfung: Anhand des zugesandten Hygieneplans zum Screening und der Checkliste mit den monatlichen Screeningzahlen (siehe 3.1).</p>	
4	<p>Typisierung von ausgewählten MRSA</p> <p>Ziel: 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>Durchführung: 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.</p> <p>Wenn das Krankenhaus alle Erstisolate typisiert, erhält das Haus zwei weitere Punkte.</p> <p>Überprüfung: Schriftliche Darlegung der Vorgehensweise (4.1) und Vorlage von Listen mit Typisierungsergebnissen. Idealerweise Übersendung eines ÖGD Reports (siehe QZ7) in dem diese Daten enthalten sind.</p>	3
5	<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 5.1).</p>	6

	<p>Überprüfung: Durch die Gesundheitsämter im Rahmen einer strukturierten Begehung; die Gesundheitsämter übermitteln die Berichte an den zuständigen Koordinator. Es erfolgen vor der Siegelvergabe zwei Begehungen (jeweils Bewertung mit bis zu 3 Punkten)</p>	
6	<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: Überprüfung durch Ausfüllen der Liste 6.1 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 6.1).</p>	6
7	<p>Umsetzung §23 Infektionsschutzgesetz (ÖGD Report MRSA)</p> <p>Ziel: Report über die Surveillancedaten eines Krankenhauses für mindestens zwei Jahre</p> <p>Durchführung: Die Daten sollen im Krankenhaus über EpiMRSA oder ein gleichwertiges, datenbankbasiertes und reporterzeugendes Softwaresystem (alternativ Formular im Anhang dieses Dokumentes, Anhang 7.1) jährlich (mind. 2-mal für die Verstetigung von EQS-1/EQS-2 bzw. zum Erlangen von EQS-3) erfasst und vorgelegt werden (1 Punkt). Auf Anfrage des Gesundheitsamtes sollen die Daten innerhalb von 4 Wochen übersendet werden (0,5 Punkte). Der ÖGD-Report (wird von EpiMRSA o.Ä. erzeugt) soll vollständig sein. Dies bedeutet mit den Parametern, die in Tabelle 7.1 aufgeführt sind (1,5 Punkte). Die ÖGD Reports werden vom koordinierenden Gesundheitsamt an den zuständigen Koordinator übermittelt.</p> <p>Die Struktur des ÖGD Reports ist fallbasiert (d.h. jeder MRSA-Fall erscheint einmal; siehe detailliertes „MRSA Surveillanceprotokoll“, Anhang 7.2). Es werden jährlich mindestens die in Tabelle 7.1 genannten Parameter angegeben. Für jeden Erstnachweis von MRSA in Blutkulturen pro Patient und Fall ist ein Fragebogen (Erhebungsbogen für MRSA in Blutkultur und Liquor) auszufüllen und den Unterlagen beizufügen (Anhang 7.3). Zusätzlich wird jeder Fall in einer Liste (siehe 7.1) separat aufgeführt. Die Angabe in der Fallliste enthält mindestens Fall-ID oder andere Identifikationsnummer, Datum des Nachweises, Erreger, Material des Erstnachweises und zu jedem Fall die Angabe „importiert“/„nosokomial“ gemäß der im Surveillanceprotokoll (7.2) 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</p>	3

	<p>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 von dem koordinierenden Gesundheitsamt an den zuständigen Koordinator geschickt.</p>	
8	<p>Datenaustausch zu MRGN (ÖGD Report MRGN)</p> <p>Ziel: Darstellung des regionalen Vorkommens von MRGN gemäß Definition Bundesgesundheitsbl 2013/56:580–583.</p> <p>Durchführung: Die Daten zu MRGN sollen über mindestens zwei Jahre erfasst und vorgelegt werden.</p> <p>Überprüfung: Jährliche Übermittlung eines ÖGD-Reports MRGN an das koordinierende Gesundheitsamt und von dort an den zuständigen Koordinator. Die Struktur des ÖGD-Reports ist fallbasiert; einschließlich 3MRGN und 4MRGN für die im Bundesgesundheitsblatt genannten Erreger. Der ÖGD-Report enthält mindestens die Angabe von einer Fall-ID oder einer anderen Identifikationsnummer, Datum des Nachweises, Erreger, Angabe des Resistenzmusters für die Antibiotika Piperacillin, Ceftazidim/Cefotaxim, Meropenem/Imipenem, Ciprofloxacin, Station des Erstnachweises als auch das Material des Erstnachweises (siehe Muster 8.1 und Surveillanceprotokoll 8.2). Das Haus gibt obligatorisch an, ob und falls ja, in welchen Bereichen ein Screening auf MRGN-Besiedlung durchgeführt wird (siehe Muster 8.3).</p>	3

BESCHREIBUNG DES ERWERBS VON EQS-3 IM DETAIL:

Für den Erwerb von EQS-3 müssen die oben beschriebenen Qualitätsziele 1-8 erfüllt werden. Zusätzlich sind die folgenden Qualitätsziele 9-11 zu erfüllen.

QZ	Beschreibung	Punkte
9	<p>Strukturierte hausinterne Begehungen/Pflegebegleitungen</p> <p>Ziel: Durchführung von Hygieneaudits („krankenhaushygienische Begehungen“, „Pflege- und Arzttbegleitungen“). Dabei werden hygienisch wichtige Prozesse (z.B. Anlage von ZVKs, Harnwegskathetern, Wundversorgung etc.) beobachtet und bewertet. Der Fokus liegt bei pflegerischen/ärztlichen Maßnahmen, <u>nicht bei strukturellen oder baulichen Belangen</u>.</p> <p>Durchführung: a) <i>Risikoeinschätzung und Intervall der Begehung:</i> Stationen in einem</p>	6

	<p>Krankenhäuser sind in Bezug auf Hygiene und Infektionsrisiken unterschiedlich einzustufen. Aus diesem Grund werden alle Stationen eines Krankenhauses in Risikokategorien eingestuft. Abhängig von dieser Einstufung findet eine interne Auditierung („Krankenhaushygienische Begehung“ bzw. „Pflegebegleitung“) in festgelegten Intervallen statt.</p> <p>b) <i>Zusammensetzung des Auditteams:</i> Um sicherzustellen, dass eine Auditierung unabhängig und reproduzierbar ist, ist es notwendig ein stetiges Auditteam zu implementieren. Ein solches Team besteht für jede Abteilung im Krankenhaus. Dieses Auditteam ist für die Planung, Durchführung und Evaluierung der Auditierungen verantwortlich. Das Auditteam besteht aus 1) einem/einer Mitarbeiter/in der Abteilung für Krankenhaushygiene bzw. Hygienefachkraft und Infektionsprävention und 2) mind. einem/einer Person in leitender Funktion für die betreffende Station.</p> <p>c) <i>Auditierungsrahmen:</i> Während der Auditierung/Pflege- oder Arztbegleitung jeder Station wird min. 1 Prozess, geltend für die gesamte Einrichtung (z.B. Händehygiene) und mindestens 1 stationsspezifischer Prozess (z.B. Wundmanagement auf der Chirurgie, intravenöse Therapie auf der Inneren) beobachtet. Eine Auditierung hat einen Rahmen von min. 2h und wird mittels Beobachtungen und fachlichem Austausch innerhalb des Auditteams durchgeführt.</p> <p>Überprüfung: Zusendung einer Risikoeinstufung für das Krankenhaus an das Gesundheitsamt und der Angabe wie häufig Hygieneaudits in jeweiligen Bereichen stattfinden (1 P.); Zusendung einer Dokumentation von mindestens einem Hygieneaudit pro Jahr (2-mal für das Erreichen des Qualitätsziels) für mindestens 5 eingestufte Bereiche des Krankenhauses (je 1 P. pro Audit) an das Gesundheitsamt. Hinsichtlich der Art der Dokumentation soll keine Vorgabe seitens des Projektes erfolgen. Es soll ersichtlich sein, dass konkret pflegerische und/oder ärztliche Maßnahmen (s. oben) auditiert wurden (nicht lediglich strukturelle oder bauliche Belange).</p>	
10	<p>Surveillancestrukturen</p> <p>Ziel: Infektionen, die typischerweise vermehrt in einer Fachdisziplin vorkommen, werden registriert. Die Registrierung führt zu einer erhöhten Aufmerksamkeit, wodurch die Prozesse verbessert werden können.</p> <p>Durchführung: Darlegung der Art der durchgeführten Surveillance nosokomialer Infektionen mittels Selbstauskunft.</p> <p>Überprüfung: Mittels schriftlicher Selbstdarstellung.</p>	3
11	<p>Personelle Ressourcen</p> <p>Ziel: Bereitstellung von Hygienefachpersonal bzw. hygienebeauftragtem Personal.</p> <p>Durchführung: Darlegung des Bedarfs (Bedarfsermittlung gemäß „Personelle und</p>	8

	<p>organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ Bundesgesundheitsbl 2009; 52:951–962) an hygieneverantwortlichem Personal gemäß KRINKO Empfehlung („Soll“) und Angabe des Status quo, sowie des Plans zum Erreichen des Solls.</p> <p>Überprüfung: Mittels Selbstauskunft. 0,5 P. für die Darstellung des Solls; 0,5 P. für Darstellung des Konzepts zur Erreichung des Solls (Unterzeichnet durch Geschäftsführung des Krankenhauses); 7 P. für das Erreichen des Solls (komplett; eine Vergabe von Teilpunkten ist nicht möglich).</p> <p>Es sind mindestens 2 P. notwendig zum Erreichen des Qualitätsziels 11.</p>	
--	---	--

ANHANG

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

- 3.1 – Erfassung Nasenabstriche
- 4.1 – Selbstauskunft MRSA-Typisierung
- 5.1 – Checkliste „Umsetzung der RKI-Empfehlung zum Umgang mit MRSA“
- 6.1 – Checkliste „Umsetzung der KRINKO-Empfehlung zum Umgang mit MRGN“
- 7.1 – MRSA ÖGD-Report + Fallliste
- 7.2 – Hinweise zur Erstellung des MRSA ÖGD-Reports
- 7.3 - Erhebungsbogen für MRSA in Blutkultur und Liquor
- 8.1 – MRGN ÖGD-Report + Fallliste
- 8.2 - Hinweise zur Erstellung des MRGN ÖGD-Reports
- 8.3 – Angaben zu Screening auf MRGN-Besiedlung