

Qualitätssiegel für Krankenhäuser

Nr.	Qualitätsziel	max	min
QZ 1	Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen	3	1,5
QZ 2	Durchführung innerbetrieblicher Schulungen	6	3
QZ 3	Hygienemanagement	6,5	4,5
QZ 4	Händehygiene	6	4
QZ 5	Screening	5,5	3,5
QZ 6	Antibiotic Stewardship	11	6
QZ 7	Information für Patientinnen und Patienten und Informationsweitergabe	7	4
	gesamt	45	26,5

1 Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen und Schulungen**Ziel:**

Weiterführung von regionalen Netzwerken, Erfahrungsaustausch der hygieneverantwortlichen Personen

Durchführung:

Teilnahme an Netzwerktreffen (dazu zählen alle Veranstaltungen, die dem Austausch der Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen bezüglich hygienerelevanter Fragestellungen und insbesondere der Bekämpfung multiresistenter Erreger dienen. Dazu zählen klassische Runde Tische auf Kreisebene, sektorübergreifende Arbeitskreise, aber auch KV-organisierte „Verbundtreffen“, überregionale Netzwerktreffen/Fortbildungsveranstaltungen)

Teilnahme an "großen"/überregionalen Veranstaltungen (z. B. Südwestfälischer Hygienetag, DGKH-Kongress Berlin, Ulmer Symposium)

Die am Siegelprozess teilnehmenden Netzwerke geben Termine/Veranstaltungen, die für andere Netzwerker offen sind, dem LZG bekannt. Das LZG veröffentlicht diese Termine.

Inhaltlich müssen die Veranstaltungen Themen wie MRE, Hygiene, Netzwerkarbeit, allgemeiner Infektionsschutz, Antibiotikatherapie umfassen.

Bepunktung:

Aus der teilnehmenden Einrichtung muss mindestens eine der folgenden Personen (Hygienefachkraft, hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt, Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker) anwesend sein.

Pro Veranstaltung (nicht: pro teilnehmende Person pro Veranstaltung) werden 0,5 Punkte angerechnet.

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 3 Punkte (6 Veranstaltungen à 0,5 Punkte in 2 Jahren)

Mindestkriterium: 1,5 Punkte

Überprüfung:

Anwesenheitslisten (Themenangabe und Angabe des Tätigkeitsbereiches ist Pflicht); Teilnahmebescheinigungen bei überregionalen Veranstaltungen

2 Durchführung innerbetrieblicher Schulungen

Ziel:

Vermittlung aktuellen Wissens

Durchführung:

Inhaltlich müssen sich die Themen der innerbetrieblichen Schulungen mit hygienerelevanten Themen wie Händehygiene, ABS, Infektionserkrankungen allgemein befassen. Mindestens 2 Schulungen müssen sich mit dem Thema "Umgang mit MRE/MRE-Prävention" beschäftigen.

Zur Einschätzung der Reichweite der Schulungen ist die Anzahl der Mitarbeitenden der Einrichtung insgesamt und aufgeschlüsselt nach Einsatzbereich zu nennen.

Darstellung eines Konzeptes, mit dem sichergestellt wird, dass alle Mitarbeitenden (außer der Verwaltung) mindestens 1x/Jahr an einer innerbetrieblichen Schulung teilnehmen. In diesem Konzept ist auch dargestellt wie bei Neueinstellungen und Leihkräften, Praktikantinnen/Praktikanten und Gastärztinnen/Gastärzten sowie Studierenden verfahren wird.

Nicht nur die Teilnahme, sondern auch die Nicht-Teilnahme wird erfasst.

Bepunktung:

Pro durchgeführter Veranstaltung werden 0,5 Punkte angerechnet.

Für die Darstellung des Konzeptes und die Erfassung wird 1 Punkt vergeben.

Die Vorlage der Quote wird wie folgt bepunktet: 75 % = 1 Punkt; 85 % = 1,5 Punkte; ≥ 95 % = 2 Punkte

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 6 Punkte (max. 3 Punkte aus 6 Veranstaltungen à 0,5 Punkte in 2 Jahren; 1 Punkt für das Konzept und die Erfassung; max. 2 Punkte für die erreichte Quote)

Mindestkriterium: 3 Punkte (2 Veranstaltungen müssen sich schwerpunktmäßig mit dem Thema MRE beschäftigen, 2× 0,5 = 1 QP)

Überprüfung:

Anwesenheitslisten (erkennbar sein müssen: Datum, Thema, Berufsgruppenzugehörigkeit, eigene Unterschrift)

Konzeptdarstellung, Quotennachweis

3 Hygienemanagement im Umgang mit MRE

Ziel:

Optimierung des Umgangs mit MRE

Durchführung:Vorhandensein des Hygienefachpersonals:

Hygienefachkräfte (HFK), hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte und Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygieniker (KHH) gemäß KRINKO-Vorgaben vorhanden

Grundlage: Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:332–351

KHH in Ausbildung werden folgendermaßen gewertet: Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt (s. o.) übernehmen im Rahmen ihrer Weiterbildung Aufgaben in der Versorgung und sind daher in die Stellenkalkulation einzubeziehen. Dabei kann in den ersten beiden Jahren der Weiterbildung die Kapazität des Weiterzubildenden mit 50 % des Beschäftigungsumfanges und ab dem 3. Jahr der Ausbildung mit 90 % des Beschäftigungsumfanges angerechnet werden. Für Ärztinnen bzw. Ärzte, die sich in der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene befinden, gilt dies analog.

HFK in Weiterbildung wird in Anlehnung an KHH wie folgt gewertet: 50 % im ersten Jahr, 90 % im zweiten Jahr.

Jedes Krankenhaus sollte mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt berufen. Bei getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen (zum Beispiel Hämatologie-Onkologie, internistische Intensivmedizin, Chirurgie mit Intensivstation, Neurochirurgie, Pädiatrie) soll jede Fachabteilung eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt benennen.

Die Vorgaben zum Soll für HFK, KHH und hyg.-beauftragte Ärztinnen/Ärzte müssen während des Überprüfungszeitraums erfüllt sein, falls dies nicht vollständig zutrifft, darf der Zeitraum 12 Kalendermonate nicht überschreiten.

Begehungen mit Überprüfung der Checkliste:

Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und MRGN anhand der Checkliste (eine Überprüfung pro Jahr; nur die bessere Punktzahl fließt in die Wertung ein).

Bepunktung:

Das Hygienefachpersonal wird mit derzeitigem Ausbildungsstatus erfasst.

HFK-Soll erfüllt: 1 Punkt

KHH-Soll erfüllt: 1 Punkt

hyg.-beauftragte Ärztinnen/Ärzte-Soll erfüllt: 1 Punkt

Checkliste: 3,5 Punkte

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 6,5

mind. Punktzahl: 4,5

Überprüfung:

tabellarische Gegenüberstellung von KRINKO-Soll und Krankenhaus-IST für HFK, KHH und hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte
Checkliste

4 Händehygiene

Ziel:

Verbesserung der Händehygiene

Durchführung:

Compliance-Messungen zur Händehygiene. Diese sollen auf mind. zwei Peripherstationen und einer Intensivstation (sofern vorhanden; gibt es keine ITS, aber eine IMC, so sollen die Beobachtungen dort durchgeführt werden) sowie der Station mit dem niedrigsten Händedesinfektionsmittelverbrauch stattfinden. Diese ist im ersten Jahr zu ermitteln, im zweiten Jahr sind die Compliance-Beobachtungen durchzuführen. Die Messungen sind zu protokollieren (Beobachtungsbogen MRE-Netzwerke NRW oder der Aktion Saubere Hände). Pro 100 Messungen wird 1 Punkt vergeben. Die Ergebnisse der Compliance-Beobachtungen werden an die Mitarbeitenden der Stationen zurückgespiegelt, das Feedback ist dokumentiert (1 Punkt). Der Händedesinfektionsmittelverbrauch ist pro Station unter Angabe der Fachrichtung sowie für die Funktionsbereiche zu erfassen und anzugeben (1 Punkt). Krankenhäuser, die an HAND-KISS oder der Aktion Saubere Hände teilnehmen, können den HAND-KISS-Report einreichen.

Bepunktung:

1 Punkt für 100 Messungen; maximal 4 Punkte möglich

1 Punkt für dokumentiertes Feedback

1 Punkt für den Report des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für 2 aufeinanderfolgende Jahre

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 6 Punkte

mind. Punktzahl: 4 Punkte (1 Punkt muss aus dem Report des Händedesinfektionsmittelverbrauchs stammen)

Überprüfung:

Vorlage der Protokolle bzw. Vorlage der Auswertung Aktion Saubere Hände

Vorlage der Dokumentation des Feedbacks

Vorlage des Report des Händedesinfektionsmittelverbrauchs

5 Screening**Ziel:**

Optimierung der Risikoanamnese und des Verfahrens zur Isolierung

Durchführung:

Die Risikoanamnese für das MRSA- und MRGN-Screening erfolgt anhand der bereitgestellten Fragebögen. Alternativ decken die eigenen Fragebögen die vorgegebenen Screeningindikationen ab. Für MRSA kann auch ein Vollscreening erfolgen. Um als Vollscreening gewertet zu werden, darf die monatliche Screeningquote einen Wert von 95 % nicht unterschreiten.

Die Patientinnen und Patienten, die aufgrund der vorgegebenen Screeningindikatoren auf MRGN gescreent werden, sind Hochrisikopatientinnen und -patienten und werden bis zum Vorliegen des Befundes im Einzelzimmer isoliert.

Ermittlung der Screeningzahlen: Zusendung der Tabelle mit der Anzahl der Screeningabstriche für MRSA und MRGN und Anzahl der aufgenommenen Patienten pro Monat.

Bepunktung:

1 Punkt für die Nutzung der Fragebögen (0,5 Punkte pro Bogen; bei MRSA-Vollscreening werden 0,5 Punkte ohne Nutzung eines Fragebogens vergeben)

2 Punkte für die Umsetzung des risikoadaptierten Screenings; auf 2 Stationen müssen in jeweils 4 von 5 Akten Erhebungsbögen vorhanden sein (1 Punkt pro Station)

1,5 Punkte für die Isolierung bis zum Vorliegen des Befundes

1 Punkt für die Screeningzahlen

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 5,5 Punkte

min. Punktzahl: 3,5 Punkte

Überprüfung:

Screening-Fragebogen wird genutzt bzw. eigener Bogen enthält die vorgegebenen Screeningindikationen.

bei MRSA-Vollscreening: Vorlage der Quote

Umsetzung des risikoadaptierten Screenings durch Überprüfung der Patientenakten

Tabelle mit den monatlichen Screeningzahlen und monatlichen Aufnahmezahlen

6 Antibiotic Stewardship

Ziel:

Etablierung wichtiger ABS-Maßnahmen zur Vermeidung von unsachgemäßem Antibiotikaverbrauch und Resistenzentwicklung

Durchführung und Bepunktung:

ABS-Team:

ABS-Team formal ernannt, bestehend aus Klinikerin/Kliniker (Infektiologin/Infektiologe bzw. infektiologisch ausgebildete/r, klinisch tätige/r Fachärztin/Facharzt), Apothekerin/Apotheker (beide ABS geschult; „ABS Advanced“ (DGI) bzw. „Modul 3“ (DGKH)), Mikrobiologin/Mikrobiologe (für die mikrobiologische Diagnostik und klinisch-mikrobiologische Beratung zuständige/r Fachärztin/Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) und der/dem für die Krankenhaushygiene lokal verantwortlichen/m Ärztin/Arzt (1 Punkt). Ist ein ABS-Team vorhanden, das aber nicht alle geforderten Personen einschließt, sind nur 0,5 Punkte zu vergeben.

ABS-Team ist in Arzneimittelkommission vertreten. (0,5 Punkte)

ABS-Team ist in Hygienekommission vertreten. (0,5 Punkte)

Es gibt ein formales zeitliches Deputat für alle Mitglieder des ABS-Teams. (1 Punkt)

Hausinterne Leitlinien:

a) krankenhausspezifische Leitlinie zur empirischen initialen Antibiotika-Therapie, die die wichtigsten Infektionen abdeckt und die mindestens alle 3 Jahre aktualisiert wird. Darin enthalten sind indikationsspezifische Empfehlungen zur kalkulierten Initialtherapie unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzlage sowie Dosisanpassungen bei eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion. (2 Punkte)

b) krankenhausspezifische Leitlinie „Perioperative Prophylaxe“ vorhanden; diese kann auch in der Leitlinie gem. a) integriert sein. Krankenhäuser ohne operative Abteilung erhalten die Punktzahl ohne Vorhandensein dieser Leitlinie. (1 Punkt)

c) krankenhausspezifische Leitlinie „Sequentialtherapie“ vorhanden; diese kann auch in der Leitlinie gem. a) integriert sein. (1 Punkt)

ABS-Visiten:

ABS-Team führt regelmäßig (mindestens 14-tägig) interdisziplinäre Visiten auf Stationen mit besonderer infektiologischer Relevanz (gemäß KRINKO Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:332–351) oder besonders hohem Antibiotikaverbrauch durch (2 Punkte).

ABS-Team führt regelmäßig (es existiert ein festgelegtes Schema) auf zwei infektiologisch relevanten Stationen Punktprävalenzstudien als "Aktensvisiten" durch und überprüft, ob die aktuelle Antibiotika-Therapie leitliniengerecht ist (2 Punkte).

Krankenhäuser, die ABS-Visiten auf mehr als den geforderten Stationen durchführen, können die Punktprävalenzstudien durch die Visiten ersetzen.

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 11

mind. Punktzahl: 6

Überprüfung:

ABS-Team: Nennung der Namen inklusive Qualifikation

für die Vertretungen in den beiden Kommissionen: Erklärung inkl. Namensnennung

Zeitdeputat: Bestätigung der Geschäftsführung mit Nennung des zeitlichen Umfangs

ABS-Visiten: Liste mit den Terminen der stattgefundenen ABS-Visiten (stichpunktartige Anforderung der Protokolle möglich)

Kurzprotokolle der Punktprävalenzanalysen

Vorlage der Leitlinien

7 Information für Patientinnen und Patienten und Informationsweitergabe**Ziel:**

Information über MRE und Wissensvermittlung für Patientinnen und Patienten und Angehörige sowie Verbesserung der Informationsweitergabe zwischen Einrichtungen

Durchführung:Patienteninformation:

Informationsmaterial der MRE-Netzwerke zu MRE (alternativ können auch eigene Informationsmaterialien verwendet werden. Diese müssen inhaltlich den Vorgaben des RKI und damit den Veröffentlichungen des Landesentrums Gesundheit NRW entsprechen) werden für die Informationsgespräche verwendet und den Patientinnen und Patienten ausgehändigt.

Patientinnen und Patienten mit einem MRE und deren Angehörige werden in einem Informationsgespräch über die Bedeutung des jeweiligen MRE und den Konsequenzen aufgeklärt. Die Zuständigkeit und die Verfahrensweise sind im Hygieneplan festgelegt. Es erfolgt eine nachvollziehbare Dokumentation des stattgefundenen Gespräches.

Nutzung des Überleitungsbogens:

Der Überleitungsbogen ist auf jeder Station verfügbar.

Es gibt eine Verfahrensanweisung zur Nutzung des Überleitungsbogens. (1 Punkt)

Eine Kopie des Überleitungsbogens ist in der Patientenakte hinterlegt. Die Häuser verfolgen stichprobenartig (mind. bei einem entlassenen MRE-Patienten pro Monat), ob der Überleitungsbogen bei der Empfängerin/beim Empfänger angekommen ist (namentliche Dokumentation von Senderin/Sender und Empfängerin/Empfänger).

Bepunktung:

Verwendung des Informationsmaterials der MRE-Netzwerke zu MRE (1 Punkt)

Zuständigkeit und Verfahrensweise der Informationsgespräche festgelegt (1 Punkt)

Informationsgespräche haben stattgefunden (Überprüfung von 10 Akten: zu 100 % stattgefunden = 1,5 Punkte; zu 90 % = 1 Punkte; zu 80 % = 0,5 Punkte)

Überleitungsbogen auf jeder Station (0,5 Punkte), es existiert eine Verfahrensanweisung zur Nutzung (1 Punkt).

Überprüfung, ob der Überleitungsbogen angekommen ist (2 Punkte)

Kriterien zum Siegelerwerb:

max. Punktzahl: 7

mind. Punktzahl: 4

Überprüfung:

Informationsmaterial vorhanden

Überprüfung des Hygieneplans und Dokumentation der Informationsgespräche in der Patientenakte

Existenz des Überleitungsbogens und der Verfahrensanweisung.

Die Selbstüberprüfung wird dokumentiert und dargelegt.