

Zertifikat Patientensicherheit. Kriterienkatalog 2.0.



Alles im grünen Bereich.



Inhalt

Therapiesicherheit	6-11
Patientenaufklärung	
Arzneimitteltherapie	
Notfallmanagement	
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	
Pflege.....	12-17
Dekubitusprophylaxe und -behandlung	
Sturzprophylaxe	
Freiheitsentziehende Maßnahmen	
Suche nach vermissten Personen	
Risikomanagement.....	18-21
CIRS (Critical Incidents Reporting System)	
Beschwerdemanagement	
Fehlermanagement	
Hygiene	22-27
Organisation	
Händedesinfektion	
Sterilisation	
Infektionsmanagement	
OP- und Eingriffsmanagement	28-33
Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	
Vermeidung von Patientenverwechslungen	
Befundpräsentation und -kontrolle	
Team-Time-out	
Zählkontrolle	
Umgang mit Materialentnahmen	
Umgang mit lebenserhaltenden Geräten	
Postoperative und postinterventionelle Versorgung	
Checkliste	
Entlassungsmanagement	34
Kommunikation	35
Krisenkommunikation	
Kommunikationsverfahren	
Patientenwille	
Strukturierte Übergabe	

Jede Verwertung dieses Dokuments einschließlich aller seiner Teile ist ohne Zustimmung der DEKRA Certification GmbH unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.



Vorwort

Die nachfolgenden Fragestellungen dienen nicht der abschließenden Prüfung bestehender gesetzlicher Regelungen, sondern zielen darauf ab, anhand definierter Kriterien und Indikatoren den Status der Maßnahmen zur Patientensicherheit zu erheben.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle Kriterien dieses Zertifikats in allen Fachabteilungen anwendbar sind. Hierzu werden Stichproben in allen auf dem Zertifikat genannten Bereichen erhoben.

In den Anmerkungen werden spezifische Auslegungen, Anwendungsunterschiede in verschiedenen Fachabteilungen (zum Beispiel in der Psychiatrie) oder andere Hinweise zur Interpretation der Kriterien hervorgehoben und kursiv geschrieben unter dem jeweiligen Kriterium eingefügt.

Im Audit soll anhand diverser Stichprobennahmen festgestellt werden, in welchem Umfang Regelungen zu den aufgeführten Kriterien in der Klinik vorhanden und umgesetzt sind.

Zur Erreichung des Zertifikats DEKRA Siegel Patientensicherheit müssen für alle Hauptkriterien festgelegte Vorgehensweisen/Verfahrensanweisungen vorliegen, bekannt und umgesetzt sein.

Die Auditbeurteilung ergibt sich aus folgenden Anforderungen:

Hauptabweichung (HA) Das Nichteinhalten einer Anforderung aus dem Kriterienkatalog. Eine Situation, die erhebliche Zweifel aufwirft, die beabsichtigten Ergebnisse in Bezug auf die Patientensicherheit zu erreichen. Eventuelle Hauptabweichungen müssen bis zur Zertifikatserteilung behoben sein.

Nebenabweichung (NA) Das Nichteinhalten eines Teiles oder mehrerer Teile einer Anforderung aus dem Kriterienkatalog. Es dürfen keine erheblichen Zweifel an der Fähigkeit aufkommen, die beabsichtigten Ergebnisse in Bezug auf die Patientensicherheit zu erreichen. Eventuelle Nebenabweichungen sind innerhalb eines festgelegten Zeitraums zu beheben.

Empfehlungen (E) Zeigen Optimierungsmöglichkeiten auf, die zu einer Verbesserung der Patientensicherheit führen können.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.

Therapiesicherheit

1.1 Patientenaufklärung

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Aufklärung der Patienten und/oder deren Betreuer über Ziel, Art und mögliche Risiken der therapeutischen Intervention liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Aufklärung erfolgt vor dem elektiven Eingriff in einem angemessenen Zeitraum (Patientenrechtegesetz) vor dem geplanten Eingriff durch einen ausreichend qualifizierten Arzt.
- B. Die Aufklärung erfolgt anhand von standardisierten (kommerziell oder selbst erstellten) Aufklärungsbögen, die im Gespräch immer individualisiert werden.
- C. Wenn ein Patient nicht Deutsch spricht oder kognitiv eingeschränkt ist, werden Maßnahmen ergriffen, die das Verständnis unterstützen.

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zum Umgang mit Arzneimitteln, mit Blut und Blutbestandteilen und falls notwendig mit anderen speziellen Therapeutika wie z. B. Zytostatika liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Anordnung erfolgt schriftlich, lesbar und möglichst ohne Abkürzungen durch den Arzt.
- B. Bereits vom Patienten eingenommene Medikamente werden systematisch erhoben und die Neuansordnungen werden nach einem anerkannten Verfahren geprüft.

Anmerkung: Die Überprüfung erfolgt z. B. mit dem IFAP-Index der Service-Institut für Ärzte und Apotheker GmbH, München, z. B. mit der ROTEN LISTE der Rote Liste® Service GmbH, Frankfurt a. M., mit der PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen der Universität Witten Herdecke.

- C. Allergien und Unverträglichkeiten werden geregelt erfragt, dokumentiert und kommuniziert.
- D. Die Berechnung der Nierenfunktion (Glomeruläre Filtrationsrate bzw. GFR) erfolgt bei allen Patienten ab 65 Jahren.
- E. Übertragungen werden ebenso wie die Annahme telefonischer Anordnungen grundsätzlich vermieden. Bei unvermeidbaren Fällen wird dies zeitnah durch den anordnenden Arzt nachdokumentiert.
- F. Anordnungen zur Bedarfsmedikation enthalten eindeutige Indikationsbeschreibungen und neben der Einzeldosis auch die maximale 24-Stunden-Dosis.
- G. Es liegt ein Verfahren vor, das bei „gestellten“ Medikamenten mögliche Fehler identifiziert.
- H. Es sind Maßnahmen implementiert, um Fehler durch Look-Alike- und Sound-Alike-Arzneimittel zu vermeiden.

Anmerkung: Ähnliche Verpackungen mit unterschiedlichen Wirkstoffen oder Dosierungen (deren Verwechslung gravierende Folgen hätte) werden kontinuierlich identifiziert und Mitarbeitern bekannt gemacht bzw. gekennzeichnet.

- I. Die Arzneimittelbestellung, -verordnung und -lagerung erfolgen nach einheitlichem System (z. B. wirkstofforientiert).
- J. Arzneimittel werden entsprechend den Herstellervorgaben gelagert und befinden sich innerhalb des Mindesthaltbarkeitsdatums.
- K. Medikamente, deren Verfallsdatum sich nach der Öffnung verändert, sind entsprechend gekennzeichnet.
- L. Die Ergebnisse der Antibioseanalysen finden Berücksichtigung bei den Anordnungen.
- M. Ist ABS eingeführt (oder erfolgt ggf. eine Beratung durch den Apotheker)?
- N. Besonderheiten bei Sondenverabreichungen sind bekannt und werden berücksichtigt.

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zum Verhalten bei medizinischen und psychiatrischen Notfällen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

1.3 Notfallmanagement

- A. Es existiert ein Reanimationsteam mit Erreichbarkeit über 24 Stunden.
- B. Alle Mitarbeiter werden nachweislich mindestens alle zwei Jahre im Umgang mit medizinischen Notfällen im Krankenhaus geschult.
- C. Die Grundausstattung der Reanimationseinheit ist standardisiert. Es werden regelmäßig die Notwendigkeit und Eignung des Inventars überprüft (Bestandsverzeichnis).
- D. Die Inhalte der Reanimationseinheit und die Defibrillatoren werden regelmäßig (mind. einmal pro Monat und nach jeder Benutzung) und nachweislich (z. B. Prüfprotokolle) durch definierte Personen auf Gültigkeit und Funktionsfähigkeit überprüft.
- E. Den Mitarbeitern ist bekannt, wie das Reanimationsteam zu erreichen ist und wie die Alarmierung zu erfolgen hat.

Anmerkung: Die Mitarbeiter kennen die zentrale Notrufnummer bzw. den Standort des Alarmknopfs.

- F. Auch für stationsfremdes Personal (z. B. neue Mitarbeiter, Leasing-Personal usw.) ist eindeutig erkennbar, wie eine Alarmierung im Reanimationsfall erfolgt und wo sich ggf. lokal vorgehaltenes Equipment befindet.

Anmerkung: Die zentrale Notrufnummer oder ein Alarmierungsplan hängen aus. Die Aufklärung über die Alarmierung im Reanimationsfall ist Bestandteil der Einarbeitung und kann schriftlich nachgewiesen werden. Kennzeichnung von Räumen/Schränken ist vorhanden.

- G. Zu jedem Reanimationseinsatz wird ein standardisiertes Protokoll erstellt, das in der Patientenakte abgelegt wird.

- H. Jede Reanimation wird mit den Beteiligten nachbesprochen.

Anmerkung: Die Form der Nachbesprechung ist nicht festgelegt, ist aber beim jeweiligen Verantwortlichen nachvollziehbar.

- I. Es ist bekannt, an wen sich die Mitarbeiter bei psychiatrischen Notfällen wenden können.
- J. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zum Umgang mit psychiatrischen Notfällen und Krisen geschult.
- K. Ein Delirmanagement ist vorhanden.
- L. Ein Sepsismanagement ist vorhanden
(Früherkennung – Diagnostik und Therapie).

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Durchführung von M&M-Konferenzen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

1.4 Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

- A. M&M-Konferenzen werden in allen Abteilungen bei unerwünschten Behandlungsverläufen und zu deren retrospektiver Betrachtung durchgeführt.
- B. M&M-Konferenzen sind in der Regel interdisziplinär und interprofessionell.

Anmerkung: Sowohl Ärzte mehrerer Fachgebiete als auch andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Pflegekräfte oder Mitarbeiter des Funktionsdienstes, werden eingeladen und nehmen teil.

- C. Zeitliche Intervalle für die Durchführung der Konferenzen sind festgelegt (mindestens vier Mal pro Jahr).
- D. Es gibt definierte Verantwortliche für die Konferenzen.
- E. Die Konferenzen werden dokumentiert.

Anmerkung: Die Dokumentation umfasst die Teilnehmer, Datum, Ort der Besprechung, besprochene Fälle (ohne Details) und abgeleitete Maßnahmen.

- F. Die Ergebnisse werden bereichs- und ggf. standortübergreifend kommuniziert.

Pflege

2.1 Dekubitusprophylaxe und -behandlung

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Vermeidung eines Dekubitus und zur Behandlung von Dekubitalulcera liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult.

Anmerkung: Siehe Expertenstandard Dekubitusprophylaxe.

- B. Bei Risikopatienten wird die Kriterienbasierte Risikoerfassung durch Hautinspektion innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme und danach in festzulegendem Zeitintervall bzw. bei Veränderungen nachvollziehbar dokumentiert durchgeführt.

Anmerkung: Es ist ausreichend, wenn die Pflegekraft das Prozedere der regelhaften Risikoeinstufung kennt und die Kriterien benennen kann. Die Anwendung einer Risikoskala (z. B. nach Braden) ist laut Expertenstandard nicht unbedingt gefordert. Zur Prüfung kann eine stichprobenartige Kontrolle der Patientenakte durchgeführt oder ein elektronischer Nachweis im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) angefordert werden.

- C. Präventionsmaßnahmen werden unter Nutzung geeigneter Hilfsmittel nachweislich geplant, durchgeführt und überwacht.

Liegt ein Dekubitus vor, erfolgt die Dokumentation von Lokalisation, Schweregrad, Größe und Ausdehnung der Wunde sowie der Zeitpunkt der Entstehung in der von der Pflegedirektion vorgegebenen Art und Weise (Papier oder KIS).

Anmerkung: Die Größe und Ausdehnung kann durch Maßangaben, besser aber durch ein Foto mit Maßband nachgewiesen werden. Ab Schweregrad 2 des Dekubitus erfolgt eine fotografische Dokumentation. Mit Zeitpunkt der Entstehung ist gemeint, ob der Patient mit dem Dekubitus gekommen oder ob dieser während des Aufenthalts entstanden ist.

- D. Maßnahmen zur Behandlung von Dekubitalulcera werden multiprofessionell geplant und dokumentiert durchgeführt (ärztliche Anordnungen, Einbeziehung von Wundmanagern, Ernährungsberatern usw).

Anmerkung: Hierzu muss die Pflegekraft auch die Inhalte des Expertenstandards Umgang mit chronischen Wunden einbeziehen können.

- E. Im Haus erworbene Dekubitalulcera werden als solche erfasst, statistisch ausgewertet und einer systematischen Analyse unterzogen.

Anmerkung: Bei einer Häufung von Dekubitalulcera auf einer Station/in einem Bereich erfolgen eine systematische Ursachenanalyse und die Ableitung von Maßnahmen.

2.2 Sturzprophylaxe

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Vermeidung von Stürzen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zum Thema geschult.
- B. Eine kriterienbasierte Einstufung des Sturzrisikos ist innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme durchgeführt.

Anmerkung: Die Anwendung einer Risikoskala ist laut Expertenstandard nicht unbedingt gefordert.

- C. Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von (weiteren) Sturzereignissen werden nachweislich geplant und durchgeführt.
- D. Personen, die nicht unmittelbar an der Versorgung des gefährdeten Patienten beteiligt sind (z. B. Angehörige, Patientenbegleitservice, Funktionsbereiche usw.), werden systematisch über die Sturzgefährdung informiert.
- E. Stürze von Patienten im Krankenhaus werden geregelt erfasst und ausgewertet.

Anmerkung: Bei einer Häufung von Sturzereignissen auf einer Station/in einem Bereich erfolgt eine systematische Ursachenanalyse und die Ableitung von Maßnahmen.

2.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zum Thema geschult.

Die Mitarbeiter kennen die gesetzlichen Anforderungen und die Möglichkeiten zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Fixierungen, Zwangsmedikation und Isolation und wenden sie wo immer möglich an.

- B. Für vollzogene freiheitsentziehende Maßnahmen liegen schriftlich begründete und zeitlich befristete Anordnungen durch den zuständigen Arzt vor.
- C. Die Notwendigkeit der Maßnahme wird nachweislich regelmäßig durch einen Arzt überprüft. Verlängerungen der zeitlich befristeten freiheitsentziehenden Maßnahme sind begründet und in der Dokumentation nachvollziehbar.
- D. Den Mitarbeitern ist bekannt, ab wann, wie und durch wen eine Genehmigung durch das Amtsgericht eingeholt werden muss.
- E. Der Patient bzw. sein Betreuer wird nachweislich über die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme aufgeklärt.

Anmerkung: Sofern möglich, sollte vorab eine Information des Patienten über die bevorstehende freiheitsentziehende Maßnahme erfolgen.

- F. Der Patient wird bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme nachweislich regelmäßig überwacht.

Anmerkung: Es ist schriftlich festgelegt, in welchen Abständen eine Pflegekraft den Patienten überwacht, was die Minimalanforderungen an eine Überwachung sind und bei welchen freiheitsentziehenden Maßnahmen eine 1:1-Betreuung unumgänglich ist.

- G. Aus der Dokumentation sind der Zeitpunkt von Beginn und Ende der freiheitsentziehenden Maßnahme, die durchführenden Personen sowie der Verlauf der freiheitsentziehenden Maßnahme eindeutig zu erkennen.
- H. Fixierungen werden im Team nachbesprochen.

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung bei der Suche nach vermissten Personen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

2.4 Suche nach vermissten Personen

- A. Eine Weglauftendenz wird wo möglich bereits bei der Aufnahme erfasst.
- B. Präventionsmaßnahmen werden wo möglich ergriffen.
Anmerkung: Hierunter versteht man z. B. Zimmer in der Nähe des Stützpunktes, Sensormatten o. Ä.
- C. Die Suche nach vermissten Personen wird dokumentiert.

Risikomanagement

3.1 CIRS (Critical Incidents Reporting System)

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zum Umgang mit CIRS liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Es ist ein Meldesystem für Beinaheschäden (CIRS) installiert, das die Anonymität des bzw. der Meldenden sicherstellt.
- B. Den Mitarbeitern sind die Grundlagen (Anonymität, Sanktionsfreiheit), das Meldesystem, die Verantwortlichen und der Bearbeitungsablauf bekannt.
- C. Es findet eine strukturierte Bearbeitung der CIRS-Meldungen statt.
- D. Es werden nachweislich Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen aus den CIRS-Meldungen abgeleitet.
- E. Abgeleitete Maßnahmen aus CIRS-Meldungen werden angemessen auf Wirksamkeit überprüft.
- F. Es erfolgt ein regelmäßiges Feedback über CIRS-Meldungen an die Mitarbeiter.

Anmerkung: Dies können z. B. Fälle des Monats sein.
- G. Es gibt eine Sammlung aller eingegangenen CIRS-Meldungen mit Inhalt, Ursachen und ggf. Handlungsempfehlungen für die CIRS-Verantwortlichen.

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zum Umgang mit Beschwerden liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

3.2 Beschwerdemanagement

- A. Ein System zur Beschwerdestimulation mittels dafür geeigneter Maßnahmen wie z. B. Aushängen, Flyern, benannten Beschwerdebeauftragten ist installiert.
- B. Den Mitarbeitern sind die Grundlagen, das Meldesystem, die Verantwortlichen und der Bearbeitungsablauf bekannt.
- C. Beschwerden werden zentral erfasst.

Anmerkung: Im Regelfall sollten alle Beschwerden zentral erfasst werden. Das bedeutet, dass eine zentrale fachabteilungsübergreifende Erfassung/Sammlung der Daten erfolgt.

- D. Es erfolgt eine termingeleitete Beschwerdebearbeitung mit individueller schriftlicher Rückmeldung oder mit persönlichen Gesprächsterminen mit dem Beschwerdeführer.
- E. Es erfolgt in festgelegten Abständen eine Auswertung eingegangener Beschwerden.

Anmerkung: Eine Auswertung sollte mindestens einmal jährlich innerhalb des dafür festgelegten Abstands durchgeführt werden.

- F. Es werden nachweislich Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen abgeleitet.

Anmerkung: Abgeleitete Maßnahmen werden angemessen auf Wirksamkeit überprüft. Je nach Maßnahme muss eine angemessene Überprüfung der Wirksamkeit nachvollziehbar erfolgen und es müssen schriftliche Nachweise über die Ergebnisse vorliegen.

3.3 Fehlermanagement

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zum Umgang mit Fehlern, Schadenereignissen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

A. Den Mitarbeitern sind die Grundlagen, das Meldesystem, die Verantwortlichen und der Bearbeitungsablauf bekannt.

B. Es findet eine strukturierte Meldung von Fehlern bzw. unerwünschten Ereignissen und anderen besonderen Vorkommnissen statt.

Anmerkung: Besondere Vorkommnisse sind einheitlich definiert. Die Meldung ist verpflichtend geregelt und erfolgt in schriftlicher Form.

C. Es wird nachweislich eine Ursachenanalyse durchgeführt und daraus werden Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen abgeleitet.

Anmerkung: Abgeleitete Maßnahmen von Fehlern (unerwünschten Ereignissen) werden systematisch auf Wirksamkeit überprüft.

D. Eine schriftliche Verfahrensanweisung zum Umgang mit Fehlern bzw. unerwünschten Ereignissen ist vorhanden.

Hygiene

4.1 Organisation

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensweisung zur Umsetzung behördlicher und gesetzlicher Forderungen zum Schutz vor und zum Verhalten bei Auftreten infektiöser Erkrankungen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Zentrale Regelung: Die aktuellen KRINKO-Empfehlungen zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen werden umgesetzt.
- B. Eine Hygienekommission ist eingerichtet und tagt regelmäßig.
- Anmerkung: Verantwortliche und Mitglieder sind benannt. Der Tagungsrythmus ist auf mindestens zweimal jährlich festgelegt. Nachweise wie Tagesordnung, Protokoll, Teilnehmerliste sind vorhanden. Beschlüsse der Hygiene-Kommission werden systematisch (definierte Verantwortlichkeiten, Termine) und nachvollziehbar dokumentiert umgesetzt.*
- C. Das Krankenhaus hat ein System (Ansprechpartner, Kontaktdaten) für die infektiologisch-pharmazeutische Beratung etabliert. Das Krankenhaus hat ein System (Ansprechpartner, Kontaktdaten) für die klinisch-mikrobiologische Beratung etabliert.
- D. Entsprechend qualifizierte Personen sind benannt. Namen und Kontaktdaten sind hinterlegt und bekannt.
- E. Ein Notfallmanagement im Bereich Krankenhaushygiene ist vorhanden.
- Anmerkung: Der Umgang mit meldepflichtigen Krankheiten ist geregelt.*
- F. Es finden regelmäßige Routinekontrollen zu unterschiedlichen Schwerpunkten statt.
- Anmerkung: Zu den Routinekontrollen gibt es einen Plan und entsprechende Nachweise.*

- G. Es werden nachweislich Maßnahmen aus den Routinekontrollergebnissen abgeleitet.

Anmerkung: Als Nachweis ist jedweder schriftliche Nachweis zulässig (z. B. Begehungsprotokoll). Bei der Schwarzlichtkontrolle ist die Bestätigung durch Unterschrift auf der Teilnehmerliste ausreichend. Die Bereiche werden über die Ergebnisse der Überprüfung der Hygienemaßnahmen informiert.

- H. Das Meldeverfahren bei meldepflichtigen Krankheiten ist bekannt, Verantwortliche können benannt und das Meldeformular gemäß § 6–9 IfSG vorgewiesen werden.
- I. Das Meldewesen an die Hygieneabteilung beim Umgang mit Infektionen ist geregelt, z. B.
- > den MRSA bzw. Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*,
 - > den Noro- bzw. Norwalk-like-Viren oder
 - > anderen MRE- bzw. multiresistenten Erregern.

Anmerkung: Sofern die Meldung nicht automatisch über das Labor auch an die Hygienefachkraft erfolgt, muss definiert sein, wer für die Meldung an die Hygienefachkraft zuständig ist und bis wann die Meldung nach Bekanntwerden zu erfolgen hat.

- J. MRSA-, Noro- und MRE-Vorkommen werden systematisch erfasst und bewertet.

Anmerkung: Für die Infektionsdaten sowie daraus abzuleitende Maßnahmen liegen schriftliche Bewertungen vor. Die Surveillance von hygiene relevanten Daten (multiresistente Erreger bzw. nosokomiale Infektionen) erfolgt systematisch und mittels validierten Verfahrens. Die Bewertung dieser Daten wird als Tagesordnungspunkt in der Hygienekommissionssitzung besprochen.

- K. Für alle Bereiche liegen Hygienepläne vor.
- L. Kurzinformationen für Mitarbeiter, Patienten und Angehöriger zum Verhalten bei häufigen Infektionserkrankungen, z. B. MRSA, MRE, Noro sind in den Bereichen vorhanden.

4.2 Händedesinfektion

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Durchführung von Händedesinfektionen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Schulungen zur korrekten Händedesinfektion werden für alle Mitarbeiter durchgeführt.
- Anmerkung: Hier sind alle an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiter in Bereichen mit Patientenkontakt gemeint. Für neue Mitarbeiter/Praktikanten gibt es eine Regelung, in welchem Zeitraum diese nach Arbeitsantritt geschult werden. Die geplanten Schulungsmaßnahmen inklusive Nachschulungsverfahren sind anhand eines Schulungsplans einzusehen. Über die durchgeführten Mitarbeiterschulungen bestehen Nachweise.*
- B. Die in der Verfahrensanweisung bzw. im Hygieneplan angegebenen Desinfektionsmittel stehen zur Verfügung.
- Anmerkung: Spezielle Desinfektionsmittel müssen nicht auf der Station bevorratet, können aber zeitnah beschafft werden.*
- C. Eine Vorgehensweise für Routinekontrollen der korrekten Durchführung der Händedesinfektion ist in der Praxis umgesetzt.
- Anmerkung: Als Beispiele für Routinekontrollen sind Derma-Checkbox, Schwarzlichtlampe, teilnehmende Beobachtung der Händedesinfektion, Abklatschuntersuchung geeignet. Der Desinfektionsmittelverbrauch kann auch ein Indikator sein, reicht aber alleine nicht aus.*
- D. Die Bereiche werden nachweislich über die Routinekontrollergebnisse informiert.
- E. Hinweise an den Waschplätzen, wie die hygienische Händedesinfektion nach den aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) durchgeführt wird (z. B. Bildaushang), und Kurzinformationen zur Händedesinfektion sind vorhanden.

4.3 Sterilisation

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Die Bereiche der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten werden jährlich von einer fachkundigen Person (z. B. Hygienefachkraft) begangen.
- Anmerkung: Es liegt ein Begehungsbericht vor, der die geprüften Bereiche, die aufbereiteten und sterilisierten Medizinprodukte und das Ergebnis erkennen lässt und nicht älter als ein Jahr ist. Für Einrichtungen mit Versorgung durch einen externen Dienstleister liegt alternativ ein aktuell gültiges Zertifikat einschließlich Auditbericht für DIN EN ISO 13485:2007 vor.*
- B. Begehungs- bzw. Auditberichte werden generell in der Hygienekommission beraten.

4.4 Infektionsmanagement

**Festgelegte Vorgehensweise/
Verfahrensweisung zum
Umgang mit MRSA-, MRE- oder
Noro-besiedelten Patienten
liegen vor, sind bekannt und
werden umgesetzt.**

- A. Ein risikoadaptiertes MRSA-Aufnahmescreening ist festgelegt.
- Anmerkung: Alle Patienten oder Risikogruppen, bei denen ein MRSA-Aufnahmescreening zu erfolgen hat, sind in Hygieneplan oder VA definiert.*
- B. Die Diagnose bei drei oder vier Antibiotika betreffenden multiresistenten gramnegativen Bakterien bzw. drei oder vier MRGN und bei Noro-Verdacht erfolgt gesichert.
- Anmerkung: Es muss nicht bei allen Verdachtsfällen eine gesicherte Diagnose über eine Stuhlprobe erfolgen. Wenn bei Kontaktpersonen das Virus nachgewiesen wurde und eine gleiche Symptomatik besteht, ist keine Stuhlprobe notwendig.*
- C. RKI-analoge Vorgehensweisen für die Isolierung von mit MRSA-, MRE- oder Noro-Viren besiedelten oder verdächtigen Patienten sind bekannt und werden umgesetzt.
- Anmerkung: Patient, Stationsmitarbeiter, Reinigungskräfte, externe Dienstleister, Angehörige und Besucher werden über die Isolation informiert. Standardisierte Patienten- und Besucherinformationen hinsichtlich der Übertragungswege und Hygienemaßnahmen bei Patienten mit MRSA, MRE und Noro-Viren liegen vor. Für kognitiv beeinträchtigte Patienten finden die Vorgaben unter 1.1 C Anwendung.*
- D. Schulungen zum Umgang mit MRSA-, MRE- oder Noro-besiedelten Patienten werden für alle patientennahen Mitarbeiter auf der Basis eines Schulungsplans durchgeführt.
- Anmerkung: Der Schulungsplan enthält die Schulungstermine für das laufende Geschäftsjahr. Über die durchgeführten Mitarbeiterschulungen bestehen Nachweise. Es liegt eine Mitarbeiterliste aller patientennah arbeitenden Mitarbeiter vor. Die Teilnahme an der Schulung ist von den patientennah arbeitenden Mitarbeitern in Form einer Unterschrift dokumentiert.*

- E. Die in den Verfahrensanweisungen/im Hygieneplan vorgegebenen Desinfektionsmittel und Schutzausrüstungen sind auf der Station/in dem Bereich vorhanden bzw. können zeitnah beschafft werden. Zeitnah bedeutet, dass niemand gezwungenermaßen das Zimmer ohne Schutzkleidung betreten muss.
- F. Es erfolgen regelmäßige Überprüfungen, ob die Hygienemaßnahmen MRSA-, MRE- und Noro-Viren-Patienten eingehalten werden.
- G. Das MRSA-, MRE- und Noro-Viren-Vorkommen wird geregelt erfasst (z. B. Surveillance-Statistik) und ausgewertet.
- H. Hygienepläne mit Verfahrensanweisungen zu meldepflichtigen Krankheiten gemäß § 6–9 IfSG und zum Verhalten bei MRSA, Noro und MRE sind vorhanden.

OP- und Eingriffsmanagement

5.1 Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Eine festgelegte Verfahrensweise/Verfahrensanweisung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen bei operativen und interventionellen Eingriffen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Bei operativen Eingriffen erfolgt eine eindeutige Markierung des OP-Gebietes durch den Operateur (oder einen verantwortlich betreuenden oder aufklärenden Arzt).

Anmerkung: Die Markierung wird durch konsequentes Beachten und Ausfüllen der OP-Sicherheits-Checkliste prä- und intraoperativ geprüft.
- B. Bei interventionellen Eingriffen (auch Diagnostik) erfolgt eine eindeutige Zuordnung des Patienten zu einer Untersuchung.
- C. Art und Verantwortlichkeiten zum Vorgehen bei Unstimmigkeiten sind festgelegt und bekannt.
- D. Für jeden Patienten sind die zum Narkoseprozess notwendigen Dokumente vorhanden und vollständig ausgefüllt.

Anmerkung: „Festlegungen zum Informationsfluss zum Beispiel im Fall von Vorerkrankungen, Allergien oder bekannten Narkosezwischenfällen des Patienten sind bekannt.“

5.2 Vermeidung von Patientenverwechslungen

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Vermeidung von Patientenverwechslungen liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Es sind Festlegungen getroffen, wann und wie eine eindeutige Patientenidentifikation bei ansprechbaren und bei nicht ansprechbaren Patienten (z. B. anhand ausweisender Dokumente, Selbstauskunft, Angehöriger o. Ä.) bei der Aufnahme und im Verlauf erhoben werden; sind bekannt und werden umgesetzt.

Anmerkung: Ein Patientenarmband ist (außerhalb des OPs) keine zwingende Anforderung, sofern andere geeignete Maßnahmen zur eindeutigen Patientenidentifikation ergriffen werden.
- B. Es sind Festlegungen getroffen, wie vorzugehen ist, wenn kein Name in Erfahrung gebracht werden kann.
- C. Eine patientenbezogene Dokumentation ist durchzuführen.

5.3 Befundpräsentation und -kontrolle

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensweisung, die sicherstellt, dass Röntgenbilder und andere wichtige Befunde präoperativ vorliegen und von den Verantwortlichen bewertet wurden, liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Verantwortliche und frühzeitige Prüfzeitpunkte für die Befunde sind definiert.
- B. Eine Vorgehensweise beim Fehlen wichtiger Befunde im OP ist festgelegt.

Anmerkung: Zum Beispiel findet dann eine Narkoseeinleitung nicht statt oder der OP-Eingriff wird nicht begonnen. Es sind Verantwortliche definiert, die das weitere Vorgehen/die Beschaffung der Befunde bestimmen.
- C. Das Vorliegen der Befunde ist (z. B. in der OP-Checkliste) dokumentiert.

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensweisung, die sicherstellt, dass die Identität des Patienten, die OP-Lokalisation, der geplante Eingriff, vorhersehbare kritische OP-Schritte, die erwartete OP-Zeit und der erwartete Blutverlust sowie individuelle Besonderheiten präoperativ vorgestellt werden, liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

5.4 Team-Time-out

- A. Die Vorgehensweise bei Unstimmigkeiten während des Team-Time-outs ist festgelegt. Verantwortlichkeiten und Befugnisse sind definiert.

Anmerkung: Es wird empfohlen, dass das Team-Time-out vom Behandlungsteam, initiiert durch den Operateur, durchgeführt wird.
- B. Die Durchführung des Team-Time-outs ist dokumentiert.

5.5 Zählkontrolle

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensweisung zu Zählkontrollen von z. B. Bauchtüchern, Tupfern, Instrumenten liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Es finden prä-, intra- und postoperative Zählkontrollen nach dem Vier-Augen-Prinzip statt.
- B. Eine Vorgehensweise zum Umgang/Vorgehen bei Differenzen in der Zählkontrolle ist festgelegt.

Anmerkung: Verantwortlichkeiten und Befugnisse sind definiert, z. B. OP-Pflege darf OP bei Differenzen in der Zählkontrolle stoppen. Darüber hinaus ist definiert, in welchen Schritten weiter vorzugehen ist, um den Verbleib in eröffneten Körperhöhlen auszuschließen bzw. zu bestätigen.
- C. Aus der Dokumentation ist eindeutig erkennbar, wer gezählt hat (zwei Personen) und wie viele Bauchtücher, Tupfer etc. prä-, intra- und postoperativ vorhanden waren und wie viele davon gebraucht wurden.

5.6 Umgang mit Materialentnahmen

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung, die sicherstellt, dass Materialentnahmen regelrecht versorgt und eindeutig gekennzeichnet der weiteren Befundung, z. B. in der Pathologie zugeführt werden, liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Probengefäße und dazugehörige Antragscheine sind vollständig und sicher beschriftet.
- B. Es ist nachvollziehbar (z. B. Ausgangsbuch oder -datei), wie viele Proben/Abstriche den OP-Saal verlassen haben und zur Transportstelle gebracht wurden und wie viele von dort abgeholt wurden.

5.7 Umgang mit lebenserhaltenden Geräten

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Vermeidung von auftretenden Funktionsstörungen bei (lebenserhaltenden) Geräten liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Der Nachweis der verpflichtenden Mitarbeitereinweisung liegt vor.
- B. Lebenserhaltende Geräte sind identifiziert, es werden wo immer möglich Ersatzgeräte vorgehalten.
- C. Anwendungskontrollen zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit lebenserhaltender Geräte sind festgelegt und werden nachvollziehbar durchgeführt und dokumentiert.
- D. Defekte Geräte werden eindeutig gekennzeichnet und repariert.

Anmerkung: Die Kriterien zu Punkt 5.7 gelten auch für die entsprechenden Geräte außerhalb des OPs bzw. in anderen interventionellen Bereichen.

5.8 Postoperative und postinterventionelle Versorgung

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur postoperativen und postinterventionellen Überwachung in der Aufwachphase und der anschließenden Versorgung liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Postoperative Anordnungen für Ärzte, Pflegekräfte und Geburtshelfer auf den Stationen sind von Operateur und Anästhesist nachweislich festgelegt.
- B. Die Freigabe der Verlegung ist eindeutig nachvollziehbar und entspricht den definierten Verantwortlichkeiten.

5.9 Checkliste

Eine Sicherheitscheckliste für den OP in Anlehnung an die WHO-Checkliste oder die Checkliste vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) oder die Checkliste der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Sicherheit im OP ist im Alltag eingeführt und wird überwacht.

Anmerkung: Bei selbst entwickelten Checklisten müssen die wesentlichen Aspekte der OP-Checklisten nach WHO/APS erfüllt sein. Im Detail können die Unteraspekte abweichen.

- A. Es ist schriftlich festgelegt, wie bei nicht ausgefüllten OP-Checklisten (z. B. an der Patientenschleuse) zu verfahren ist.
- B. Die ausgefüllte Checkliste wird in der Patientenakte aufbewahrt.
- C. Es findet eine Evaluation der Nutzung der OP-Checkliste statt.

Entlassungsmanagement

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur Sicherstellung einer geplanten Patientenentlassung liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Verantwortliche Personen sind benannt, notwendige Abstimmungen werden durchgeführt.
- B. Die Entlassungsplanung ist nachvollziehbar dokumentiert.
- C. Das Entlassungsgespräch ist nachvollziehbar dokumentiert .
- D. Der Prozess Entlassungsmanagement wird evaluiert.

Anmerkung: Das Entlassungsmanagement berücksichtigt auch externe Verlegungen.

Anmerkung: Das Haus legt fest wie der Prozess evaluiert wird

Kommunikation

Eine festgelegte Vorgehensweise/Verfahrensanweisung zur sicheren, interprofessionellen Informationsweitergabe liegt vor, ist bekannt und wird umgesetzt.

- A. Ein Verfahren für eine Krisenkommunikation nach unerwünschten Ereignissen ist vorhanden (z. B. Ereignissen mit öffentlichem Interesse).
- B. Ein Kommunikationsverfahren für besondere Situationen (Behandlung von Notfällen, Reanimation) ist etabliert, das Missverständnissen entgegenwirkt und die Therapiesicherheit erhöht (z.B. Notfallkommunikation nach dem Crew-Ressource-Management oder der Closed-Loop-Kommunikation).
- C. Im Unternehmen ist festgelegt, dass eine vorhandene Patientenverfügung und der Patientenwille, z. B. AND-Bogen erfasst wird. Der Umgang damit ist geregelt.
- D. Eine strukturierte Übergabe bei interner Verlegung ist sichergestellt.

DEKRA Certification GmbH
Handwerkstraße 15
70565 Stuttgart
Telefon +49.711.7861-2566
Telefax +49.711.7861-2615
certification.de@dekra.com
www.dekra-certification.de

Änderungen vorbehalten.
AM41-05.19