

Erläuterungen zu den Qualitätszielen zur Erlangung des mre-netz regio rhein-ahr

Hygienesiegel für Pflegeeinrichtungen 2019

- Die Siegellaufzeit beträgt 4 Jahre: 2019-2022.
- Das Kalenderjahr 2018 ist Qualifizierungsjahr.
- Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes QZ werden maximal 5, 10 oder 15 Qualitätspunkte (QP) vergeben. Insgesamt können gemäß folgender Tabelle bis zu 100 QP vergeben werden. Für Erlangung des Siegels muss im Qualifizierungsjahr für jedes Qualitätsziel zumindest je 1 QP, und 60% der Gesamtpunktzahl erreicht werden.
- Die Qualitätsziele werden im Rahmen der amtsärztlichen (Routine-) Überwachung im Qualifizierungsjahr 2018 abgefragt.
- Die Qualitätsziele können auch in Folgejahren bei Begehung durch das Gesundheitsamt abgefragt werden. Bei Verlust eines QZ in den Folgejahren kann die Einrichtung aus der online verfügbaren Liste gesiegelter Einrichtungen entfernt werden; eine Zulassung zur erneuten Siegelung 2022 kann im Ausnahmefall vom Gesundheitsamt verweigert werden.

1. Hygienekommission und Hygienebeauftragte	5
2. Internes Audit	5
3. Prävalenzerhebung und Harnwegskatheter Checklisten	10
4. Verfahrensanweisung für Umgang mit MRGN	10
5. Verfahrensanweisung Ausbruch	15
6. Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion	15
7. Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/PSA	10
8. Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeiten: Injektion/Infusion	10
9. Umsetzung der Verfahrensanweisung Händehygiene	10
10. Hausinterne Schulungen	10
GESAMT	100

QZ_1 Durchführung der Aufgaben einer Hygienekommission und Nachweis der Schulung von Hygienebeauftragtem und Stellvertreter (Umsetzung Hygienekommission/Hygienebeauftragte Pflegekraft)

Ziel: Beratung der Geschäftsführung in Hygienefragen, Diskussion aktueller Hygienethemen

Durchführung: max. 5 QP. Die teilnehmende Einrichtung installiert oder verfügt bereits über eine Hygienekommission, die einer Geschäftsordnung (GO) folgt. Die GO erfüllt als Mindestanforderung die Inhalte der Muster-GO, die durch das Netzwerk zur Verfügung gestellt ist. Grundelemente sind die Beteiligung der Geschäftsführung, das Führen von Protokollen, Teilnehmerlisten, eine Frequenz von mindestens zwei Sitzungen pro Jahr, und mindestens jährliche Prüfung, ob Abklärungsbedarf bezüglich des Hygieneplans besteht. Jährlicher Nachweis der Schulung des Hygieneplans.

Ein Hygienebeauftragter und ein Stellvertreter sind nachweislich in der Hygiene in der (Alten-) Pflege geschult und werden zur Durchführung ihrer Aufgaben von anderen Pflegeaufgaben freigestellt. Beim Audit wird geprüft, welche Bestandteile schon gelebt werden. Erreichbar sind insgesamt 5 QP.

2 Hygienekommissionssitzungen pro Jahr und Führen eines Protokolls; Prüfung der Aktualisierung und der Schulung des Hygieneplans, jeweils jährlich (IfSG §36)	/ 1
Benennung einer(s) Hygienebeauftragten/HFK und Stellvertreters und Nachweis der Ausbildung der(s) Hygienebeauftragten (mindestens 100 Stunden) und eines Stellvertreters (mindestens 48 Stunden, nach Möglichkeit aber 100 Stunden Ausbildung)	/ 2
Nachweis der Freistellung der(s) Hygienebeauftragten/HFK und eines Stellvertreters (Ziel pro Woche: 1 Stunde pro Bewohner oder 1 Arbeitstag pro 80-Betten Einrichtung; Nachweis siehe Arbeitsplatzbeschreibung, Stellenbeschreibung, Arbeitsvertrag)	/ 2
GESAMT	/ 5

QZ_2 Internes Audit

Ziel: Eigenkontrolle der Umsetzung von Qualitätszielen

Durchführung: max. 5 QP. Das mindestens einmal jährlich durchgeführte Interne Audit wird mit dem Altenheimsiegel 2019 anhand von zwei Schwerpunkten eingeführt. Für die Durchführung der Eigentrolle bezüglich QZ_1, Hygienekommission, und QZ_9, Händehygiene können maximal 5 Punkte erlangt werden. Das Interne Audit kann durch hausinterne Mitarbeiter oder durch externe Hygienebeauftragte durchgeführt werden.

Vollständige Dokumentation der geforderten Internen Audits (QZ_1 + QZ_9 mit Datum, Nennung der durchführenden Personen)	/ 1
Vollständigkeit geprüft bezüglich aller Unterpunkte QZ_1, mit Mängelliste und Korrekturmaßnahmen	/ 2
Vollständigkeit geprüft bezüglich aller Unterpunkte QZ_9, mit Mängelliste und Korrekturmaßnahmen	/ 2
GESAMT	/ 5

QZ_3 Prävalenzmessung pflege-/therapieassoziierter Infektionen und Indikationsprüfung Harnableitung

Ziel: Datenerhebung in Form einer Punktprävalenz (Erhebung für einen Tag):
Erstens zur Beurteilung der aktuellen Situation bezüglich Infektionen, Antibiotikagebrauch, Vermeidung von Antibiotikaresistenzentwicklung, Besiedlung mit MRE, und
Zweitens zur Indikationsprüfung für Harnwegskatheter (Reduktion von Infektionspotential, Verbesserung der Lebensqualität)

Durchführung: max. 10 QP. Die teilnehmende Einrichtung führt im Sinne einer Punktprävalenz (Erhebung für einen Tag) **mindestens einmal jährlich** die Erfassung von bestimmten Einrichtungs- und Bewohnerdaten durch. Im Wesentlichen sind diese bewohnerbezogenen Daten mit den kumulativen Erfassungen für den MDK identisch (entsprechend QPR, Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung 2016 Teil 2, Stationäre Pflege, S. 26). Zusätzlich werden wichtige Daten zur Anwendung systemischer Antibiotika erhoben. Dabei müssen bei Bewohnern, die am Tag der Prävalenzmessung antibiotisch therapiert werden, Angaben zu Diagnose und zur Therapie erfasst werden. Für die Befragung und die Dokumentation werden von der Netzwerkleitung einheitliche Unterlagen bereitgestellt, und von den Einrichtungen die aktuelle Version verwendet (im Qualifikationsjahr Prävalenzbogen Version 2018). Für die Indikationsprüfung der Harnableitung stehen Abfragebögen zur Verfügung, die **mindestens zweimal jährlich während der Siegellaufzeit** ausgefüllt werden.

Das mre-netz erhält die Prävalenz- und die Harnwegskatheter (HWK-) Abfragebögen zur anonymisierten Auswertung der Daten.

Tagesprävalenzerhebung erfolgte am _____ (Dokumentation vor Ort); Vollständige Erfassung der Daten: Einrichtungsdaten siehe Deckblatt, Bewohnerdaten, Antibiotikaverbrauchsdaten	/ 7
Erhebung der HWK Checklisten am ____ und ____ (Dokumentation vor Ort); Vollständige Erfassung der Daten mit Art und Indikation des Katheters	/ 3
GESAMT	/ 10

QZ_4 Verfahrensweisung MRE (Multiresistente Erreger): MRGN

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensweisung zum Umgang mit multiresistenten Erregern, mindestens MRGN vorhanden (nicht älter als 3 Jahre).

Durchführung: max. 10 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten MRGN-Verfahrensweisung sind maximal 10 QP erreichbar. Beim Audit wird die Verfahrensweisung auf das Vorhandensein von 10 Kriterien überprüft. Für jedes Kriterium gibt es 1 QP.

1. Sonderstellung Acinetobacter siehe Verfahrensweisungen: Einzelzimmer, 1-2 mal tägliche Wischdesinfektion	/ 1
2. Kolonisierte Bewohner sollen nur durch eingewiesenes Personal ohne erhöhtes Infektionsrisiko betreut werden	/ 1
3. Unterbringung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben	/ 1
4. Persönliche Schutzausrüstung bei der Grundpflege, Grundpflege nur im Bewohnerzimmer und als letztes	/ 1
5. Bewohnerbezogene Hilfsmittel, Pflegeutensilien und Medizinprodukte, sonst Wischdesinfektion vor der Nutzung bei anderen Bewohnern	/ 1
6. Indikationen zur Händedesinfektion, Händedesinfektion beim Verlassen des Zimmers eines mit MRE besiedelten Bewohners	/ 1
7. Umgang mit Abfällen, Wäsche und Geschirr	/ 1
8. Organisation vor Transporten und Verwendung eines einheitlichen Übergabebogens für MRE (multiresistente Erreger) z.B. Bogen vom Netzwerk	/ 1
9. Reinigungsplan für Zimmer von MRE besiedelten Bewohnern, Schlussdesinfektion erforderlich	/ 1
10. Umgang mit 3MRGN und mit VRE	/ 1
GESAMT	/ 10

QZ_5 Verfahrensanweisung Ausbruchsmanagement

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung zum Ausbruchsmanagement

Durchführung: max. 15 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten Verfahrensanweisung Ausbruchsmanagement (AM) sind maximal 15 QP erreichbar. Beim Audit wird das Vorhandensein von 10 Kriterien überprüft.

Wegen der kürzlich erfolgten Aktualisierung des IfSG (07/2017) wird hier auf den neuen Skabies-Standard gesondert hingewiesen. Das AM-Team hat Sorge zu leisten dass, ggf. unter Mitwirkung eines ärztlichen Mitglieds im Hygienemanagement, und insbesondere bei Infektion mit der hoch ansteckenden Scabies crustosa/norwegica:

- bei allen betroffenen ein dermatologisch/(fach-) ärztliches Konsil erfolgt;
- ein situationsbezogener Maßnahmenplan für alle potentiell infizierten Kontaktpersonen vorbereitet und durchgeführt wird;
- alle potentiell infizierten (Mit-)Bewohner und Kontaktpersonen (Personal, Angehörige) simultan behandelt werden;
- nach ca. 2 Wochen eine Nachkontrolle und Zweitbehandlung für alle, die symptomatisch waren, vorgesehen wird.

1. AM-Team: Teamzusammensetzung festgelegt	/ 1
2. Auslöseereignis definiert	/ 1
3. Interne Meldekette festgelegt auch außerhalb der Regelarbeitszeit belastbar, Vertretung eingesetzt	/ 3
4. Meldung an Gesundheitsamt, Vorgehen schriftlich formuliert	/ 1
5. Ablauf des Ausbruchsmanagement/ Diagramm jederzeit einsehbar	/ 1
6. Dokumentation, interne Erfassung der Meldedaten	/ 1
7. Ausbruchsbeendigung (Festlegung durch AM Team)	/ 1
8. Noro-Box, geeignetes Desinfektionsmittel (für Händedesinfektion, für Flächendesinfektion) und PSA für Ausbruchsmanagement vorrätig	/ 3
9. Analyse	/ 2
10. Skabies-Standard (IfSG 07/2017) implementiert	/ 1
GESAMT	/ 15

QZ_6 Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung zu Reinigung und Desinfektion

Durchführung: max. 15 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion (R&D) sind maximal 15 QP erreichbar. Beim Audit wird das Vorhandensein von 5 Kriterien überprüft.

Die Verfahrensanweisung muss vorliegen sowohl bei interner Durchführung der Reinigungsaufgaben als auch bei Fremdreinigung (z.B. als schriftlich vorliegendes externes Leistungsbündel).

Unterscheidung von Reinigungs- und Desinfektionsleistung (R&D); Unterscheidung von Routinemäßiger und Gezielter R&D (bei sichtbarer Kontamination, bei Infektion, und bei Ausbruch), von desinfizierende Reinigung, und Schlussdesinfektion	/ 2
Kontrolle von Ausstattung und Schulung des Reinigungspersonals bezüglich Händedesinfektion	/ 2
Beschreibung der Methodik in Form eines Reinigungsplans, mit Kommunikationswegen für den Ausbruchsfall	/ 5
Kontrolle und Dokumentation der erbrachten Leistungen (Routine, Sonderleistungen wie bei Ausbruchsverdacht und bei MRSA/4MRGN-Besiedlung, Infektionsverdacht) Bei Fremdreinigung: Regelung der Kontrolle und Dokumentation (Anpassung der Reinigungsverträge entsprechend Leistungsverzeichnis: was-wie-wie oft, Überprüfung am Monatsende) Regelung für Ausbruchsverdacht/ Infektionsverdacht Bewohner (Einweisung der Mitarbeiter Methodik und Eigenschutz, Schlussdesinfektion) Händedesinfektionsmittel allzeit griffbereit	/ 5
Jährliche mikrobiologische Prüfung der Waschmaschinen	/ 1
GESAMT	/ 15

QZ_7 Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/ Schutzkleidung (PSA)

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/ PSA

Durchführung: max. 10 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/ Persönliche Schutzausrüstung (PSA) sind maximal 10 QP erreichbar. Beim Audit wird jeweils das Vorhandensein von 5 Kriterien überprüft.

Definition Arbeits-/ Persönliche Schutzausrüstung (PSA) Im Fall privater Arbeitskleidung ausdrückliche Regelung hygienischer Aspekte	/ 2
Regelung über Arbeitskleidung: Verantwortlichkeit/ Beschaffenheit/ Anzahl/ Wechselintervall /Aufbewahrung /sichere Aufbereitung (Mindestanforderungen für hygienisch korrekte Arbeitskleidung, siehe Verfahrensanweisung)	/ 2
Regelung über Schutzkleidung (PSA): Anzahl/Aufbewahrung/Verantwortlichkeit PSA	/ 2
Verwendung von PSA: PSA richtig Anziehen Verwendung von PSA: PSA richtig Ausziehen (+Händedesinfektion nach ablegen)	/ 2
Personalumkleide: Räumliches Vorhandensein Personalumkleide: Getrennte Aufbewahrung von Arbeits- und Privatkleidung	/ 2
GESAMT	/ 10

QZ_8 Verfahrensweisung Riskante Tätigkeiten Punktion/ Injektion/ Infusion

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensweisung Injektionen/ Infusionen

Durchführung: max. 10 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten Verfahrensweisung Riskante Tätigkeiten: Punktionen/ Injektionen sind maximal 10 QP erreichbar. Beim Audit wird das Vorhandensein von 10 Kriterien überprüft.

Es wird davon ausgegangen, dass im Pflegeheim keine liegenden Venenverweilkatheter genutzt werden. Falls liegende Verweilkatheter genutzt werden sollte eine Verfahrensweisung entsprechend der aktualisierten Empfehlungen des RKI für den Umgang mit Gefäßkathetern erstellt werden (Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 2 – Periphervenöse Verweilkanülen und arterielle Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut).

1. Regelung: Arten von Punktionen/ Injektionen und deren Risikoeinschätzung	/ 1
2. Regelung: Durchführung/ Verantwortlichkeit Zubereitung parenteraler Medikation, Durchführung von Injektion, Durchführung von Infusionstherapie	/ 1
3. Schutzkleidung und weitere Barrieremaßnahmen	/ 1
4. Nadelstich-/ Verletzungsschutz	/ 1
5. Vorbereitung von Flächen, Vorbereitung Injektionen/Infusionstherapie	/ 1
6. Sterilgut Lagerung (geschützt, first in first out)	/ 1
7. Lagerung von Medikamenten, Kontrolle (einmal jährlich kommt vertragsgebunden ein Apotheker zur Lagerungskontrolle und Personalschulung)	/ 1
8. Auswahl der Einstichstelle/Spritzplan (ggf. mit Punkt Hautdesinfektion zusammenführen)	/ 1
9. Hautdesinfektion/ Antisepsis	/ 1
10. Insulininjektionen mit PEN und Lanzetten-Blutentnahme	/ 1
GESAMT	/ 10

QZ_9 Händehygiene Umsetzung

Ziel: Nachweis des Vorhandenseins von Händedesinfektionsmittel (HD) und des sachgemäßen Verbrauchs (entsprechend Verfahrensanweisung und Aktion Saubere Hände, ASHZ).

Durchführung: max. 10 QP. Alle Mitarbeiter in der Pflege und Hauswirtschaft (festangestellte Mitarbeiter, Aushilfen, Praktikanten, freiwillige Helfer) sind entsprechend Verfahrensanweisung und Aktion Saubere Hände (ASH) geschult und führen die Händehygiene im Arbeitsalltag durch. Erfahrungsgemäß ist die Umsetzung der Händehygiene jeweils auf Ebene der individuellen Wohnbereiche für die meisten Einrichtungen am effektivsten.

Beim Audit wird die Erfassung des HD-Verbrauchs, die Schulung der Mitarbeiter und mittels Stichproben/ Prozess- Überprüfung die Kompetenz/ Compliance der Mitarbeiter erfragt. Es werden 5 Kriterien mit jeweils 2 QP auditiert.

Inventur/ Einkauf/ Vorhandensein Händedesinfektionsmittel (HD) dokumentiert (Erfassungsbogen Abschnitt A.-D.). Informationsmaterial für Besucher vorhanden.	/ 2
HD-Verbrauch errechnet (Erfassungsbogen Abschnitt E.-F.)	/ 2
Anforderung an die Beschaffenheit der Hände der Mitarbeiter, Stichproben	/ 2
Korrekte Durchführung der Händedesinfektion, Stichproben: 5 Momente der Desinfektion, auch Gastroenteritis- und Clostridien-Händehygiene	/ 2
Schulung (ASH), mit Teilnehmerliste, Einrichtungsweit oder auf Station/in den Wohnbereichen, auch gemeinsam mit MRGN Schulung durchführbar	/ 2
GESAMT	/ 10

QZ_10 Hausinterne Schulungen

Ziel: Nachhaltige Vermittlung von Standards, im Umgang mit MRGN-Trägern und mit Norovirus/ Gastroenteritis-Ausbrüchen; Verbesserung der Durchführung von Maßnahmen der Basishygiene; Angestrebt, aber nicht für die Qualifizierung berechnet, ist die hausinterne Schulung und Entwicklung von Schulungsmaterialien durch die Hygienebeauftragten auch in den Jahren nach Einführung des Hygienesiegels 2019.

Durchführung: max. 10 QP. Für den Erhalt des Siegels müssen zunächst Schulungen der Themen „MRGN-Management“ und „Gastroenteritis/ Ausbruchmanagement“ (GE/AM) nachgewiesen werden. Für diese zwei Schulungsthemen werden zentral einheitliche Unterlagen zur Verfügung gestellt. Für jede nachgewiesene Schulung sind 5 QP erreichbar. Um die Punkte zu erhalten, müssen zumindest alle festangestellten Mitarbeiter (mit häufigem Bewohnerkontakt) der betreffenden Einrichtung an der Schulung teilgenommen haben. Nachweis erfolgt durch Teilnehmerlisten.

Zurückliegende Schulungen zu „MRGN-Management“ und „Gastroenteritis/ Ausbruchmanagement“ des letzten Kalenderjahres (2017) werden ebenfalls berücksichtigt.

Schulung MRGN dokumentiert: Datum: _____, Teilnehmerliste	/ 2
Anteil geschulter von allen festangestellten Mitarbeitern >50%-70% 1P; > 70%-90% 2P, >90% 3P. Liste aller festangestellten Mitarbeiter und der noch nicht geschulter liegt vor.	/ 3
Schulung GE/AM dokumentiert: Datum: _____, Teilnehmerliste	/ 2
Anteil geschulter an allen festangestellten Mitarbeitern >50%-70% 1P; > 70%-90% 2P, >90% 3P. Liste aller festangestellten Mitarbeiter und der noch nicht geschulter liegt vor.	/ 3
GESAMT	/ 10