



Hygienesiegel für Pflegeeinrichtungen 2019

Gemeinsam gegen antibiotikaresistente Keime

Programm

XY:00 – XY:15 Uhr **Begrüßung der Teilnehmenden durch**

Frau/Herrn Dr. _____, Leiterin des Gesundheitsamtes _____

Frau/Herrn Dr. _____, (Stellv.) Leiter des Gesundheitsamtes Kreis _____

XY:15 – XY:15 Uhr **Darstellung und Realisierung des Hygienesiegels in Pflegeeinrichtungen**

Frau Daniela Zahn, MRE - Koordinatorin mre-netz regio rhein-ahr,

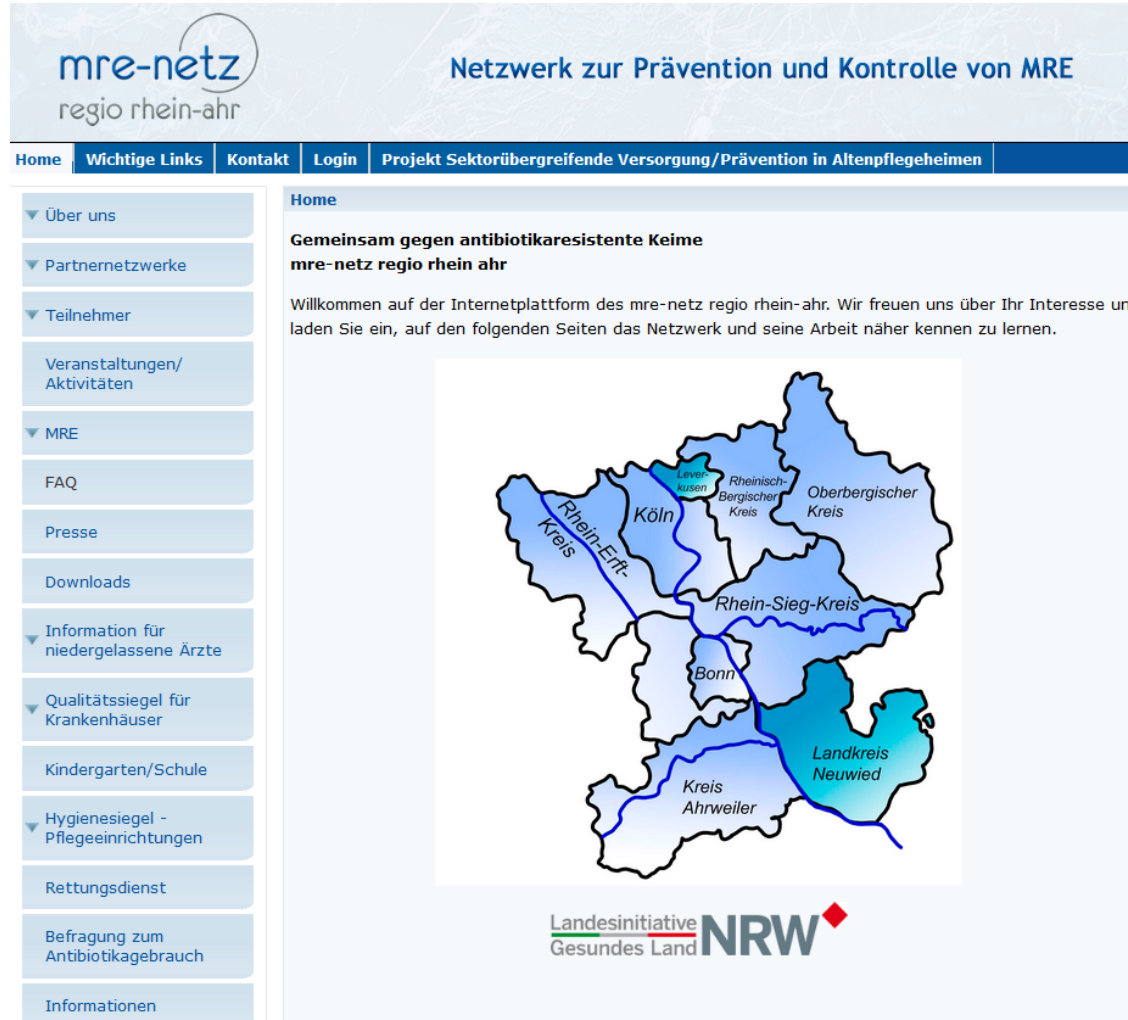
*Frau Dr. Liane Marciano, MRE - Koordinatorin mre-netz regio rhein-ahr
Universität Bonn*

XY:15 – XY:00 Uhr **Fragen und Diskussion**

INHALT

- **Vorstellung mre-netz regio rhein-ahr**
- **Vorstellung Koordinatorinnen**
- **10 QZ Gegenüberstellung 2015, 2019**
- **10 QZ mit Unterpunkten**
- **Organisatorisches**
 - **Unterlagen**
 - **Registrierung Berufliche Pflegende**
 - **Digitale Bearbeitung, Tipps**
 - **Einverständniserklärung**

Homepage mre-netz



The screenshot shows the homepage of mre-netz regio rhein-ahr. At the top left is the logo 'mre-netz regio rhein-ahr'. To the right is the title 'Netzwerk zur Prävention und Kontrolle von MRE'. Below this is a navigation bar with links: Home, Wichtige Links, Kontakt, Login, and Projekt Sektorübergreifende Versorgung/Prävention in Altenpflegeheimen. A left sidebar contains a list of menu items: Über uns, Partnernetzwerke, Teilnehmer, Veranstaltungen/Aktivitäten, MRE, FAQ, Presse, Downloads, Information für niedergelassene Ärzte, Qualitätssiegel für Krankenhäuser, Kindergarten/Schule, Hygienesiegel - Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienst, Befragung zum Antibiotikagebrauch, and Informationen. The main content area is titled 'Home' and features a heading 'Gemeinsam gegen antibiotikaresistente Keime mre-netz regio rhein ahr'. Below the heading is a welcome message: 'Willkommen auf der Internetplattform des mre-netz regio rhein-ahr. Wir freuen uns über Ihr Interesse und laden Sie ein, auf den folgenden Seiten das Netzwerk und seine Arbeit näher kennen zu lernen.' A map of the Rhein-ah region is displayed, showing districts: Rhein-Erft-Kreis, Köln, Rheinisch-Bergischer Kreis, Oberbergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis, Bonn, Kreis Ahrweiler, and Landkreis Neuwied. At the bottom of the map is the logo for 'Landesinitiative NRW Gesundes Land'.

Login

MREAltenheim
AHSiegel2015!

Hygienesiegel

Einwohner: xxx.xxx
KREIS

Summe:
~ 3,5 Mio Einwohner

Ansprechpartner



[Prof. Dr. Steffen Engelhart](#)

Krankenhausthygieniker des UK Bonn

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Telefon 0228 / 287-15523



[Daniela Zahn](#)

MRE Koordinatorin Rhein-Ahr

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Telefon 0228 / 287-14639
Fax: 0228 / 287 90 14639



Prof. Dr. Martin Exner

Institutsdirektor

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Telefon 0228 / 287-15520



[Dr. Liane Marciano](#)

MRE Koordinatorin Köln

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Telefon 0228 / 287-15531
Fax 0228 / 287 90 15531

Liane Marciano/Daniela Zahn, Institut für
Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Gegenüberstellung 2015-2019

| QZ | Qualitätsziele Altenheimsiegel 2015 | QP | Qualitätsziele Hygienesiegel 2019 | QP |
|------|--|-----|--|-----|
| QZ_1 | Einrichtung einer Hygienekommission | 10 | Hygienekommission und Hygienebeauftragte | 5 |
| QZ_2 | Prävalenzmessung Pflege-/Therapie-assoziiierter Infektionen | 10 | Internes Audit | 5 |
| QZ_3 | Teilnahme an Qualitätsverbundveranstaltungen | 15 | Prävalenzerhebung und Harnwegskatheter Checklisten | 10 |
| QZ_4 | Verfahrensanweisung MRSA | 5 | Vorgaben und Hilfen zur Verfahrensanweisung MRGN | 10 |
| QZ_5 | Verfahrensanweisung (Basis) Hygiene (PSA) insbesondere Händehygiene | 5 | Vorgaben und Hilfen zur Verfahrensanweisung Ausbruchmanagement | 15 |
| QZ_6 | Verfahrensanweisung HWI inklusive dokumentierte Indikationsprüfung Harnableitung | 15 | Vorgaben und Hilfen zur Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion | 15 |
| QZ_7 | Verfahrensanweisung Influenza | 5 | Vorgaben und Hilfen zur Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/PSA | 10 |
| QZ_8 | Verfahrensanweisung Gastroenteritis | 5 | Vorgaben und Hilfen zur Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeiten: Injektion/Infusion | 10 |
| QZ_9 | Bereitstellen einer qualifizierten hygienebeauftragten Kraft | 10 | Händehygiene Umsetzung Händedesinfektionsmittelverbrauch | 10 |
| QZ10 | Qualifizierte Schulungen | 20 | Hausinterne Schulungen | 10 |
| | Gesamtpunktzahl (Maximale QP) | 100 | Gesamtpunktzahl (Maximale QP) | 100 |

...4 Jahre
später...

Eine
Siegellaufzeit
haben wir
schonhinter uns

QZ mit Erläuterungen: Wie funktioniert die Zertifizierung?

- 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 **mindestens je 1 QP** und **mindestens 60% der Gesamtpunktzahl** erreicht werden.
- Die Qualitätsziele werden im Rahmen der amtsärztlichen (Routine-) Begehung 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** verweigert werden.

QZ_1 Hygienekommission und Hygienebeauftragte

Ziel: Beratung der Geschäftsführung in Hygienefragen, Diskussion aktueller Hygienethemen, Ausbildung Hygienebeauftragte(r)

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/eine Hygienebeauftragte und eine Stellvertretung sind nachweislich in der Hygiene in der (Alten-) Pflege geschult und werden zur Durchführung ihrer Aufgaben von anderen Pflegeaufgaben freigestellt. Bei der Begehung wird geprüft, welche Bestandteile schon gelebt werden.

QZ_1 Hygienekommission und Hygienebeauftragte

| | |
|--|------------|
| 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 und einer Stellvertretung und Nachweis der Ausbildung der(s) Hygienebeauftragten (mindestens 100 Stunden) und der Stellvertretung (mindestens 48 Stunden, nach Möglichkeit aber 100 Stunden Ausbildung) | / 2 |
| Nachweis der Freistellung der(s) Hygienebeauftragten und der Stellvertretung (Ziel pro Woche: 1 Stunde pro Bewohner/Bewohnerin oder 1 Arbeitstag pro 80-Betten Einrichtung; Nachweis siehe Arbeitsplatzbeschreibung, Stellenbeschreibung, Arbeitsvertrag) | / 2 |
| GESAMT | / 5 |

QZ_1 Regionale Fortbildungsangebote für Hygienebeauftragte in der (Alten-) Pflege (2018)

| Veranstalter | Information über Fortbildung |
|---|---|
| AGewiS , Gummersbach, http://www.agewis.de/ | 100 Std; Siehe Flyer 2017; 665 Euro; Beginn 18.06.2018; 2x 40 Stunden+20 Std Praktikum/ Entwicklung Hygieneplan; für 10-25 Hygienebeauftragte MitarbeiterInnen in der Pflege; http://www.agewis.de/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=84 |
| GFO Bildungszentrum , 51429 Bergisch Gladbach-Bensberg | 48 Std, in Form von 5 Einzel-Modulen, 95 Euro pro Modul; siehe Flyer; http://www.vph-bensberg.de/zentren-schwerpunkte/gfo-bildungszentrum.html ; Susanne Schloer , Tel 02204 41-6525, susanne.schloer(at)gfo-biz.de |
| Caritas-Akademie , Köln-Hohenlind | 48 Std, 3x2 Tage über 8 Wochen; 780 Euro; z.B. 06.02.2018-22.02.2018; Frank Rey (Seminarleitung seit Mai 2017) rey@caritas-akademie-koeln.de ; siehe Flyer, 0221-46860140 http://www.caritas-akademie-koeln.de |
| NLGA , Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 30449 Hannover | 100 Std, Ansprechpartner Peter Bergen und Fr. Dr. Henke-Gendo; https://www.nlga.niedersachsen.de/infektionsschutz/hygiene_stationaeren_und_ambulanten_pflegeeinrichtungen/alten_und_pflegeheime/fortbildung/aus---und-fortbildungsangebote-des-nlga-fuer-hygienebeauftragte-in-alten--und-pflegeeinrichtungen-139340.html |
| IN VIA Akademie , 33098 Paderborn | http://www.invia-akademie.de/ |
| CHEFS CULINAIR , mehr als 20 Standorte in DE | Zielgruppe: Hygienebeauftragte aus Pflege, Küche, Hauswirtschaft; https://www.chefsculinar.de/hygienebeauftragte-r-im-heim-2006.htm |
| DGKH Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene | 200 Std Empfehlung; Curriculum? |
| Institut Schwarzkopf, 977708 Bad Bocklet | https://www.institutschwarzkopf.de/ |

QZ_2 Internes Audit

Ziel: Eigenkontrolle der Umsetzung von Qualitätszielen

Durchführung: max. 5 QP. Das mindestens einmal jährlich durchgeführte Interne Audit wird mit dem Hygienesiegel 2019 durch zwei Schwerpunkten eingeführt: für QZ_1 Hygienekommission/Hygienebeauftragung und QZ_9 Händehygiene. Das Interne Audit kann durch hausinterne Mitarbeiter oder durch externe Hygienebeauftragte durchgeführt werden.

QZ_2 Internes Audit

| | |
|--|------------|
| 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 Prävalenzerhebung und Harnwegskatheter Checklisten

Ziel: Datenerhebung in Form einer Punktprävalenz (Erhebung für einen Tag)

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 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-Abfragebögen digital zur anonymisierten Auswertung der Daten.

QZ_3 Prävalenzerhebung und Harnwegskatheter Checklisten

Ziel: Datenerhebung in Form einer Punktprävalenz (Erhebung für einen Tag)

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

QZ_3 Entspricht QPR des MDK, Qualitätsprüfungsrichtlinien, 9/2016

QPR TEIL 2 – STATIONÄRE PFLEGE – ANLAGE 1: ERHEBUNGSBOGEN

| M/Info | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------|--|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1.6 | Struktur der Wohn- und Pflegebereiche | | | | | | | | |
| Wohn-/ Pflegebereich | Bereich auf einer Ebene | Anzahl Bewohner | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad | | | | | | noch nicht eingestuft |
| | | | keiner | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | |

| M/Info | |
|------------|---|
| 1.7 | Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit: |
| a. | Wachkoma |
| b. | Beatmungspflicht |
| c. | Dekubitus |
| d. | Blasenkatheter |
| e. | PEG-Sonde |
| f. | Fixierung |
| g. | Kontraktur |
| h. | vollständiger Immobilität |
| i. | Tracheostoma |
| j. | MRSA |

| M/Info | |
|------------|---|
| 1.8 | Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart? |
| | Wenn ja, welcher? |

QZ_4 Verfahrensanweisung MRE: MRGN

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung zum Umgang mit multiresistenten Erregern, mindestens MRGN vorhanden.

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

QZ_4 Verfahrensanweisung MRE: MRGN

| | |
|--|-------------|
| 1. Sonderstellung Acinetobacter siehe Verfahrensanweisungen: 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. Bei der Begehung 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 tragen, 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/Bewohnerinnen und Kontaktpersonen (Personal, Angehörige) simultan behandelt werden;
 - nach ca. 2 Wochen eine Nachkontrolle und Zweitbehandlung für alle, die symptomatisch waren, vorgesehen wird.

QZ_5 Verfahrensanweisung Ausbruchsmanagement

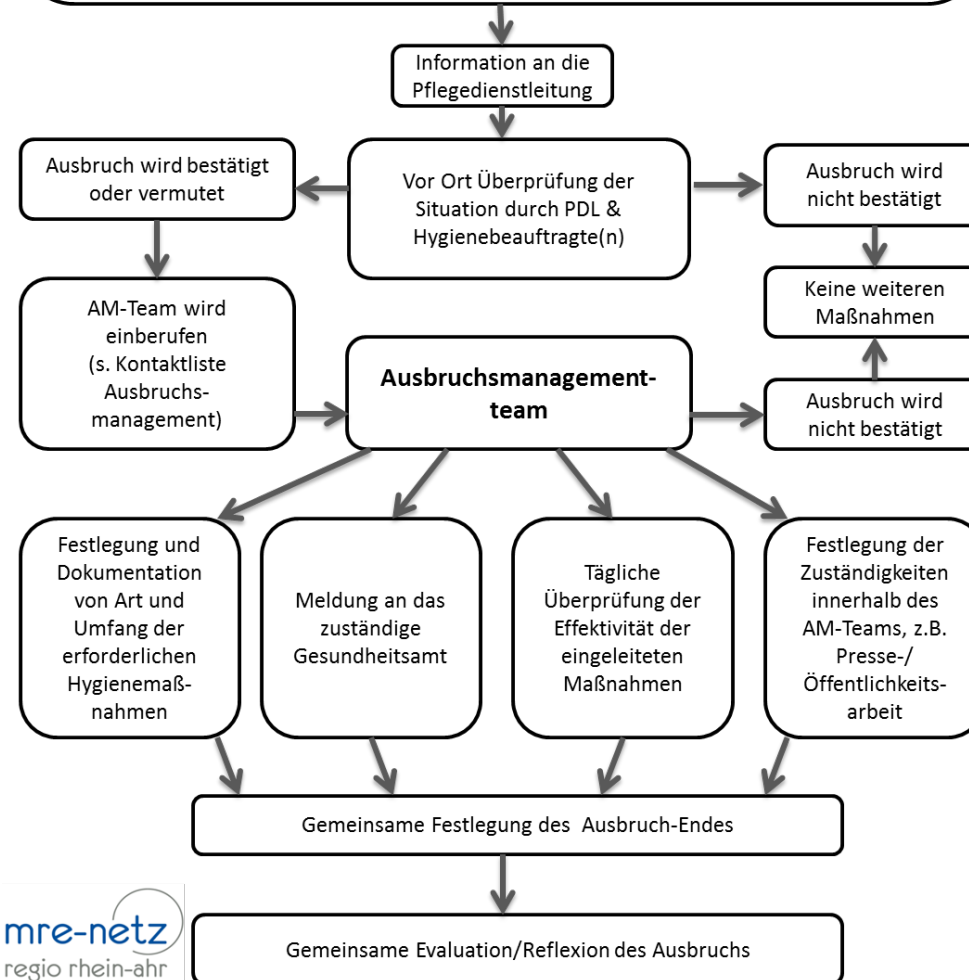
| | |
|---|-------------|
| 1. AM-Team: Teamzusammensetzung festgelegt | / 1 |
| 2. Auslöseereignis definiert | / 1 |
| 3. Interne Meldekette festgelegt auch außerhalb der Regelarbeitszeit belastbar, Vertretung eingesetzt | / 3 |
| 4. Meldung an Gesundheitsamt, Vorgehen schriftlich formuliert | / 1 |
| 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_5

Ablaufdiagramm Ausbruchmanagement (AM)

Auslöseereignis:

- Plötzliche Gastroenteritiserkrankung (Durchfall mit oder ohne Erbrechen) bei 2 oder mehr Bewohnern in der Einrichtung
 - Grippe-symptome bei 2 oder mehr Bewohnern
 - Nachweis desselben multiresistenten Erregers (MRE) oder Infektionserregers bei 2 oder mehr Bewohnern im selben Wohnbereich
 - Gleiche Symptome einer Infektion wie Bewohner bei einem oder mehreren Mitarbeitern
 - weitere Spezifikation wie Einzelinfektion als Auslöseereignis ggf. siehe Verfahrensanweisung
- Sofortige Einleitung von Hygienemaßnahmen gem. krankheits- oder erregerspezifischer Hygienearbeitsanweisung im Hygienehandbuch**
Entnahme und Sicherung von Proben zur mikrobiologischen Untersuchung



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) wird bei der Begehung 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).

QZ_6 Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion

| | |
|---|-------------|
| Unterscheidung von Reinigungs- und Desinfektionsleistung (R&D); Unterscheidung von routinemäßiger und gezielter R&D (bei sichtbarer Kontamination, bei Infektion und bei Ausbruch), von desinfizierender 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 z.B. 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 Ausbruchsverdacht/ Infektionsverdacht Bewohner/Bewohnerin (Einweisung der Mitarbeiter Methodik und Eigenschutz, Schlussdesinfektion) Händedesinfektionsmittel allzeit griffbereit | / 5 |
| Mikrobiologische Prüfung der Waschmaschinen, d.h. jährlich Zertifizierung | / 1 |
| GESAMT | / 15 |

QZ_7 Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/ 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. Bei der Begehung wird jeweils das Vorhandensein von 5 Kriterien überprüft.

QZ_7 Verfahrensanweisung Arbeitskleidung/ PSA

| | |
|---|-------------|
| 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: Raum vorhanden Personalumkleide: Getrennte Aufbewahrung von Arbeits- und Privatkleidung | / 2 |
| GESAMT | / 10 |

QZ_7 Verfahrensanweisung

Mindestanforderungen Arbeitskleidung/ PSA

1. Die („private“) Arbeitskleidung besteht aus Baumwolle oder einem Baumwollmischgewebe, das bei **mindestens 60 °C und / mit desinfizierendem Waschmittel** gewaschen werden kann. Dies gilt auch für (zeitweise getragene) **Bekleidung wie Jacken, Hals- und Kopftücher**.
2. In der Regel wird die Arbeitskleidung alle **2 Tage** oder häufiger gewechselt.
3. Im Dienst getragene Privatkleidung wird ausschließlich im Dienst getragen, um Kreuzkontaminationen zu vermeiden.
4. Die „private“ Arbeitskleidung wird nur in Arbeitsbereichen mit geringen hygienischen Anforderungen getragen.
5. Besteht eine Gefahr der Kontamination, wird über der normalen („privaten“) Arbeitskleidung Schutzkleidung getragen.
- 6. Arbeitsschuhe** müssen geschlossen sein, mindestens jedoch eine geschlossene Ferse/einen Fersenriemen haben.
7. Arbeitsschuhe müssen eine rutschhemmende Sohle haben.
8. Arbeitsschuhe, also die Schuhe, die während der Dienstzeit getragen werden, müssen aus einem desinfizierbaren Material wie z. B. Kunststoff sein.
9. Die Arbeitsschuhe werden 1-mal wöchentlich gereinigt und **wischdesinfiziert**.
10. Die Arbeitskleidung wird erst in der Einrichtung angelegt und nicht schon zu Hause.
11. Arbeits- und Straßenkleidung werden **getrennt gelagert, z. B. in einem Doppelspind**.

QZ_8 Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeiten: Injektion/Infusion

Ziel: Nachweis einer aktuellen Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeit: Injektion und Infusionstherapie

Durchführung: max. 10 QP. Für den Nachweis einer aktualisierten Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeiten: Injektion und Infusionstherapie sind maximal 10 QP erreichbar. Bei der Begehung wird das Vorhandensein von 10 Kriterien überprüft.

Es wird davon ausgegangen, dass in Pflegeeinrichtungen keine liegenden Venenverweilkatheter genutzt werden. Falls liegende Verweilkatheter genutzt werden, sollte eine Verfahrensanweisung 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).

QZ_8 Verfahrensanweisung Riskante Tätigkeiten: Injektion/Infusion

| | |
|--|-------------|
| Regelung: Arten von Punktionen/ Injektionen und deren Risikoeinschätzung | / 1 |
| Regelung: Durchführung/ Verantwortlichkeit Zubereitung parenteraler Medikation, Durchführung von Injektion, Durchführung von Infusionstherapie | / 1 |
| Schutzkleidung und weitere Barrieremaßnahmen | / 1 |
| Nadelstich-/ Verletzungsschutz | / 1 |
| Vorbereitung von Flächen, Vorbereitung Injektionen/Infusionstherapie | / 1 |
| Sterilgut Lagerung (geschützt, first in first out) | / 1 |
| Lagerung von Medikamenten, Kontrolle (einmal jährlich kommt vertragsgebunden Apotheker für Lagerungskontrolle und Personal Schulung) | / 1 |
| Auswahl der Einstichstelle (ggf. mit Punkt Hautdesinfektion zusammenführen) | / 1 |
| Hautdesinfektion/ Antisepsis | / 1 |
| 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).

Durchführung: max. 10 QP. Das gesamte Personal in der Pflege und Hauswirtschaft (Festangestellte, Aushilfen, Praktikanten/Praktikantinnen, Freiwillige) 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. Bei der Begehung wird die Erfassung des HD-Verbrauchs, die Schulung und mittels Stichproben/ Prozess- Überprüfung die Kompetenz/ Compliance des Personals erfragt. Es werden 5 Kriterien mit jeweils 2 QP auditiert.

QZ_9 Händehygiene Umsetzung

| | |
|---|-------------|
| 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 |



Aktion
Saubere Hände
Alten- und Pflegeheime

QZ_9 Händehygiene Umsetzung

Erfasst am: ___/___/_____

| Händedesinfektionsmittel ist an folgender Stelle vorhanden: | | |
|---|--|--|
| Isolierwagen | <input type="checkbox"/> Fest verbaut <input type="checkbox"/> Pumpe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Pflegewagen | <input type="checkbox"/> Fest verbaut <input type="checkbox"/> Pumpe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Eingangsbereich | <input type="checkbox"/> Fest verbaut <input type="checkbox"/> Pumpe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Arbeitspflgeraum | <input type="checkbox"/> Fest verbaut <input type="checkbox"/> Pumpe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Evtl. Kitteltasche | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein; wenn ja, wo |

Berechnung Händedesinfektionsmittelverbrauch pro Pflegeheimtag:

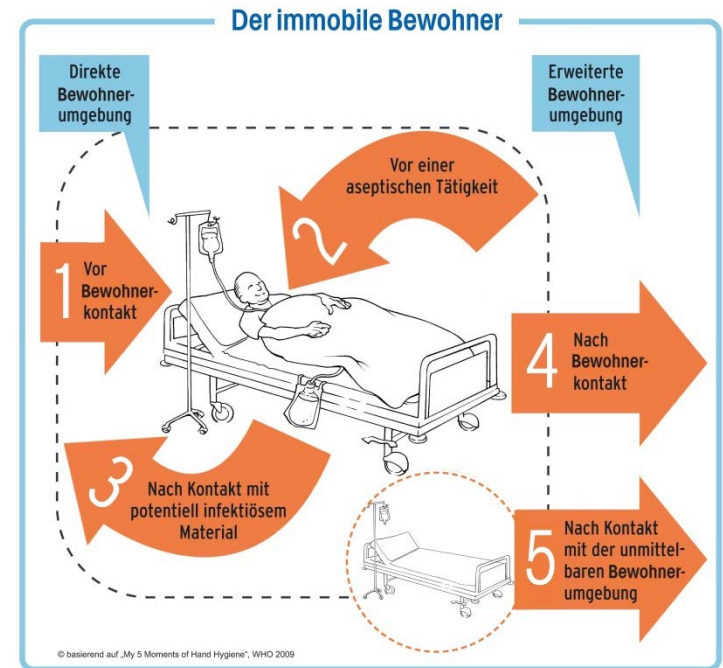
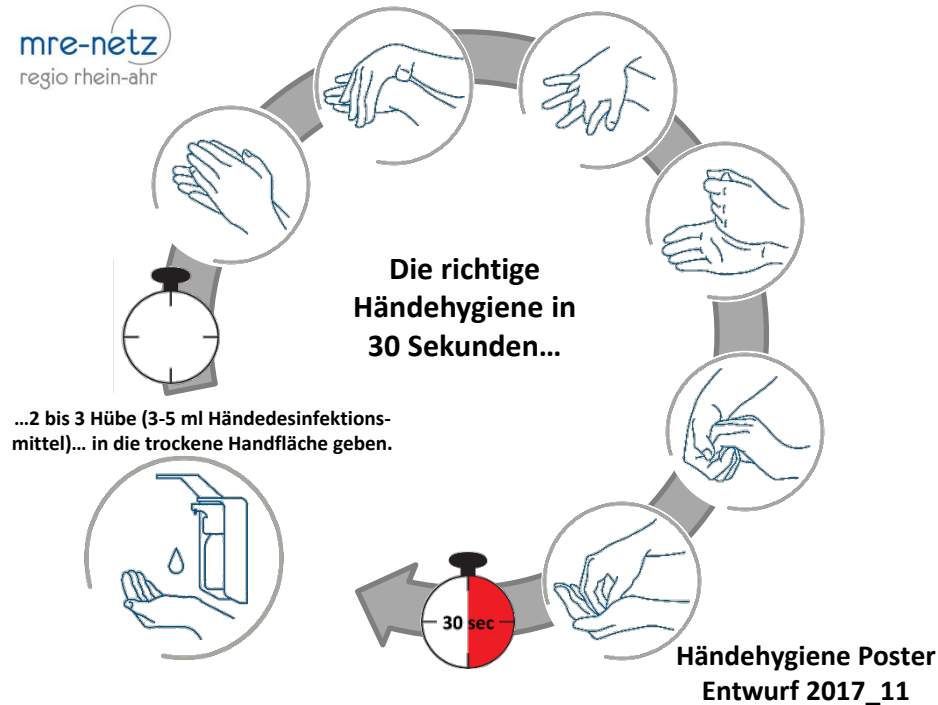
E.
$$\frac{\text{Gesamtverbrauch in ml (aus Zeile D.)}}{\text{Pflegeheimplätze (aus Zeile C.)} \times 365} = \text{_____ ml/Pflegeheimtag}$$

Berechnung Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen pro Pflegeheimtag:

F.
$$\frac{\text{Händedesinfektionsmittelverbrauch pro Pflegeheimtag (aus Zeile E.)}}{3^*} = \text{_____ Anzahl}$$

*Durchschnittlicher Verbrauch Händedesinfektionsmittel pro durchgeführter Händedesinfektion

QZ_9 Händehygiene Umsetzung



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/ Ausbruchsmanagement“ des letzten Kalenderjahres (2017) werden ebenfalls berücksichtigt.

Unterlagen

Folgende Unterlagen können Sie nachreichen:

An das zuständige Gesundheitsamt

- QZ_1 Sitzungsprotokolle Hygienekommission
Ausbildung Hygienebeauftragte Fachkraft
- QZ_10 Teilnahme Schulungen (Gesamtzahl Mitarbeiter, Anzahl Teilnehmer)

An das Netzwerk

- QZ_3 Prävalenzdaten, HWK-Checklisten
- QZ_9 Händedesinfektionsmittelerfassungsbogen

Einsendefrist ist der 30.09.2018

Teilnahmebescheinigung; regbp

- <https://regbp-online.net/>

Identnummer: 20170142



Sie erhalten 2 Fortbildungspunkte bei der
Registrierung beruflich Pfleger

Titel/Kursnummer: 20170142180001

Digitale Bearbeitung, Tipps

Ziel: Arbeitserleichterung 😊

1. E-Mail: Bitte Signatur verwenden!
2. Prävalenzbögen:
 1. Bitte Exceltabellen digital und vollständig ausfüllen!
 2. Bitte Exceltabellen nicht verändern - außer der Löschung der Namen!
 3. Bitte die aktuelle Version verwenden!
 4. Bitte nur eine Exceltabelle pro Erhebung anlegen!
3. Verfahrensanweisungen: Empfehlung, beim Kopieren/
Einfügen nur Text übernehmen, um nicht die Formatierung
des Ausgangsdokumentes zu übernehmen (Rechtsklick mit
der Maus im Dokument, dann unter Einfügeoptionen
„Zielformat verwenden“ auswählen).

Einverständniserklärung

zur Teilnahme der Einrichtung am
mre-netz regio rhein-ahr
Hygienesiegel für Pflegeeinrichtungen 2019

Hiermit erkläre ich mich als Bevollmächtigter der unten genannten Einrichtung mit folgenden Punkten einverstanden:

- Die von mir vertretene Einrichtung nimmt offiziell am Projekt des mre-netz regio rhein-ahr zur Erlangung des Hygienesiegels für Pflegeeinrichtungen 2019 teil.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Resultate des Projektes anonymisiert veröffentlicht werden. Eine Zuordnung der Daten zu teilnehmenden Einrichtungen erfolgt dabei nicht.
- Die Erlangung des Qualitätssiegels jeder einzelnen Einrichtung darf auf der Projekt-Homepage (www.mre-rhein-ahr.net) mit dem Namen und der Anschrift der Einrichtung veröffentlicht werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

mre-netz regio rhein-ahr

