

## **Erläuterung der Qualitätsziele zur Erlangung des 3. *Qualitäts- und Transparenzsiegels***

### **Infektionsprävention für Alten- und Pflegeheime**

Es werden im Folgenden 10 Qualitätsziele (QZ) definiert. Für jedes QZ werden zwischen 1 und 10 Qualitätspunkte (QP) vergeben. Insgesamt können gemäß folgender Tabelle bis zu 100 QP vergeben werden:

<b>Beschreibung</b>	<b>Max. QP</b>
1 Hygienekommission	10
2 Händehygiene	10
3 Wundversorgung und Verbandswechsel	10
4 Teilnahme an qualifizierten Fortbildungen/Netzwerkveranstaltungen	10
5 Qualifizierte hygienebeauftragte Kraft	10
6 Interne Audits	10
7 Stichtagserhebung zu PEG und Urinkatheter	10
8 Stichtagserhebung zu Antibiotikaeinsatz	10
9 Konzept zu Abstrichen (Screening und Kontrollabstriche)	10
10 Influenzaprävention	10
<b>Gesamtpunktzahl (Maximale QP)</b>	<b>100 QP</b>



Zur Erlangung des Qualitätssiegels müssen mindestens 70 % der Gesamtpunkte (d. h. 70 QP) erreicht werden. Dabei müssen in jedem QZ Punkte erworben werden bzw. die Mindestanforderung erfüllt sein.

Das Siegel hat eine Laufzeit von 3 Jahren.

# Erläuterung der QZ und der Vergabe der QP

## QZ 1 Hygienekommission

**Ziel:** Beratung der Geschäftsführung in Hygienefragen, Diskussion aktueller Hygienethemen

**Durchführung:** Die teilnehmende Einrichtung hat eine Hygienekommission oder ein vergleichbares Gremium mit Geschäftsordnung installiert, die mindestens 2x jährlich tagt, in der Mitarbeiter aus allen Bereichen einschließlich der Leitung vertreten sind und die ein festes internes Konzept hat, wie dort getätigte Beschlüsse im Hause kommuniziert werden (5 QP). Die Protokolle der letzten 5 Sitzungen werden vorgelegt (5 QP).

## QZ 2 Händehygiene

**Ziel:** Die Einrichtung erhebt Daten zur Compliance der Händehygiene ihrer Mitarbeiter und arbeitet an deren steter Verbesserung

**Durchführung:** Die teilnehmende Einrichtung ermittelt den mindestens quartalsweisen Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln in den verschiedenen Arbeitsbereichen, ggfs. auch den Handschuhverbrauch oder andere geeignete Parameter (4 QP). Bewertet werden die letzten 6 Monate. Die Übermittlung erfolgt anhand der Mustertabelle. Extrapunkte gibt es für die Teilnahme an der Aktion „Saubere Hände“ (2 QP). Die Einrichtung verfügt über ein Konzept mit regelmäßigen Aktivitäten zur weiteren Verbesserung der Compliance der Händehygiene ihrer Mitarbeiter und berichtet über die Aktivitäten in den letzten 12 Monaten (4 QP).

### QZ 3 Wundversorgung und Verbandswechsel

**Ziel:** Gewährleistung eines hygienisch einwandfreien Wundmanagements

**Durchführung:** Die teilnehmende Einrichtung hat einen aktuellen Standard (nicht älter als 4 Jahre) zur Durchführung von Verbandswechseln bzw. Wundversorgung (3 QP). Eine interne oder externe Fachperson zur Wundversorgung ist jederzeit kurzfristig verfügbar (2 QP). Interne Audits/Pflegevisiten zur Überprüfung der Umsetzung des Standards sind etabliert (3 QP). Wurden im Rahmen der letzten MDK-Prüfung die Wundversorgung und Verbandswechsel nicht vom MDK beanstandet, so erhält die Einrichtung weitere Punkte (2 QP).

### QZ 4 Teilnahme an qualifizierten Fortbildungen/Netzwerkveranstaltungen

**Ziel:** regelmäßige Weiterbildung in Hygiene und Infektionsprävention, Netzwerkbildung

**Durchführung:** In regelmäßigen Abständen besuchen Mitarbeiter Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Hygiene, Infektionsprävention u.ä. (max. 6 QP, je ein Punkt pro Veranstaltung, unabhängig davon, wie viele Mitarbeiter der Einrichtung teilnehmen). Mindestens ein/e Vertreter/in aus Leitung und/oder Hygieneteam nimmt an Veranstaltungen eines MRSA/MRE-Netzwerkes teil. Vorgelegt können Teilnahmebescheinigungen oder Anwesenheitslisten von Veranstaltungen der letzten 24 Monate (max. 4 QP).

### QZ 5 Regelmäßig fortgebildete/r, vernetzte/r und qualifizierte/r Hygienebeauftragte

**Ziel:** Schaffung einer personellen Zuständigkeit für Hygienefragen, Gewährleistung des aktuellen Stands des Wissens, Kommunikationspartner/in in der Netzwerkarbeit

**Durchführung:** Die Einrichtung verfügt über eine/n Hygienebeauftragte/n, die/der über eine entsprechende Qualifikation verfügt (2 QP). Diese Person besucht mindestens 1x jährlich eine Tagesfortbildung (oder Vergleichbares), um auf dem Stand des aktuellen Wissens zu bleiben (Vorlage der Veranstaltungen der letzten 12 Monate, 2 QP). Es gibt ein Konzept über die Aufgaben, die Kompetenzen und den zeitlichen Umfang der Arbeit (2 QP). In den Wohnbereichen wird überprüft, ob allen Mitarbeiter bekannt ist, wann und wie der/die Hygienebeauftragte einzuschalten ist (3 QP). Der/die Hygienebeauftragte ist Teil eines Netzwerkes (1 QP).

## QZ 6 Interne Audits

**Ziel:** Die Einrichtung führt regelmäßig (mindestens 1x im Jahr) intern ein umfangreiches internes checklistenbasiertes Hygiene-Audit mit Auswertung, Kommunikation in die Arbeitsbereiche, festem Konzept zur Beseitigung von Mängeln und Nachkontrolle durch.

**Durchführung:** Je nach Umfang der internen Audits erhält die Einrichtung 1-5 QP. Weitere Punkte (max. 5 QP) gibt es für die Darlegung der Auswertung, Kommunikation in die Arbeitsbereiche und das Konzept zur Beseitigung von Mängeln einschließlich Nachkontrolle. Mindestens ein solches Audit aus den letzten 6 Monaten muss vorliegen.

## QZ 7 Stichtagserhebung zu PEG und Urinkatheter

**Ziel:** Die Einrichtung hat einen Überblick über alle Bewohner/innen, die mit PEG und/oder Urinkatheter versorgt sind sowie deren Indikation. Außerdem setzt sie sich für eine möglichst geringe Zahl an UK ein und legt dar, wie auch Bewohner mit PEG in den Genuss dessen kommen, was ein „Essen in Gemeinschaft“ ausmacht.

**Durchführung:** Die Einrichtung erhebt einmalig an einem Stichtag anhand der vorgegebenen Liste, wie viele ihrer Bewohner/innen mit einer PEG versorgt sind und wie viele einen Urinkatheter (transurethral oder transdermal) tragen. Miterfasst wird, warum PEG bzw. UK notwendig sind und wie lange sie bereits liegen (6 QP). Außerdem legt sie anhand eines internen Konzeptes dar, wie sie sich dafür einsetzt, dass möglichst wenig Dauerkatheter benötigt werden (2 QP). Schließlich setzt sie sich ebenfalls mit fest etabliertem Vorgehen/Konzept dafür ein, dass auch Bewohner/innen mit PEG in den Genuss der Zuwendung und Gesellschaft kommen, die sonst mit selbständigem Essen oder auch individuellem Essen Anreichen verbunden sind (2 QP).

## QZ 8 Stichtagserhebung zum Antibiotikaeinsatz

**Ziel:** Aktuelle Kenntnis über alle Bewohner/innen mit systemischer und/oder lokaler Antibiotikabehandlung einschließlich deren Indikation.

**Durchführung:** An einem Stichtag werden alle Bewohner/innen mit lokaler und/oder systemischer Antibiotikagabe mit Nennung des verwendeten Präparates und Indikation Stichtag anhand der vorgegebenen Liste erfasst (6 QP). Außerdem legt die Einrichtung dar, wie sich im Austausch mit Haus- und Fachärzten für einen möglichst geringen Antibiotikagebrauch einsetzt (4 QP). Nicht bewertet wird dabei, ob Ärzte/Ärztinnen den Vorschlägen der Pflegekräfte folgen.

## QZ 9 Konzept zu Abstrichen (Screening und Kontrollabstriche)

**Ziel:** Einheitliche Kenntnis darüber, wann und wie in der Einrichtung Screening- und Kontrollabstriche durchgeführt werden sollen.

**Durchführung:** Die Einrichtung verfügt über ein schriftliches Konzept, in welchen Fällen aus ihrer Sicht ein Screening erfolgen sollte und in welcher Form Kontrollabstriche (z.B. nach MRSA-Sanierung) durchgeführt werden. Bei diesem Punkt geht es darum, dass

sich die Einrichtung Gedanken darüber macht, was unter pflegerisch-infektionspräventiven Maßstäben sinnvoll ist (max. 8 QP). Es muss außen vor bleiben, ob Ärzte dann auch die als erforderlich angesehenen Abstriche durchführen. Positiv wird allerdings bewertet, wenn eine Einrichtung diese bei pflegerischer Indikation (z.B. Frage der Isolierung, besonderer Barrieremaßnahmen) eigenständig und auf eigene Kosten durchführt (2 QP).

## QZ 10 Influenzaprävention

**Ziel:** Möglichst hohe Durchimpfungsrate sowohl bei Bewohnern/innen als auch Personal

**Durchführung:** Die Einrichtung stellt zunächst dar, inwieweit sie bisher auf die Möglichkeit der Influenzaimpfung hingewiesen hat (2 QP). Außerdem erhebt sie die Durchimpfungsrate sowohl ihrer Bewohner als auch des gesamten Personals in der der Auditierung vorangegangenen Influenzasaison. Ist diese über 50 %, erhält sie 6 QP, ist sie darunter nur 2 QP. In jedem Fall hat die Einrichtung bereits ein Konzept, um die Rate in der nächsten Saison möglichst zu steigern (2 QP).