

↳ JM

Ø 48, 25, 16, 1N



Kreisverwaltung Mayen-Koblenz · Postfach 20 06 63 · 56006 Koblenz
Katholisches Klinikum Koblenz
Marienhof Koblenz
Herrn Geschäftsführer J. Korn-Fourcade
Rudolf-Virchow-Str. 7
56073 Koblenz

Kath. Klinikum Koblenz-Montabaur									
KD									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Eingegangen: 21. Okt. 2019									
<input type="checkbox"/> Erbscheidung					<input type="checkbox"/> Rücksprache				
<input type="checkbox"/> Freigabe					<input type="checkbox"/> Stellungnahme				
<input type="checkbox"/> Krankheitsnahme					<input type="checkbox"/> Verbleib				
<input type="checkbox"/> Prüfung					<input type="checkbox"/> Weiterleitung an				



Aktenzeichen: 5.3.56 Dr.Ott./Mz
Zimmer-Nr.: 334
Telefax: 0261/91480750

Auskunft erteilt: Herr Dr. Otten
Telefon: 0261/914807-11
E-Mail: Karin.Merz@kvmyk.de

Datum: 17.10.2019

Zertifizierungsverfahren MRE/MRSA-Management Rezertifizierung der am Netzwerk des Landkreises MYK beteiligten Krankenhäuser

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersenden wir das von i-med-cert GmbH, 44227 Dortmund übersandte Ergebnis der Rezertifizierung.

Wir gratulieren zu dem positiven Gesamtergebnis.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Otten
Ltd. Medizinaldirektor

\\ds04.ad.lkmyk.de\Daten\GB2\A5.3\1R56\Sachgebiete\MRE-Netzwerk\Rezertifizierung_Anschr..docx

Gesundheitsamt:
Neversstraße 4-6
56068 Koblenz

Internet
www.mayen-koblenz.de
E-Mail
info@mayen-koblenz.de

Sprechzeiten:
mo.-fr. 8:30 bis 12:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Telefon 0261/914807-0
Telefax 0261/91480750

Bankverbindungen:
Sparkasse Koblenz
BLZ 570 501 20
Konto-Nr. 1 024
IBAN: DE18 5705 0120 0000 0010 24
BIC: MALADE51KOB

Kreissparkasse Mayen
BLZ 576 500 10
Konto-Nr. 8 581
IBAN: DE82 5765 0010 0000 0085 81
BIC: MALADE51MYN

Postbank Köln
BLZ 370 100 50
Konto-Nr. 24 60-508
IBAN: DE44 3701 0050 0002 4605 08
BIC: PBNKDEFF

Volksbank Rhein/Eifel eG
BLZ 577 615 91
Konto-Nr. 8010305000
IBAN: DE76 5776 1591 8010 3050 00
BIC: GENODE33BNA

ZERTIFIKAT



Hiermit bescheinigt die Zertifizierstelle der i-med-cert GmbH der Einrichtung



**Rudolf-Virchow-Str. 7
56073 Koblenz**

die vollständige Erfüllung

der durch das Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
als Netzwerkkoordinator
zur Einrichtung eines lokalen MRE/ MRSA-Netzwerks
erstellten und geltenden Anforderungen
für das Qualitätssiegel MRSA

Dieses Zertifikat ist gültig bis 19. September 2022
Zertifikat-Registrier-Nr. QMS-2019-2404

Dortmund, 20. September 2019

Geschäftsführerin

Sabine Holert

Zertifizierungsstelle für QM-Systeme der
i-med-cert GmbH
Westfalendamm 251 in 44141 Dortmund

Hygiene-Checkliste zur Beurteilung der MRSA/MRE Prophylaxe/Intervention des Kath. Klinikum Marienhof in 56073 Koblenz nach den Vorgaben der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz - Abt. Gesundheit -

Auditierte Einrichtung	Name	Katholisches Klinikum Koblenz - Montabaur Marienhof Koblenz	
	Adresse	Rudolf-Virchow-Str. 7-9, 56073 Koblenz	
		Tel: 0261 496- 0	
		Fax: 0261 496- 3042	
		E-Mail: info@kk-km.de	
Auditierende Organisation i-med-cert GmbH 44141 Dortmund	Name	i-med-cert GmbH	
	Adresse	Westfalendamm 251, 44141 Dortmund	
		Tel.: 0231-7548777	
		Fax: 0231-7548776	
		E-Mail: info@i-med-cert.eu	
		URL: www.i-med-cert.de	
Durchführung	Datum:	11.09.2019 09:00 – 12:00 Uhr	
	Teilnehmer	Einrichtung: Frau Petry, Herr Böhm, Prof. Maurer	
		Zertifizierstelle: Herr Raheem Esmail Gesundheitsamt: Dr. Steinmeyer, Dr. Anger	
Überprüfung	<input type="checkbox"/> Erstüberprüfung <input type="checkbox"/> 1. Überwachungsaudit <input type="checkbox"/> 2. Überwachungsaudit <input checked="" type="checkbox"/> Re-Zertifizierung		
	letzte Überprüfung durch:	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt am: <input type="checkbox"/> Bezirksregierung am: <input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz am:	

Die Überprüfung der vorgelegten Nachweise und die Durchführung des Audits führt zusammenfassend zu folgendem Ergebnis (zusammenfassende Bewertung):

Prüfbereich	A	B	C	D	E	F
auditiert	X	X	X	X	X	X
Abweich.	-	-	-	-	-	-

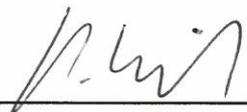
Die Erteilung der Zertifizierung wird ausdrücklich empfohlen.

Begründung: Das Katholische Klinikum Marienhof in Koblenz ist auch unter hygienerelevanten Aspekten eine bestens aufgestellte Klinik. Während des durchgeführten Audits nach den Vorgaben der Kreisverwaltung Mayen - Koblenz, Abt. Gesundheit, konnten keinerlei Abweichungen festgestellt werden, was nicht heißen soll, dass es kein Verbesserungs- und Entwicklungspotenzial gibt.

<input type="checkbox"/>	Nachaudit erforderlich / Entzug des Zertifikates
<input checked="" type="checkbox"/>	Zertifikaterteilung / Zertifikatfortbestand / Zertifikatänderung empfohlen

20.09.2019
Datum

Raheem Esmail
Auditleiter


Unterschrift

Vorbemerkung:

Aufgrund des Stichprobencharakters des Audits sei darauf hingewiesen, dass Abweichungen vorhanden sein können, die im Rahmen des Audits nicht festgestellt wurden.

Die Feststellungen des Auditors / der Auditoren entbinden das Unternehmen nicht von seiner Verantwortung, die ständige Erfüllung der gesetzlichen, fachgesellschaftlichen und normativen Forderungen, die Hygienevorgaben betreffend, sicherzustellen.

Diese Kriteriencheckliste besteht aus zwei Teilen:

Der erste Teil (formal) gibt Auskunft über die räumliche und technische Ausstattung der begangenen Organisation unter dem Leitaspekt „MRSA/MRE“.

Der zweite Teil (informell) fokussiert sich auf den tatsächlichen Umgang mit der Problemstellung MRSA/MRE in der auditierten Organisation.

ZUM AUDITUMFANG

Es wurde die Einhaltung des gesamten Kriterienkataloges (Teil 1 und 2) überprüft.

Zu den auditierten Bereichen siehe Markierungen in der Checkliste sowie folgende Anmerkungen:

STÄRKEN:

1. Ausgeprägtes Hygienebewusstsein bei den angesprochenen Mitarbeitern
2. Umfangreiches Fachwissen der Hygieneverantwortlichen
3. Sehr gut aufgestellter Leitungs- und Durchführungsbereich „Hygiene“
4. Umfangreiches Schulungsangebot und -umsetzung für alle Mitarbeiter
5. Engmaschiges Hygienekontrollsystem
6. Zertifiziertes Qualitätsmanagement

VERBESSERUNGSPOTENZIALE:

1. Kommunikation zwischen GK-Service u. Hygieneverantwortl. beibehalten
2. Über die Vereinheitlichung der Aufbereitung sollte nachgedacht werden.
3. Über eine sinnvolle Gestaltung von Einweginstrumenten sollte nachgedacht werden.
4. Über ein Dokumentationssystem sollte nachgedacht werden.

Zusammenfassung:

Das ev. Stift St. Martin in Koblenz ist eine nach besten und aktuellsten Hygienevorgaben geführte Klinik. Das gilt insbesondere für die Prophylaxe und Intervention bei den so gefürchteten Krankenhauskeimen aus den Gruppen der methicillinresistenten Erreger (MRE/MRSA), der vancomycinresistenten Erreger (VRE), der multiresistenten gramnegativen Erreger (MRGN), der norwalk-like Viren (Noro-Virus) und anderer schwer beherrschbarer Erreger.

Die hygieneverantwortlichen Mitarbeiter wiesen sich durch ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz aus, die sie auch intensiv und tiefgängig an alle Mitarbeiter der Klinik, Patienten und Besucher weitergeben.

Das Haus ist auch unter hygienerelevanten Aspekten sehr gut aufgestellt.

Allgemeine Angaben

Einrichtung:

- Praxisklinik (ambulantes Operieren, stat. Versorgung)
 Krankenhaus
 Bettenzahl: 294

Fachrichtungen:

- Gyn & Geburtshilfe; Innere; Kardio; HNO; Pneu; Th.Chirurgie; IST (siehe Anhang)

Ärztliche(r) Direktor(in) bzw. Träger der Einrichtung:

Prof. Dr. med. Jan Maurer / BBT Trier

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung:

Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt der Einrichtung (gem. § 2 Abs. 1 Nr. 4 HygMedVO):

Siehe Anhang „Hyg MA KKH;

Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin (falls zutreffend):

zuletzt am: 28.05. durch: Prof. B. Wille

Ggf. Beratung durch Krankenhaushygieniker/in (gem. § 2 Abs. 1 Nr. 2 HygMedVO):

zuletzt am: 28.05. durch: Prof. B. Wille

Beratung durch eine Hygienefachkraft (gem. § 2 Abs. 1 Nr. 3 HygMedVO):

Beratung 4,7 ~~Std./Jahr~~; zuletzt am: durch: S. Kühl, N. Felk, W. Böhmer, J. Lisak, R. Petry
 Vollzeitstellen

Sonstige Hygieneberatung durch:

Name/Anschrift/Tel./Qualifikation: MVZ Labor Koblenz

Teil 1 (formelle Angaben)

A Strukturqualität

A.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Hinweis: Raumprogramm ggf. Bauzeichnung hinterlegen

A.1.1 Eingriffseinheit(en)

- Eingriffsraum
- Personalumkleide (optional)
- Patientenumkleide (optional)
- Waschplatz (im Eingriffsraum zulässig)
- separater Aufbereitungs-/Sterilisiererraum für Eingriffe nach §115 b SGB V, ansonsten Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Gebrauchsmaterial
- Sterilgutlager sep. Raum oder Schränke (optional)
- Ruhezone (optional)

A.1.2 OP-Einheit(en)

- OP-Bereich zuverlässig vom Praxis-/Klinikbereich abgetrennt z.B. Türen
- Personalumkleide, direkter Zugang zum OP nur über die Personalumkleide
- Patientenumkleide
- Waschplatz außerhalb des OP's
- OP-Räume
- separater Aufbereitungs-/Sterilisiererraum ggf. auch außerhalb des OP Bereiches,
- unreine Arbeitszone (Entsorgungszone)
- Geräteraum (optional)
- Sterilgutlager sep. Raum oder Schränke
- Vorbereitungsraum (optional)
- Ruhezone, ggf. auch außerhalb des OP Bereiches, kann auch mit Patientenumkleide kombiniert werden

A.2 Baulich-funktionelle Gestaltung

A.2.1 Patientenumkleide/Patientenübergabebereich:

- Raumfläche (funktionell ausreichend) ja nein
 Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein) ja nein

Wegeföhrung (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Funktionsbereiche, Stationen) ja nein

Hinweis:

Verfahrensanleitung, Arbeitsanweisungen für das Personal für die Patientenübergabe, Vorbereitung und Einschleusen in den OP Bereich muss vorliegen.

A.2.2 Patiententoiletten

- innerhalb der OP-Einheit
 außerhalb der OP-Einheit

A.2.3 Personalumkleide/Personalschleuse (Sep. Raum)

- Raumfläche (funktionell ausreichend) ja nein
- Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein) ja nein

Wegeföhrung (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Aufwachraum) ja nein

OP-Bereichskleidung/Lagerung

- Einmalartikel: ja nein
- Aufbereitete Artikel ja nein
 - offen ja nein
 - geschlossen ja nein

Hinweis:

Aushang mit Arbeitsanweisungen, Verfahrensanleitung für das Personal für die Personaleinschleusung, Vorbereitung

A.2.4 Personaltoilette

- innerhalb der OP-Einheit
 außerhalb der OP-Einheit

Handwaschbecken (mit Direktspendern für Flüssigseife u. Händedesinfektionsmittel (Einmalgebände), Einmalhandtücher, Abwurf) ja nein

A.2.5 OP-Ambulanz- Funktionsräume

Ausstattung Hygiene gerechte Baubeschreibung

1. Wände abwaschbar, desinfektionsmittelbeständig – Materialbeschreibung (z.B. epoxydharzverfugte Fliesen, geeignete Spezialfarben auf Glasfaser, spezielle Verputzungen) ja nein
 2. Fußbodenauskleidung (Flüssigkeitsdicht, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig geeignete Verfugung) ja nein
 3. Beschreibung weiterer Flächen:
 - Fensterbänke (abwaschbar, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig) ja nein
 - Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig) ja nein
 - Sonstige Flächen (z.B. Oberflächen von Hängeschränken) ja nein
 4. Heizkörper müssen an allen Oberflächen zu reinigen und zu desinfizieren sein (Plattenheizkörper, keine Konvektoren)
 - leicht zu reinigen ja nein
 - abwaschbar ja nein
- Abwurfsystem für unsterile Produkte/Abfall ja nein

A.2.6 Prä- und Postfunktionsbereiche

Vorbereitungsraum oder -bereich

- Einzelkabine/Abtrennungsmöglichkeiten/Sichtschutz Patientenvorbereitung ja nein
 - Ausstattung:
 - OP-Liege (Achtung Organisation, ggf. Bettenaufbereitung beachten)
 - Decke (Achtung: Wäscheplan und VA Patientenvorbereitung, Patientenschutz) ja nein
- Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, wischdesinfizierbar) ja nein
- Ausstattung fachspezifische Patientenvorbereitung ja nein
- Postoperative Betreuung ja nein
- Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Patientenvorbereitung ja nein

A.2.7 Bereiche für hygienische Händedesinfektion

Einrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung

- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) ja nein
- Liste Desinfektionsmittel ja nein
- Einmalhandtücher/Abwurf ja nein
- Lokalisation
 - Patientenvorbereitung ja nein
 - Flur ja nein
 - Personaltoilette ja nein
 - Patiententoilette ja nein
 - In den Aufbereitungsräumen ja nein
 - Im Putzraum ja nein
 - Im Funktionsraum (auch Op) ja nein
 - Im Waschbereich ja nein

- Im Sterilgutlager ja nein
- Entsorgung ja nein
- Arbeitsanweisung und Aushang hygienische Händedesinfektion ja nein
- Arbeitsanweisung zur Wartung, Reinigung der Händedesinfektionsmittelspender ja nein

A.2.8 Bereich für chirurgische Händedesinfektion

- Waschplatz gem. TRBA 250 ja nein
- Arbeitsanweisung und Aushang chirurgische Händedesinfektion ja nein
- Arbeitsanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes ja nein
- Funktionsgerechte Armatur Beschreibung _____ ja nein
- Flüssigseifendirektspender (Einmalgebinde) ja nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) VAH gelistet ja nein
- Waschtisch ohne Überlauf, Wasserstrahl fällt außerhalb Siphon ja nein
- Einmalhandtücher, Einmalhandtuchspender ja nein
- Abwurf ja nein

Luftbeimischer/Perlatoren:

Häufigkeit der Wartung/Entkalkung/Wechsel der Luftbeimischer: 1 x pro Quartal & bei Bedarf

Lamellenstrahlregler ja nein

A.2.9 Sterilgutkennzeichnung nach DIN

- Kennzeichnung der Sterilgutsets (Angabe Sterilisationsdatum/Lagerdauer) ja nein
- Verfahrensanweisung zu Kontrolle der Ablaufdaten ja nein

A.2.10 Sterilgutaufbereitungsraum (separat)

Liste von Geräten/Medizinprodukten:

1. Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG)

Funktionsprinzip:

- thermisch (Anzahl: _____)
- chemisch (Anzahl: _____)
- chemo-thermisch (Anzahl: _____)

2. Sterilisationsgeräte

- Dampfdrucksterilisator (Anzahl: _____)
- Plasma-Sterilisator (Anzahl: _____)
- Sonstige Geräte (Anzahl: _____)

Art:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Aufbereitung
findet in der
AEMP BHK statt.

Zu jedem Gerät sind die Geräteunterlagen mit Anschaffungsjahr, Gebrauchsanweisung, technische Prüfberichte, Herstellerangaben, Routineprüfungsplan, Wartungsprotokolle und Wartungsintervalle, technischer Notdienst, Ersatzteilliste, Ersteinweisung und Schulung des Personals sowie der Verantwortliche für diesen Bereich zu hinterlegen (angestrebt wird die Hinterlegung über CD), siehe Checkliste Validierung des Sterilisationsverfahren

Ausstattung hygienegerecht

- Möglichkeit zur hygienischen Händedesinfektion für die Funktion unreine/reine Seite
- Lokalisation der Schutzhandschuhe, Schürze, Schutzbrille, AA Bereichskleidung, spez. Schutzkleidung
- Wände (abwaschbar, wischdesinfizierbar)
- Fußbodenauskleidung (abwaschbar, wischdesinfizierbar)
- Arbeitsflächen
 - Beschreibung nach funktioneller Trennung:
 - I. Anlieferungszone unreines Instrumentarium (unrein)
 - II. Aufbereitungszone (Reinigung, Desinfektion und Trocknung) (unrein)
 1. Ausstattung
 - III. Packzone (rein)
 1. Ausstattung
 - IV. Sterilisierzone (rein)
 1. Ausstattung
- Handwaschbecken
- Ausreichende Belüftung
- falls Fensterlüftung „Fliegengitter“

 ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

AEMP BHK

 ja nein ja nein

A.2.11 Entsorgungsbereich (z.B. im Putzraum)

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)
- Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Abfallentsorgung
- Beschreibung der Abfallwege

 ja nein ja nein ja nein ja nein

A.2.12 Putzraum

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)
- Getrenntes Lager für Putzmittel
- Liste Lagerbestand Putzraum
- Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Reinigung und Desinfektion
- Aushang Kurzform Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Wasserzufluss
- Ausguss
- Desinfektionsdosiergerät
- Lagerliste Putzmittel, Desinfektionsmittel, Putzzubehör
- Ggf. Handwaschbecken (Standard siehe Waschplätze)
- Putzwagen

 ja nein ja nein

Technisch-apparative Ausstattung — falls vorhanden

A.2.13 Raumlufthtechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)

Gründe der Notwendigkeit einer raumlufthtechnischen (RLT)-Ausstattung:

- Arbeitsphysiologie (z.B. Klimatisierung)
- Arbeitsschutz (z.B. Narkosegasabfuhr)
- Hygiene (z.B. Keimreduktion)

Luftführung:

- Verdrängungsprinzip
- Verdünnungsprinzip

DIN-Konformität (DIN 1946-4:2008-12)

ja nein

Abweichungen:

- Außenluftmenge
- Filterung
- Befeuchtung
- Kühlung
- Schutzdruckhaltung/Strömungsrichtung

Versorgung angrenzender Räume:

- Überströmprinzip
- Zuluft-Versorgung (eigene)

ja nein
 ja nein
 ja nein

A.2.14 Betrieb der RLT-Anlage nach DIN

- Anlagenstillstand außerhalb OP-Betriebszeit
- reduzierter Zuluftvolumenstrom außerhalb OP-Betriebszeit

ja nein
 ja nein

A.2.15 Regelmäßige Überprüfung

- Parameter: Keimzahl
- Partikelzahl
- Luftströmung

ja nein
 ja nein
 ja nein

- Kontrollen/Wartung:

jährlich

anderes Intervall: _____

nach Wechsel der letzten Filterstufe

nach Reparaturen

ja nein
 ja nein

TEIL 2 (informell)

B Prozessqualität

(betrieblich-organisatorische bzw. personelle Hygienemaßnahmen)

B.1 Aufbereitung von Medizinprodukten

(MPBetreibV, RKI-Richtlinie – Anlage zu Ziff. 7 und E 4a)

Protokoll der Bezirksregierung vom ____ liegt vor

ja nein

Ergebnis: Validierung

B.1.1 Verantwortung/ Qualifikation/ Verfahrensanweisung (Siehe Risikoanalyse/Risikobewertung usw.)

- Regelung und schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten und praktischen Durchführung aller Aufbereitungsschritte ja nein
- Sicherstellung der Qualifikation der/des für die Aufbereitung Zuständigen/Verantwortlichen aufgrund spezieller Fortbildung (z.B. Ausbildungsrichtlinie der DGSV) ja nein
- Risikoanalyse, Risikobewertung und -einstufung von Medizinprodukten vor Aufbereitung ja nein
- in schriftlicher Form vorliegend/eingesehen ja nein
- den Empfehlungen der RKI-Richtlinie entsprechend ja nein
- Anwendung geeigneter Verfahren bei Aufbereitung von Medizinprodukten zur Dekontamination/Inaktivierung infektiöser Proteine entsprechend der CvJK-Empfehlung RKI (Risikogewebe: ZNS, Auge, hier nur der hintere Augenabschnitt lymphatisches Gewebe) → keine Aufbereitung ja nein
- Vorliegen von Herstellerangaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten einschließlich Validierungsprotokolle ja nein

B.1.2 Reinigung/Desinfektion von Instrumenten

Eigene Aufbereitung & Aufbereitung auch für extern (AEMP BHK)

Externe Aufbereitung

Externer Betrieb (Name/Anschrift/ Tel./Fax):

- zertifiziert ja nein
- Zertifikat eingesehen ja nein

Bei eigener Aufbereitung:

Aufbereitung automatisch (RDG)

ja nein

- normkonformes RDG (nach DIN EN ISO 15883-1:2006-7) ja nein

ja nein

- validiert ja nein

ja nein

Aufbereitung manuell

ja nein

- nur Voreinigung ja nein

ja nein

- Komplettreinigung/Desinfektion ja nein

ja nein

Bei automatischer Reinigung/Desinfektion:

- Verfahrensanweisung zu den Desinfektionsprogrammen für definierte Beladung ja nein
- Vorliegen validierter Herstellerangaben für maschinelle Reinigung ja nein
- Wartungsprotokolle der Automaten ja nein
- Wirksamkeitskontrollen ja nein
 - RDG – Inprozesskontrollen (Reinigungsprüfkörper) ja nein
 - Intervalle:
 - wöchentlich
 - monatlich
 - sonst. Intervall _____
 - Prüfung mit Thermologger ja nein
 - Intervalle:
 - ½ jährlich
 - jährlich
 - sonst. Intervall _____
 - Prüfung mit Bioindikatoren nach RKI ja nein
 - Intervalle:
 - ½ jährlich
 - jährlich
 - sonst. Intervall _____
- Prüfprotokolle vorhanden ja nein
- eingesehen ja nein
- Prüfstelle (Name/Anschrift/Tel./Fax):
siehe Validierungsprotokolle _____

Bei manueller Reinigung/Desinfektion:

- Reinigungsmittel
 - PH-neutral
 - alkalisch
- Aufbereitungsschritte in Hygiene-/Desinfektionsplänen festgelegt ja nein
 - Festlegungen jederzeit zugänglich ja nein
- Ultraschallgerät ja nein
 - Verfahrensanweisung ja nein
 - Dosieranweisung ja nein
 - Wartungsintervalle, Reinigungsplan ja nein

B.1.3 Sterilisation von Medizinprodukten

- Eigene Aufbereitung ja nein
- Externe Aufbereitung Kardiologie ja nein
- Externer Betrieb (Name/Anschrift/Tel./Fax):

- zertifiziert ja nein
- Zertifikat eingesehen ja nein

Bei eigener Aufbereitung:

Dampfsterilisation (DIN 58946-6; DIN EN 285; DIN EN 554; DIN EN 13060; DIN EN ISO 17665-1)

- Siehe Checkliste Validiertes Sterilisationsverfahren ja nein
- Sterilisationsprozesse/Validierung ja nein
- Sterilisationsprozesse/Kontrolle ja nein
- Chargendokumentation (Druck, Temperatur, Zeit) ja nein
- Charge rückverfolgbar aus Patientenakte ja nein
- Verwendung von Chemioindikatoren ja nein

Vakuumtest und Dampfdurchdringungstest vor

- Sterilisationsbeginn (Bowie-Dick-Test, Vakuumtest, ggf. Leercharge) ja nein
- Periodische Kontrolle/Bioindikatoren (DIN EN 866-3)
Intervall: ½ jährlich ja nein
anderes Intervall: 1 x Jahr
- Prüfprotokolle eingesehen ja nein
- Prüfstelle: Name, Anschrift/Tel./Fax
siehe Validierungsbericht ja nein

- Verfahrensanweisung zu Umgang mit Einwegmaterialien ja nein

B.2 Laufende Wischdesinfektionsmaßnahmen

B.2.1 Hygieneplan/Desinfektionspläne

- Hygieneplan für die gesamte Einrichtung ja nein
- Jederzeitiger Zugriff für Personal möglich ja nein
- Erstellung durch R. Petry
- letzte Aktualisierung(en) am 2019
- Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans ja nein
- Einweisung durch Hygienetzwerk & Fortbildungen
Stabsstelle Hygiene & Umweltmanagement

B.2.2 Desinfektionspläne

- An sichtbaren Stellen ausgehängt ja nein
- Erstellung durch R. Petry
- letzte Aktualisierung(en) am 2018
- Einweisung des Personals bzgl. Anwendung der Desinfektionspläne ja nein
- Einweisung durch 2018 R. Petry
- Übereinstimmung der angeführten Desinfektionsmittel und –verfahren ja nein
- mit den tatsächlich verwendeten
- Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI bei Erstellung/Aktualisierung ja nein

B.2.3 Desinfektionsmittel

Vorhaltung von Desinfektionsmittel für:

- | | | |
|---------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| • Hände | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Haut | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Instrumente | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Flächen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Auswahl nach/von

- | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| • VAH-Liste (Verbund für angewandte Hygiene) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • RKI-Liste (Robert-Koch-Institut) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Nicht VAH/RKI-gelistete Produkte | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

B.2.4 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

Risikoanalyse

ja nein

B.2.4.1 OP-Einheit:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| • Wischdesinfektion (kleinflächige) hygienerrelevanter Flächen im OP | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • nach jedem operativen Eingriff | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • am Ende des OP-Betriebes | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

B.2.4.2 Flächen-/Fußbodendesinfektion

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| • Regelmäßige/Anlassbezogene Fußbodendesinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ Methode: Ein-Eimer-System | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ Zwei-Eimer-System | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| ○ Wechselbezugverfahren | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| ○ anderes System _____ | | |
| • Aufbereitung von Wechselbezügen/Wischtüchern | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ Methode thermische/chemothermische Desinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ mit Trocknung | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ ohne Trocknung | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

B.3 Aufbereitung von Wäsche (Medizinprodukte)

Wäscheartikel:

- Verwendung von Einwegartikeln ja nein
 - OP-Mäntel ja nein
 - OP-Abdecktücher ja nein
 - sonstiges _____
- Verwendung von Mehrwegartikeln ja nein
 - OP-Mäntel ja nein
 - OP-Abdecktücher ja nein
 - sonstiges _____
- eigene Aufbereitung ja nein
 - Verfahren: _____
- Fremdvergabe ja nein
 - Name/Anschrift/Tel.: _____
 - _____
 - _____
 - Zertifikat liegt vor ja nein

B.4 Kontrolle der Medizinprodukte

- Bestandsliste der Medizinprodukte vorhanden ja nein
- Medizinproduktebücher vorhanden ja nein
- Kontrolle/Wartung der Medizinprodukte nach Herstellervorgaben bzw. nach Medizinprodukte-Betreiberverordnung (z.B. medizin-technische Geräte) ja nein

B.5 Abfallplan

- Abfallentsorgung gemäß Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) über die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (Stand 2003) ja nein
- **AS 18 01 01:** Entsorgung **spitzer oder scharfer Gegenstände** in stich-, bruchfesten und fest verschlossenen Einwegbehältnissen ja nein
- **AS 18 01 04:** Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht **keine besonderen Anforderungen** gestellt werden (z. B. Wund- und Gipsverbände, Wäsche, Einwegkleidung, Windeln) ja nein
 - Verwendung von flüssigkeitsdichten und reißfesten Entsorgungsbehältern für die Abfälle der Einrichtung (Säcke, Tonnen) ja nein
 - Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp 108103, 108102 _____
 - Name/Anschrift/Tel./Fax: _____
Remondis

B.6 Personal-, Hygienesdisziplin

B.6.1 Handhabung des Mund-Nasen-Schutzes

- Mund-/Nasenschutz –Tragepflicht in selektiven Räumen welche– ja nein
- Mund-/Nasenschutz –Tragepflicht nur in den OP-Räumen– ja nein
- Erneuerung des Mund-Nasen-Schutzes nach jeder Abnahme ja nein
- Hygienegerechtes Tragen des Mund-/Nasenschutzes ja nein

B.6.2 Händedesinfektion

- vor Entnahme sauberer Bereichskleidung/des Mund-/Nasenschutzes ja nein
- beim Umgang mit Sterilgut, Einwegartikeln, Injektionen, Infusionen ja nein
- vor und nach Manipulation am Patienten ja nein
- nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten ja nein

B.6.3 Haarschutz

- Ggf. Tragen eines geeigneten Haarschutzes (vollständige Abdeckung der Haare) ja nein

C Personal- und Patientenschutz

Personenschutz (§§ 5 und 6 ArbSchG, § 15 BioStoffV):

- Gefährdungsbeurteilung mit Feststellung, welche Beschäftigten Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (z.B. HBV; HCV; HIV; Tbc) ausüben, vorliegend ja nein
- Arbeitsmedizinische Untersuchung aller Beschäftigten, die einer Infektionsgefährdung nach §15 i.V.m. Anhang IV BioStoffV ausgesetzt sind, durchgeführt ja nein
- Vorsorgeuntersuchung aller Beschäftigten bereits vor Aufnahme deren Tätigkeit sichergestellt ja nein
- Angebot der Schutzimpfung für Beschäftigte ja nein
- Werden Beschäftigte ohne ausreichenden Impfschutz eingesetzt? ja nein
- Hautschutzplan ja nein
- Arbeitsmedizinische Betreuung durch: (Name/Anschrift/Tel./:)

PIMA Health Group GmbH

Anna-Birle-Str. 1, 55252 Mainz

D Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen

- Durchführung von Operationen bei Patienten mit Risikopunkten:
(Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.) ja nein
- ASA Score >3 (= schwere systemische Krankheit, dekompenzierte systemische Krankheit oder moribund), ja nein
- Wundkontaminationsklasse kontaminiert oder septisch; ja nein
- Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen ja nein
- Methode/Erfassung:
 - AMBU-KISS ja nein
 - andere: OP-KISS, Hand-KISS
- Erfassender/Bewertender:
 - Operateur ja nein
 - Hygienefachkraft (~~extern~~) ja nein
 - andere: _____
- Maßnahmen zur Ursachenermittlung und Ablaufoptimierung ja nein
- Meldung eines gehäuftes Auftretens von nosokomialen Infektionen an das Gesundheitsamt ja nein
- Datum: _____
- Dokumentation zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs ja nein
- Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation ja nein
- Die Aufzeichnungen werden zehn Jahre aufbewahrt ja nein

E Abklärung des Übertragungsweges

(zu jedem Unterpunkt sind Nachweise zu darzulegen!)

Kontaktübertragung (Gruppe A)

ja nein

Die Übertragung erfolgt **durch Kontakt** (Hände, Instrumente, Verbandmaterial, Kleidung, Arbeitsflächen), wenn übliche, allgemeine Hygienemaßnahmen nicht ausreichend beachtet werden. Eine Übertragung von Person zu Person geschieht in erster Linie über die Hände des Personals nach Kontakt mit kolonisierten/infizierten MRE-PatientInnen.

Streuübertragung (Gruppe B)

ja nein

aerogene Streuung: Patientin hustet stark, Patientin hat offenes Tracheostoma

starke Belastung der Umgebung durch: Inkontinenz, schuppene Hauterkrankungen, große besiedelte Wundfläche, Nicht-Einhalten der persönlichen Hygiene durch den Patienten (z.B.: psychische Erkrankungen)

E 1 Checkliste - Hygienemaßnahmen:

Maßnahme		Gruppe A (Kontaktübertragung)		Gruppe B (Streu- übertragung) und immer bei 4-MRGN / CPE
Einzelzimmer	X	situationsbedingt	X	unbedingt erford.* (siehe E 2)
Kohortierung	X	nach Absprache mit Krankenhaus- Hygiene (KHH)		nach Absprache mit KHH
Eigene Toilette (bei Aussch. von MRE über Harn/Stuhl)		situationsbedingt	X	unbedingt erforderlich
Händehygiene	X	<ul style="list-style-type: none"> • Personal: die 5 Momente der Händehygiene sind einzuhalten • PatientIn: Händedesinf. nach Toilettenbesuch, nach Kontakt mit Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten, sowie vor Verlassen des Zimmers • Besucher: Händedesinf. vor und nach Kontakt mit anderen Patienten und bei Verlassen des Zimmers 		
Handschuhe	X	bei allen Handlungen am Patienten	X	bei allen Handlungen im Isolierzimmer erforderlich
Einmal- Schürze	X	bei allen Handlungen am Patienten		bei allen Handlungen im Isolierzimmer erforderlich
Einmal-Schutzkittel	X	abhängig von erwarteter Kontamination	X	erforderlich
Mund- Nasenmaske	X	abhängig von erwarteter Kontamination	X	erforderlich
Patientennahe Utensilien	X	Utensilien patientenbezogen verwenden, nach Gebrauch wischdesinfizieren. maximal Tagesbedarf an Utensilien im Zimmer belassen. Krankengeschichte und Dokumentationsmaterial nicht ins Isolierzimmer mitnehmen		
gebrauchtes Material	X	unmittelbare Entsorgung im Zimmer		
gebrauchte Wäsche	X	unmittelbare Entsorgung im Zimmer		
gebrauchte Instrumente	X	Ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Wiederaufbereitung bzw. Desinfektion		
Tägliche Unterhaltsdesinfektion	X	Routinemäßige und gezielte Reinigung und Desinfektion gemäß Desinfektionsplan der Abteilung / Station		
Schlussdesinfektion	X	= gründlichste Desinfektion aller Flächen im Zimmer, nach Entlassung oder Verlegung. Desinfektionsmittel laut Desinfektionsplan		
Organisation	X	Arbeitsabläufe so planen, dass Tätigkeiten im „MRE-Zimmer“ oder an MRE-Trägern am Ende der Routine stattfinden. Dabei auf gute Vorbereitung und gegebenenfalls Einbeziehung einer zweiten Person achten, um unnötige Unterbrechungen (Re-Kontaminationsrisiko) zu vermeiden		
Informationspflicht	X	Gegenüber: PatientInnen, allen MA im betroffenen Bereich, Reinigungspersonal (auch extern!), BesucherInnen etc. Informationen vor Überstellung des Patienten		
Eradikation	X	bei MRSA: laut Schema →siehe RL 008 „MRSA Info allgemein“ und Doku-Blatt →siehe RL 034 „MRSA Dokumentation“		

E 2 Checkliste - Hygienemaßnahmen: Wenn Unterbringung bei Streuübertragung bzw. 4-MRGN/CPE im Einzelzimmer nicht möglich ist

Maßnahme			
Dokumentation	X	Dokumentation die alsbaldige Unterbringung im Einzelzimmer ist anzustreben.	ORBIS
Barrieremaßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung sind in jedem Fall durchzuführen	X	<ul style="list-style-type: none"> • Aufstellen eines wischdesinfizierbaren Paravents • Unterbringung des Patienten an einer Randposition (Fenster) • Nichtbelegung der Mittelposition im 3-Bettzimmer • Besuchermengenbegrenzung 	} Einzelzimmer
Eigene Toilette (bei Ausscheidung von MRE üb. Harn/Stuhl)	X	Zur Verfügung stellen einer eigenen Toilette und/oder anschließend nach Nutzung Desinfektion sicher stellen	
Sanitäreinheit	X	Zur Verfügung stellen einer eigenen Sanitäreinheit und/oder anschließend nach Nutzung Desinfektion sicher stellen	
Händehygiene	X	<p>Bereitstellung eines zugelassenen Händedesinfektionsmittels in unmittelbarer Patientenumgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal: die 5 Momente der Händehygiene sind einzuhalten • PatientIn: Händedesinfektion nach dem Toilettenbesuch, nach Kontakt mit Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten sowie vor Verlassen des Zimmers • Besucher: Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit anderen Patienten und bei Verlassen des Zimmers 	
Handschuhe	X	bei allen Handlungen am Patienten und in Patientenumgebung erforderlich	
Einmal-Schutzkittel (langärmelig mit Bündchen) und Mundschutz	X	Bereitstellung (in Patientennähe) und Tragen von Einmal-Schutzkitteln und Mundschutz ist erforderlich.	
Patientennahe Utensilien	X	<p>Alle Utensilien nur patientenbezogen verwenden und nach Gebrauch mindestens wischdesinfizieren.</p> <p>Nur geringe Menge (maximal Tagesbedarf) an Pflegeutensilien im unmittelbaren Patientenbereich belassen.</p> <p>Persönliche Gegenstände des Patienten (Zahnprothese, Brille, Hörgerät, Kamm...) beim Patienten lassen.</p> <p>Krankengeschichte und Dokumentationsmaterial wird nicht auf das Bett gelegt und/oder nicht zur Patientenposition mitgenommen.</p>	
Entsorgung	X	Gebrauchtes Material, Instrumente und Wäsche sind ohne Zwischenlagerung, d.h. unmittelbar, und/oder ohne Berührung von anderen Gegenständen zu entsorgen	
Tägliche Unterhaltsdesinfektion	X	Routinemäßige und gezielte Reinigung und Desinfektion gemäß Desinfektionsplan der Abteilung / Station	
Schlussdesinfektion	X	= gründlichste Desinfektion aller Flächen im Zimmer nach Entlassung oder Verlegung. Desinfektionsmittel laut Desinfektionsplan.	
Organisation	X	Arbeitsabläufe so planen, dass Tätigkeiten im „MRE-Zimmer“ oder an MRE-Trägern am Ende der Routine stattfinden. Dabei auf gute Vorbereitung und gegebenenfalls Einbeziehung einer zweiten Person achten, um unnötige Unterbrechungen (Re-Kontaminationsrisiko) zu vermeiden.	
Informationspflicht	X	Gegenüber PatientInnen, allen MA im betroffenen Bereich, Reinigungspersonal (auch extern!), BesucherInnen etc. Informationen vor Überstellung des Patienten Lenkung von Besucherströmen.	
Eradikation	X	bei MRSA: laut Schema → siehe VA „MRSA Info allgemein“ und Doku-Blatt → siehe VA „MRSA Dokumentation“	

Abkürzungen

CPE	Carbapenemase-produzierende Enterobakterien
MRE	Multiresistenter Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRGN	Multiresistente gramnegative Stäbchen

F Schulungs- und Dokumentationsnachweise

Erfassung epidemiologischer Daten/ Surveillancestrukturen		
Umsetzung der MRSA-Meldepflicht (Blut- u. Liquorkultur u. Meldepflicht für Erreger mit Carbapenemase - je mit quartalsmäßiger Meldung der Patiententage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innerbetriebliche Fortbildung/Schulungen zum Thema	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prävalenz- und Eingangsscreening	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Festlegung der Art und Anzahl spez. Risikogruppen u. Screening	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Typisierung von ausgewählten MRSA	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen zu MRSA (Hyg., Isol., Sanierung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maßnahmen zum Umgang mit ESBL/VRE/MRGN/Clostridium diff. festgelegt	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umsetzung § 23 InfSchG und andere gesetzl. Vorgaben	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Screening von Risikopatienten	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Qualifikationsnachweise	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotikamonitoring	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hygienemanagement bei MRGN	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überprüfung des festgelegten Hygienemanagements zu MRGN	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Datenaustausch zu MRGN	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Strukturierte hausinterne Begehungen/Pflegebegleitungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Personelle Ressourcen nach gültiger HygVO	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird der Hygienebeauftragte hinreichend von der sonstigen Arbeit freigestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verfügt die Einrichtung über einen Standard für meldepflichtige Erkrankungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat jeder Mitarbeiter den Hygieneplan gelesen? Wurde die Kenntnisnahme schriftlich dokumentiert (etwa per Abzeichnung auf dem Verteiler)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann jeder Mitarbeiter auf Nachfrage die korrekte Verwendung der Datensicherheitsblätter erläutern?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

- Ist durch eine entsprechende Dienstanweisung sichergestellt, dass der Hygienebeauftragte über alle auftretenden Infektionen informiert wird? ja nein
- Informationen der MRE-Betroffenen (Merkblatt/Flyer etc.) und weiterbetreuende Ärzte/Einrichtungen ja nein
- Ist durch eine entsprechende Dienstanweisung sichergestellt, dass auch in der Nacht und am Wochenende die entsprechenden Maßnahmen getroffen werden können? Sind die Kompetenzen dafür klar geregelt? ja nein
- Ist durch eine entsprechende Dienstanweisung sichergestellt, dass bei Pflegekräften auftretende Schnittwunden und Infektionskrankheiten an die Pflegedienstleitung weitergemeldet werden? Das gilt auch für Entzündungen im Gesicht, den Händen oder den Armen sowie bei Durchfallerkrankungen oder Parasitenbefall. ja nein
- Wird ein Verbandbuch der BG geführt ja nein
- Ist durch eine entsprechende Dienstanweisung sichergestellt, dass die Infektion und die getroffenen Maßnahmen korrekt dokumentiert werden können? ja nein
- Trägt kein Mitarbeiter Schmuck, der als Überträger von Infektionen dienen könnte? Dazu zählen auch Ehering, sichtbare Piercings und Armbanduhr. ja nein
- Wird einmal jährlich eine betriebsärztliche Untersuchung vorgenommen? ja nein
- Werden die Lagerungshilfen korrekt desinfiziert? ja nein