



Vorwort

zum Leitfaden für die infektionshygienische Überwachung von Krankenhäusern
nach § 36 Abs. 1 IfSG und Art. 16 GDVG

Dieser Leitfaden, der in modifizierter Form den bayerischen Gesundheitsämtern zur Verfügung steht, versteht sich als Arbeitshilfe für den Amtsarzt im Rahmen einer Krankenhausbegehung. Bei der Erstellung wurde versucht, die einschlägigen Richtlinien, Verordnungen und Leitlinien zu berücksichtigen. Der Leitfaden erhebt keineswegs Anspruch auf Vollständigkeit; er soll auch nicht als "Abhak-Bogen" dienen, sondern eher Hinweise darauf geben, welche Aspekte in der jeweiligen Abteilung hygienisch relevant sein könnten und wo sich hygienische Defizite zeigen könnten.

Leitfaden

für die infektionshygienische Überwachung von Krankenhäusern
durch das Gesundheitsamt nach § 36 Abs.1 IfSG sowie Art.16 GDVG

INHALTSVERZEICHNIS

1	Personaleinsatz in der Hospitalhygiene	3
2	Surveillance nosokomialer Infektionen	4
3	Sterilgutaufbereitung	6
4	Hausreinigung/Flächendesinfektion	8
5	Behandlungs- und Pflegebereiche.....	10
5.1	Operationsbereich	
5.2	Intensivstation	
5.3	Neugeborenenstation	
5.4	Pflegebereich	
5.5	Endoskopie	
5.6	Dialyse	
5.7	Physikalische Therapie	
6	Sonstige Bereiche	20
6.1	Wäscherei	
6.2	Bettenaufbereitung	
6.3	Wasserversorgung	
6.4	RLT-Anlage	
6.5	Küche	

1 Personaleinsatz in der Hospitalhygiene

1.1 Hygienefachschwester/Hygienefachpfleger

Sind Hygienefachkräfte vorhanden? ja nein Anzahl:___

im Hause beschäftigt Vollzeit Teilzeit___Std.

externe Fachkraft

Einsatzzeiten: ___Std/Monat auf Anforderung
 ___Tage/Monat nicht festgelegt

Ausbildung gemäß Anlage zu Ziffer 5.3.7 RKI-Richtlinie ja nein

1.2 Hygienebeauftragter

Sind hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte vorhanden ? ja nein Anzahl:___

Wie viele haben einen Fortbildungskurs gemäß Anlage 5.3.5 RKI-Richtlinie besucht? Anzahl:___

1.3 Krankenhaushygieniker

Ist ein(e) klinikeigene Krankenhaushygienikerin/hygieniker vorhanden? ja nein

Wird ein externes Hygieneinstitut beratend hinzugezogen ? ja nein

Name des Hygieneinstituts:

Einsatzzeiten: ___Std/Monat auf Anforderung
 ___Tage/Monat nicht festgelegt

1.4 Hygienekommission

Ist eine Hygienekommission vorhanden? ja nein

Wer ist in der Hygienekommission vertreten?

- Ärztlicher Direktor sonstige:
 hygienebeauftragte Ärztin/Arzt
 Hygienefachkraft
 Krankenhaushygieniker
 Pflegedienstleitung
 Verwaltungsleitung

Tagungsfrequenz: regelmäßig (___/Jahr) anlassbezogen

Werden die Ergebnisse der Hygienekommissionssitzungen schriftlich dokumentiert? ja nein

Protokoll der letzten Sitzung eingesehen ja nein

2 Surveillance nosokomialer Infektionen

2.1 postoperative Wundinfektionen

Welche postoperativen Wundinfektionen werden gesondert erfasst und bewertet?
(OP-Art, z. B. Cholecystektomie, Hüftendoprothese, Herniotomie angeben)

2.2 sonstige nosokomiale Infektionen

Welche weiteren nosokomialen Infektionen werden gesondert erfasst und bewertet?

- beatmungsassoziierte Pneumonien
- katheterassoziierte Septikämien
- katheterassoziierte Harnwegsinfektionen
- sonstige

2.3 Erfassungsmethode

Nach welcher Methode werden nosokomiale Infektionen erfasst?

- Prospektive Erfassung
 - Teilnahme an der KISS-Studie des NRZ
 - Erfassung nach den Kriterien des KISS-Projektes
 - Verwendung eigener Erfassungsbögen und Kriterien
- Retrospektive Erfassung

Wer erfasst bzw. bewertet die nosokomialen Infektionen?

- Hygienefachkraft
- Hygienebeauftragter Arzt/Ärztin
- Stationsarzt
- Sonstige:

2.4 Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

Werden die vom RKI aufgelisteten Erreger mit speziellen Resistenzen erfasst? ja nein

Wurde eine Häufung bestimmter Erregerspezies/Resistenzen festgestellt? ja nein

Wenn ja:

Welche Erregerspezies/Resistenzen wurden gehäuft nachgewiesen?

Welche Maßnahmen wurden eingeleitet?

Wird die Anzahl der erstmals nachgewiesenen MRSA-Fälle monatlich aufgezeichnet? ja nein

Unterlagen zur Erfassung von multiresistenten Erregern wurden eingesehen ja nein

2.5 Meldung von gehäuft auftretenden nosokomialen Infektionen

Wer ist für die Meldung von gehäuft auftretenden NI an das Gesundheitsamt zuständig?

- Ärztlicher Direktor
- hygienebeauftragter Arzt/hygienebeauftragte Ärztin
- Hygienefachkraft
- das betreuende mikrobiologische Labor
- sonstige:
- nicht geregelt

Ist innerhalb des letzten Jahres ein gehäuftes Auftreten von nosokomialen Infektionen beobachtet worden?

ja nein

Wenn ja:

In welcher Abteilung/welchem Bereich?

Durch welchen Erreger?

Welche Maßnahmen wurden veranlasst?

2.6 Personalinfektionen

2.6.1 Personenschutz*

Wurde anhand der Gefährdungsbeurteilung festgestellt, welche Beschäftigten Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (z. B. HBV, HCV, HIV, Tbc) ausüben?

ja nein

Werden **alle** Beschäftigten, die einer Infektionsgefährdung nach § 15 i.V.m. Anhang IV BioStoffV ausgesetzt sind, arbeitsmedizinisch untersucht?

ja nein

Ist sichergestellt, dass bei den Beschäftigten schon **vor** Aufnahme der Tätigkeit eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird?

ja nein

Werden ggf. Schutzimpfungen angeboten?

ja nein

* Bei Beantwortung dieser Fragen mit "nein" sollte das zuständige Gewerbeaufsichtsamt benachrichtigt werden. Bezüglich des Personenschutzes gegenüber Gefährdungen durch biologische Arbeitsstoffe wird auch auf die BGR 250 bzw. TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ verwiesen.

2.6.2 Patientenschutz

Wird bei Vorliegen eines Befundes, der eine Gefährdung von Patienten wahrscheinlich macht, der Ärztliche Direktor informiert?

ja nein

Wird bei entsprechendem Befund ein vorläufiges Beschäftigungsverbot in patientenbezogenen Bereichen ausgesprochen?

ja nein

Existiert ein Expertengremium, das in solchen Fällen Beschäftigungsmöglichkeiten bzw. -einschränkungen festlegt?

ja nein

3 Sterilgutaufbereitung

3.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Ist eine zentrale Sterilgutaufbereitung vorhanden? ja nein

Wenn ja:
Unterteilung in Desinfektions-, Pack- und Sterilisationszone? ja nein

Wenn nein:
Wo wird die Sterilgutaufbereitung durchgeführt?

Ist der Sterilisationszone ein eigener Sterilgutlagerraum angegliedert? ja nein

3.2 Betrieblich-organisatorische Maßnahmen

3.2.1 Instrumentenreinigung/-desinfektion

manuell automatisch

bei automatischer Reinigung/Desinfektion:

verwendetes Programm (thermisch)

93°C/10 min (RKI-Programm)

75°C/10 min

____°C/____ min

Prüfungsintervall (mikrobiologisch)

vierteljährlich

halbjährlich

anders:

Prüfprotokolle

vorhanden

nicht vorhanden

Letzte Prüfung am: _____

Prüfprotokoll eingesehen ja nein

bei manueller Reinigung/Desinfektion:

Verwendete Mittel VAH/RKI-gelistet sonstige:

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden? ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt? ja nein

3.2.2 Sterilisation

Dampfsterilisation

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Laufende Kontrolle der Sterilisationsprozesse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chargendokumentation (Registrierung von Druck, Temperatur, Zeit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verwendung von Chemoindikatoren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dampfdurchdringungstest vor Sterilisationsbeginn (Bowie-Dick-Test) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Periodische Kontrolle / Bioindikatoren

- vierteljährlich
- halbjährlich
- alle 400 Chargen
- anderes Intervall:
- keine Kontrolle

Letzte Prüfung(en) am: _____ Prüfprotokoll(e) eingesehen ja nein

Heißluftsterilisation

Die Heißluftsterilisation sollte wegen Unzulänglichkeiten wie materialabhängiger Ausgleichszeiten und fehlender Möglichkeiten einer Verfahrensvalidierung durch die Dampfsterilisation ersetzt werden. (Anwendungen nur zur Sterilisation von Glaswaren im Labor- und/oder Apothekenbereich)

Alternative Sterilisationsverfahren

(EO: DIN EN 550; DIN 58948 Teil 15,16; DIN EN 45000; DIN EN ISO 9000; TRGS 513)

- Ethylenoxid
- Formaldehyd

Periodische Kontrolle / Bioindikatoren (DIN EN 866-2; DIN EN 866 T5)

- vierteljährlich
- halbjährlich
- alle 400 Chargen
- anderes Intervall:
- keine Kontrolle

Letzte Prüfung(en) am: _____ Prüfprotokoll(e) eingesehen ja nein

Nichtgenormte Sterilisationsverfahren

- Niedertemperatur-Gasplasma (Sterrad[®]-System)
- Niedertemperatur PES (Steris[®]-System)
- anderes Verfahren

Periodische Kontrolle / Bioindikatoren

- vierteljährlich
- halbjährlich
- alle 400 Chargen
- anderes Intervall:
- keine Kontrolle

Letzte Prüfung(en) am: _____ Prüfprotokoll(e) eingesehen ja nein

Sterilisation von thermolabilen Einwegmaterialien
(z.B. Katheter, MIC-Zubehör) ja nein

Wenn ja, durch

- zentrale, klinikeigene Sterilgutaufbereitung
- externe Aufbereitung (zertifizierter Betrieb)

Name des Betriebs:

Aufbereitung von Optiken für starre Endoskope

- Dampfsterilisation
- Alternative Sterilisationsverfahren (EO, FO)
- Niedertemperatur-Gasplasma
- "high level" disinfection

Desinfektionswirkstoff:

4 Hausreinigung/Flächendesinfektion

Die Hausreinigung/Flächendesinfektion erfolgt durch

- hauseigenes Personal
- Fremdfirma

Wenn Fremdfirma: der Einsatz erfolgt

- im stationären Bereich
- Intensivstation
- OP-Bereich

Desinfektions- und Hygienepläne vorhanden? ja nein

Pläne an den jeweiligen Stellen sichtbar aufgehängt? ja nein

Datum der letzten Überarbeitung: _____

Stimmen die angeführten Desinfektionsmittel und -verfahren mit den tatsächlich angewendeten überein? ja nein

Wurde das Personal in die Inhalte bzw. die Handhabung der Desinfektions- und Hygienepläne eingewiesen? ja nein

Wer hat die Einweisung vorgenommen? _____

Wer hat die Hygiene- und Desinfektionspläne erstellt ?

- Hygienefachkraft
- Pflegedienstleitung
- Firma
- sonstige:

Sind die Pläne mit der Hygienekommission abgestimmt und als verbindliche Betriebsanweisung festgelegt worden? ja nein

Wurden bei der Erstellung/Aktualisierung der Pläne die aktuellen Empfehlungen der RKI-Richtlinie berücksichtigt?

ja nein

Auswahl der Desinfektionsmittel gemäß

- VAH-Liste
- RKI-Liste
- nichtgelistete Produkte

Dosierung des Desinfektionsmittels

- Zentrale Dosieranlage Kontrolle ja nein Kontrollintervall: ____/Jahr
- Einzeldosiergeräte Kontrolle ja nein Kontrollintervall: ____/Jahr
- manuelle Dosierung

Verwendete Methode zur Fußbodendesinfektion

- Ein-Eimer-Methode
- Zwei-Eimer-Methode
- Wechselbezugverfahren
- anderes System:

Ausschließliche Flächen- bzw. Fußbodenreinigung (keine Desinfektion) in folgenden Bereichen:

- OP-Bereich
- Intensivstation
- Neugeborenenstation
- Normalpflegestationen
- Ambulanz
- funktionsdiagnostische Bereiche

Wenn ausschließlich Nassreinigung erfolgt:

Wird auf Vorhandensein von Nasskeimen geprüft

- in der Reinigungsflotte
- in den Wischutensilien
- auf gereinigten Flächen

Kontrolle des Reinigungs-/Desinfektionserfolgs
(z.B. Abdruckuntersuchungen)

ja nein

Bezüglich des Personalschutzes in Zusammenhang mit Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen wird auf die BGR 206 bzw. GUV R 206 „Regeln für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst“ verwiesen.

5 Behandlungs- und Pflegebereiche

5.1 OP

5.1.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Aseptischer und septischer OP-Bereich in einer Spange? ja nein

Wenn ja:

Räumliche Abtrennung der septischen OP-Einheit möglich? ja nein

Personalschleuse mit eindeutiger funktioneller Trennung (rein/unrein)? ja nein

Unreiner Teil der Personalschleuse vom OP-Flur aus zugänglich? ja nein

Patientenübergaberaum vorhanden? ja nein

Geeignete Räume für Ver- und Entsorgung (incl. Putzraum) ja nein

Separater Sterilgutflur mit Sterilgutlagerraum ja nein

Wenn nein: Wo erfolgt die Sterilgutlagerung?

OP-Betriebsflur offene Lagerung geschlossene Lagerung

in separaten Lagerräumen offene Lagerung geschlossene Lagerung

in den OP's offene Lagerung geschlossene Lagerung

Händedesinfektionsmittelspender vorhanden

in der Personalschleuse (Übergang unreiner/reiner Bereich)

vor den OP-Räumen (z. B. OP-Flur, Einleitungsraum)

in den OP Räumen (wandständig)

in den OP-Räumen (mobil, z. B. Anästhesie-Wagen)

im Personalaufenthaltsraum

5.1.2 RLT-Anlage

Belüftung in den OP-Räumen

nach dem Verdrängungsprinzip (Gewebedecken)

in allen OP-Räume

in einem Teil der OP-Räume

nach dem Verdünnungsprinzip (Stützstrahl, Schrägschirm, Drall-/Lamellenauslass)

keine Belüftung

Endständige Schwebstofffilterstufe

in den OP-Räumen

im Sterilgutlager

im Sterilgutflur

Wenn nein:

Welche Filterstufen sind installiert? _____

Druckdifferenzanzeige vorhanden ja nein

Kontrolle der Partikel/Luftkeimkonzentration in der Zuluft der OP-Räume? ja nein

Kontrollen

- jährlich
- nach Wechsel der letzten Filterstufe
- nach Reparaturen

Letzte Kontrolle am: _____ Prüfprotokoll eingesehen ja nein

5.1.3 Betrieblich-organisatorische und personelle Hygienemaßnahmen

Laufende Wischdesinfektionsmaßnahmen

- Desinfektion hygienerelevanter Oberflächen zwischen den Operationen
- Desinfektion am Ende des OP-Tages
- keine Desinfektion zwischen den Operationen

Schriftliche Anleitungen betrieblich-organisatorischer bzw. personeller Hygienemaßnahmen liegen vor für:

- Einschleusen des Personals
- Präoperative Haut/Schleimhautdesinfektion
- Chirurgische Händedesinfektion
- Aufbereitung des OP's zwischen 2 Operationen

Sichtbar an den entsprechenden Stellen ausgehängt? ja nein

5.2 Intensivstation

5.2.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Vorhandene Patientenzimmer (Mehrfach-Nennungen möglich)

- Einbett-Räume mit Vorraum? ja nein
- Zweibett-Räume mit Vorraum? ja nein
- Dreibett/Vierbett-Räume
- Großraum (> 4 Betten)

Verhältnis Einbett-Räume zu Mehrbetträumen

- mind. 1:1
- < 1:1

Sonstige Räume

- Arbeitsraum/-fläche rein
 - Arbeitsraum unrein ja nein
 - Geräteraum
 - Lager- und Vorratsraum
 - Putzraum
 - Ver-/Entsorgungsschleuse
- Desinfektionsautomat vorhanden ja nein

Waschbecken mit unmittelbar angrenzenden Arbeitsflächen
in den Patientenzimmern

ja nein

Händedesinfektionsmittelspender vorhanden

- am Eingang zur Station
- vor den Patientenzimmern
- in den Patientenzimmern
- im reinen Arbeitsraum/-fläche
- im unreinen Arbeitsraum

5.2.2 Betrieblich-organisatorische und personelle Hygienemaßnahmen

Schriftliche Hygienestandards vorhanden für:

- Legen eines zentralen Venenkatheters, Katheterpflege, Katheterwechsel
- Legen eines Harnwegskatheters, Katheterpflege, Katheterwechsel
- Intubation, Extubation, Absaugen, Wechsel des Beatmungssystems usw.
- Vorbereitung von Infusionen und Injektionen

Wechsel von Infusionssystemen (ausgenommen lipidhaltige Lösungen)

- nach 48 Stunden
- nach 72 Stunden
- > 72 Stunden

Entleerung von Wasserfallen

- im Waschbecken des Patientenzimmers
- im unreinen Arbeitsraum

Einsatz von Pflegeutensilien

- patientenbezogen
- gemeinschaftlich für mehrere Patienten

5.2.3 Mikrobiologisches Monitoring (Screening zur Erkennung multiresistenter Keime)

- bei Zuverlegung von Patienten aus anderen Kliniken (Intensivpatienten!)
- bei Zuverlegung von Patienten aus Alten- und Pflegeheimen
- bei Verlegung innerhalb des Hauses
- bei Risikopatienten (mehrfacher oder langdauernder Klinikaufenthalt, Dialysepatienten usw)
- kein Screening

Wird das Screening mit vorläufiger Einzelzimmer-Unterbringung
kombiniert?

ja nein

wenn nein:

Einzelzimmer-Unterbringung

- sofort bei Mitteilung des Laborbefundes (z. B. MRSA)
- wenn Einzelzimmer frei

5.3 Neugeborenenstation

Welche Form der Neugeborenen-Unterbringung wird praktiziert?

- Zentralsystem
- Rooming-in
- Mischsystem

Bei Zentralsystem bzw. Mischsystem:

- Unterbringung aller Neugeborenen in einem Raum
- Unterbringung in Einheiten mit max. 4 Neugeborenen

Möglichkeit der Einzelzimmerunterbringung (Isolierpflege)
(z. B. bei Auftreten von Rota-Viren)

ja nein

Händedesinfektion bei virusbedingten Enteritiden

- mit üblichen HD-Mitteln
- Einsatz spezieller HD-Mittel

Welche?:

Pflege der Kinder

- an einem zentralen Wickelplatz (gemeinsame Nutzung mit Schwestern)
- an einem separaten Mütter-Wickelplatz
- in den Patientinnen-Zimmern (jedes Kind bzw. jedes Zimmer mit eigenem Wickelplatz)

Verwendung von

- Gemeinschafts-Pflegeutensilien
- separaten Pflegesets (jedem Säugling ist ein eigenes Set zugeordnet)

Aufbereitung von Flaschen und Saugern

- Sterilisation
- thermische Desinfektion (Waschmaschine, Vaporisator)
- chemische Desinfektion (Eintauchverfahren)
- Reinigung
- keine Aufbereitung (Einwegsystem)

Herstellung der Säuglingsnahrung

- Fertignahrung
- Zubereitung im Haus

Warmhaltung von Säuglingsnahrung

- Trockensystem
- Wasserbad

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden?

ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt?

ja nein

Hygienevorgaben für Gewinnung, Aufbewahrung und Verfütterung
von Muttermilch vorhanden?

ja nein

5.4 Pflegebereich

5.4.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Sind überwiegend 1- und 2-Bett-Zimmer vorhanden? ja nein

Gibt es Krankenzimmern mit mehr als 4 Betten? ja nein

Verfügen alle Zimmer über integrierte Nasszellen? ja nein

Wie hoch ist der Anteil der Patientenzimmer ohne Sanitärzelle? _____%

An Funktionsräumen sind vorhanden:

- unreiner Arbeitsraum/Entsorgungsraum
- reiner Arbeitsraum
- Verteiler/Teeküche
- Bettenaufbereitungsraum
- Arzt/Untersuchungsraum
- Lagerraum

Händedesinfektionsmittelspender vorhanden

- vor den Patientenzimmern
- im reinen Arbeitsraum/-fläche
- im unreinen Arbeitsraum
- im Untersuchungsraum
- am Schwesternstützpunkt
- Bettenaufbereitungsraum
- am Verbandswagen

Verfügt der Pflegebereich über Patientenzimmer, die im Bedarfsfalle als Isolierzimmer für infektiöse Patienten (z.B. MRSA, Enteritis-Patienten) genutzt werden können (Ersatz für Infektionsstationen, die in der Regel nicht mehr vorhanden sind) ja nein

5.4.2 Betrieblich-organisatorische und personelle Hygienemaßnahmen

Werden Steckbecken und Urinflaschen grundsätzlich im Desinfektionsautomaten aufbereitet? ja nein

Wenn ja:

Werden mikrobiologische Wirksamkeitsprüfungen vorgenommen? ja nein

letzte Prüfung am: _____

Erfolgt eine regelmäßige Wartung der Geräte? ja nein

Wenn keine Aufbereitung im Automaten erfolgt:
Wie erfolgt die Reinigung und Desinfektion?

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden? ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt? ja nein

5.5 Endoskopie

Sind getrennte Räume für Untersuchungen in keimbesiedelten und in der Regel nicht keimbesiedelten Körperbereichen vorhanden? ja nein

Wenn nein:
Wird bei der Durchführung der jeweiligen Untersuchungen auf die zeitliche Abfolge geachtet? ja nein

Ist ein separater Endoskop-Aufbereitungsraum vorhanden? ja nein

Ist der Aufbereitungsraum funktionell in einen reinen und einen unreinen Bereich getrennt? ja nein

Die Aufbereitung der Endoskope erfolgt

- manuell
- halbautomatisch
- vollautomatisch

Erfolgt eine Bürstenreinigung der Kanäle? ja nein

bei manueller/halbautomatischer Aufbereitung:

Liegt eine schriftliche Aufbereitungsanleitung vor? ja nein

Erfolgt die Aufbereitung durch speziell fortgebildetes Personal? ja nein

Sind Endoskop-Reinigung und Endoskop-Desinfektion zeitlich getrennt? ja nein

Zur Endoskop-Reinigung wird verwendet:

- Reinigungsmittel
- kombiniertes Reinigungs- und Desinfektionsmittel
- Enzymreiniger
- Sonstiges:

Ist das zur Endoskop-Desinfektion verwendete Mittel VAH-gelistet? ja nein

Zur Nachspülung wird verwendet:

- Leitungswasser
- demineralisiertes Wasser
- steriles Wasser (abgepackt oder sterilfiltriert)
- sonstiges:

Die Trocknung der Kanäle erfolgt durch

- Druckluft
- Spritze
- Spülung der Kanäle mit Alkohol

Wie wird das Zubehör (z. B. Biopsiezangen, Schlingen) aufbereitet?

- manuelle Reinigung
- Reinigung im Ultraschallbad
- Desinfektion
- Sterilisation

Wie erfolgt die Lagerung des Zubehörs?

- in Sterilverpackung
- unverpackt

Wie werden die Endoskope gelagert?

- hängend
- liegend
- offen
- geschlossen (Schrank, Schublade)

Wird die Aufbereitung der Endoskope kontrolliert?

ja nein

in welchen Zeitintervallen?

- vierteljährlich
- halbjährlich
- anders:

mit welcher Methode

- Spülung des Biopsie-Absaugkanals mit steriler Flüssigkeit/Schwämmchen-Test
- Spülung des Luft-Wasser-Spülkanals
- Untersuchung des Optikspülsystems
- Abstrich vom Außenmantel
- Abstrich vom Albarranhebel (bei Duodenoskopen)
- Sonstiges:

Bei vollautomatischer Aufbereitung:

- Untersuchung des letzten Spülwassers
- Verwendung von Prüfkörpern/Dummies

Datum der letzten Überprüfung: _____

Beanstandung:

ja nein

Wenn beanstandet:

Nachweis von

- Fäkalkeimen (mangelhafte Reinigung/Desinfektion)
- Nasskeimen (Verwendung keimbelasteter Spüllösungen/unzureichende Trocknung)
- Hautkeimen (Handlingfehler nach Aufbereitung)

Welche Maßnahmen wurden ergriffen?

5.6 Dialyse

5.6.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Behandlungsräume

- ausreichende Fläche pro Dialyseplatz (10-12 m²)
- ausreichender Abstand zwischen Dialyseplätzen (2 m)
- Separate Behandlungsräume für Infektionspatienten (z. B. HBV, MRSA)

Zusätzlich zu den Behandlungsräumen vorhandene Räume

- Raum für kleinere Eingriffe
- Untersuchungsraum
- reiner Arbeitsraum
- unreiner Arbeitsraum
- Entsorgungsraum/Putzraum
- Lagerraum
- Geräteraufbereitungsraum

5.6.2 Betrieblich-organisatorische und personelle Hygienemaßnahmen

Die Wasseraufbereitung erfolgt durch

- Ionenaustauscher-Anlage
- Umkehrosmose-Anlage

Welche Parameter werden mikrobiologisch überprüft?

- das aufbereitete Wasser
- die Dialysierflüssigkeit
- das ablaufende Dialysat

Die Überprüfung erfolgt

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- nach Eingriffen am Leitungssystem

anders:

letzte Untersuchung am _____ Unterlagen eingesehen ja nein

Wurde bei dieser Untersuchung der Richtwert des RKI eingehalten? ja nein
(RKI-Richtwert: 100 KBE/ml Dialysierflüssigkeit, kein Pseudomonas aeruginosa)

Werden zusätzlich zur mikrobiologischen Untersuchung ja nein
Endotoxinbestimmungen durchgeführt?

Die Aufbereitung des Dialysierflüssigkeitskreislaufs nach Einsatz am Patienten erfolgt durch

- thermische Desinfektion (Wirkungsbereich AB)
- chemothermische Desinfektion (Wirkungsbereich AB)
- Sterilisation
- sonstiges:

Erfolgt eine Wiederverwendung von Dialysatoren nach Aufbereitung ja nein

Wenn ja:

Erfolgt die Aufbereitung nach validierten Verfahren (MPG) ja nein

Hygienemaßnahmen bei Shunt-Punktionen

- patientenbezogener Schutzkittel
- Mund-Nasen-Schutz
- Einmalhandschuhe
- steriles Verbandsmaterial

Zusätzliche Maßnahmen bei großlumigen Kunststoff-Shunts

- steriler Kittel
- sterile Handschuhe
- steriles Abdeckmaterial

Patientenbezogene Stethoskope und Blutdruckmanschetten ja nein

Personell getrennte Behandlung bei Infektionspatienten ja nein

getrennte Behandlung mit gesondertem Dialysegerät bei

- HBV
- HCV
- HIV
- multiresistenten Keimen (z. B. MRSA)

getrennte Behandlung in separatem Raum bei

- HBV
- HCV
- HIV
- multiresistenten Keimen (z. B. MRSA)

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden? ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt? ja nein

5.7 Physikalische Therapie

5.7.1 Badeanlagen und Einrichtungen der Hydrotherapie

- Schwimmbecken/Therapiebecken

Erfolgt eine Aufzeichnung der chemischen Parameter gemäß DIN 19643? ja nein

Erfolgt eine regelmäßige mikrobiologische Wasseruntersuchung? ja nein

Die Überprüfung erfolgt

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- anders:

letzte Untersuchung am : _____ Unterlagen eingesehen ja nein

- Einzelwannen

Erfolgt eine regelmäßige mikrobiologische Wasseruntersuchung? ja nein

- Warmsprudelbecken

Erfolgt eine regelmäßige Untersuchung auf Legionellen? ja nein

Die Überprüfung erfolgt

- monatlich
- halbjährlich
- anders:

letzte Untersuchung am: _____ Unterlagen eingesehen ja nein

5.7.2 Inhalation

Zur Inhalation verwendetes Wasser

- Leitungswasser
- demineralisiertes Wasser
- steriles Wasser

Aufbereitung von Schläuchen und Mundstücken nach Gebrauch

- Reinigung
- chemische Desinfektion (Eintauchverfahren)
- thermische Desinfektion im Waschautomaten
- anders:

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden? ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt? ja nein

6 Sonstige Bereiche

6.1 Wäscherei

Eigene Wäscherei

Externe Wäscherei

Wenn externe Wäscherei:

Sind im Dienstleistungsvertrag die Einhaltung der in der RKI-Richtlinie genannten Anforderungen garantiert?

ja

nein

6.1.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Sind reine und unreine Seite eindeutig getrennt?

ja

nein

Befinden sich Händedesinfektionsmittelspender in beiden Bereichen?

ja

nein

Gibt es eine Schleuse zwischen reinem und unreinem Bereich?

ja

nein

Wenn ja:

Sind Händedesinfektionsmittelspender und Schutzkleidung vorhanden?

ja

nein

6.1.2 Betrieblich-organisatorische und personelle Maßnahmen

Sind die verwendeten Waschverfahren VAH-gelistet?

ja

nein

Wie erfolgt die Aufbereitung von Wäschewagen auf der unreinen Seite?

Reinigung

Wischdesinfektion

Sprühdesinfektion

Aufbereitung in Container-Waschanlage

keine Aufbereitung

Wird die Wirksamkeit des jeweiligen Waschverfahrens überprüft?

ja

nein

Die Überprüfung erfolgt

vierteljährlich

halbjährlich

anders:

letzte Überprüfung am : _____

Unterlagen eingesehen

ja

nein

Wie erfolgt die Überprüfung:

Waschgangskontrollen mit Bioindikatoren

Abdruckuntersuchungen der aufbereiteten Wäsche

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden?

ja

nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt?

ja

nein

6.2 Bettenaufbereitung

Die Bettenaufbereitung erfolgt

zentral

Sind reine und unreine Seite eindeutig getrennt?

ja nein

dezentral

separater Raum auf Station

Stationsflur

im Patientenzimmer

Erfolgt eine Trennung in "Infektionsbetten" und "Hotelbetten"?

ja nein

Die Aufbereitung von Bettdecken und Kopfkissen erfolgt durch:

Waschen

(chemo)thermische Waschdesinfektion VAH-gelistetes Verfahren?

ja nein

Dampfdesinfektion

keine Aufbereitung

Die Aufbereitung der Matratzen erfolgt durch

Nassreinigung des Überzugs

Wischdesinfektion des Überzugs

Wechsel des Überzugs

Dampfdesinfektion

keine Aufbereitung

Die Aufbereitung der Bettgestelle erfolgt durch

Reinigung

Wischdesinfektion

Sprühdesinfektion

Bettgestellwaschanlage

keine Aufbereitung

Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden?

ja nein

An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt?

ja nein

6.3 Wasserversorgung

Anschluss an die zentrale Trinkwasserversorgung ja nein

Wenn nein:
Sind die Anforderungen der Trinkwasserverordnung erfüllt? ja nein

6.3.1 Rohrleitungssystem

Sind Endstränge und Versorgungsbereiche mit stagnierendem Wasser vorhanden? ja nein

Wenn ja, wo?:

Sind Filtersysteme im Leitungssystem vorhanden? ja nein

Wenn ja:
Finden regelmäßige Kontrollen statt? ja nein

Sind Wasserauslaufarmaturen mit Siebstrahlregler (z.B. Luftsprudler) versehen? ja nein

Wenn ja:
In welchem Turnus findet die Wartung und Entkalkung statt?

- 14-tägig
- monatlich
- anders:
- nicht festgelegt
- gar nicht

Sind die Kaltwasserleitungen ausreichend vor Wärmequellen geschützt (Abstand, Dämmung) ja nein

6.3.2 Warmwassersystem

Welche Vorkehrungen werden zur Legionellen-Prophylaxe getroffen:

- Keine Maßnahmen (Warmwassertemperatur liegt im Niedertemperatur-Bereich 45-50°C)
- Temperatur im Warmwasserspeicher dauerhaft mindestens 60°C
- Temperatur von 55°C in Zirkulationsleitungen wird nicht unterschritten

Andere Verfahren:

Physikalische Verfahren: _____

Chemische Verfahren: _____

Wird eine Aufheizung des Warmwassersystems auf 70°C (bis zu den Wasserauslässen) vorgenommen? ja nein

Wenn ja:
in welchen Intervallen? _____/Jahr

Ist die Wirksamkeit der eingesetzten Verfahrensweisen durch laufende mikrobiologische Untersuchungen belegt? ja nein

Letzte Untersuchung am: _____ Unterlagen eingesehen ja nein

Ab welcher Legionellenkonzentration werden Interventionsmaßnahmen veranlasst? _____ KBE/l

Sind in Bereichen mit besonders infektionsgefährdeten Patienten endständige Sterilwasserfilter an den Wasserauslässen installiert? ja nein

6.3.3 Trinkwasserbehandlungsanlagen (z.B. Entmineralisierungsanlage)

Ist bei den Anlagen permanenter Wasserdurchlauf gegeben? ja nein

Werden regelmäßige Wartungen und mikrobiologische Kontrollen des aufbereiteten Wassers durchgeführt? ja nein

Letzte Untersuchung am: _____ Unterlagen eingesehen ja nein

Welche Bereiche werden mit aufbereitetem Trinkwasser versorgt?

6.3.4 Trinkbrunnen

Werden Trinkbrunnen eingesetzt? ja nein

Wenn ja:
Wird die Trinkwasserqualität regelmäßig nach TrinkwV überwacht? ja nein

6.4 RLT-Anlage

6.4.1 Luftaufbereitung

- RLT-Zentralanlage für alle zu versorgenden Bereiche
- dezentrale RLT-Anlagen für einzelne Räume

Außenluftansaugung ohne Abluftinduktion und ausreichend über Niveau ja nein
Luftkühler mit Luftbefeuchtung ja nein
Einwandfreier Tauwasserabfluss sichergestellt ja nein

Luftbefeuchtung

- Dampfbefeuchtung
- Umlaufsprühbefeuchtung
- anderes:

Rückkühleinrichtung vorhanden ja nein

Wenn ja:

- offen (Schwadenaustrag)
- geschlossen

6.5 Küche

6.5.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

- Ausreichende Anzahl an Lager-, Kühl- und Gefrierräumen ja nein
- Getrennte Vorbereitungsräume für mit Erde behaftete und andere Lebensmittel (Fleisch, Geflügel) ja nein
- Raum mit getrennten Arbeitsplätzen für die Speisenzubereitung und die Speisenportionierung/Essensausgabe ja nein
- Separater Raum für die Herstellung von Speiseeis, Back- und Konditoreiwaren, Desserts ja nein
- In allen Arbeitsräumen Waschbecken mit Desinfektionsmittel-, und Handtuchspender ja nein
- Waschbeckenarmaturen ohne Handkontakt bedienbar ja nein

6.5.2 Betrieblich-organisatorische und personelle Hygienemaßnahmen

- Existiert ein HACCP-Konzept? ja nein
- Sind die verwendeten Flächendesinfektionsmittel in der entsprechenden DVG-Liste (Desinfektionsmittel für den Lebensmittelbereich) aufgeführt? ja nein
- Erfolgt eine regelmäßige Wartung der Geschirrspülmaschine? ja nein
- Wird die Wirksamkeit der Geschirrspülmaschine mikrobiologisch geprüft? ja nein
- Mit welcher Methode:
- Untersuchung des letzten Spülwassers
 - Abdruckuntersuchungen von gespültem Geschirr
 - sonstiges:
- letzte Überprüfung am : _____ Unterlagen eingesehen ja nein
- Wie erfolgt die Händereinigung?
- Waschen mit Seife
 - hygienische Händewaschung
 - Händedekontamination
- Bereichsbezogene Hygiene- und Desinfektionspläne vorhanden? ja nein
- An den entsprechenden Stellen sichtbar ausgehängt? ja nein