

LS JH  
QUF, CS, FG, FN



Kreisverwaltung Mayen-Koblenz · Postfach 20 06 63 · 56006 Koblenz  
Katholisches Klinikum Koblenz  
Brüderhaus Koblenz  
Herrn Geschäftsführer J. Korn-Fourcade  
Kardinal-Krementsz-Str. 1-5  
56073 Koblenz

Katholisches 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"/> Entscheidung					<input type="checkbox"/> Aus Sprache				
<input type="checkbox"/> Erledigung					<input type="checkbox"/> Stellungnahme				
<input type="checkbox"/> Kenntnisnahme					<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\$\IGB2\A5.3\IR56\Sachgebiete\MRE-Netzwerk\Rezertifizierung\_Anschr..docx

**Gesundheitsamt:**  
Neversstraße 4-6  
56068 Koblenz

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

**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 RheinAhrEifel eG  
BLZ 577 615 91  
Konto-Nr. 8010305000  
IBAN: DE76 5776 1591 8010 3050 00  
BIC: GENODE33BNA

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

# ZERTIFIKAT



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



**Kardinal-Krementz-Str. 1 - 5  
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-2019-2405

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 Brüderhaus in 56073 Koblenz nach den Vorgaben der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz - Abt. Gesundheit -

<b>Auditierte Einrichtung</b>	<b>Name</b>	Katholisches Klinikum Koblenz - Montabaur Brüderhaus Koblenz	
	<b>Adresse</b>	Kardinal-Krementsz-Str. 1-5, 56073 Koblenz	
		Tel: 0261 496- 0	
		Fax: 0261 496- 6461	
		E-Mail: info@kk-km.de	
<b>Auditierende Organisation i-med-cert GmbH 44141 Dortmund</b>	<b>Name</b>	i-med-cert GmbH	
	<b>Adresse</b>	Westfalendamm 251, 44141 Dortmund	
		Tel.: 0231-7548777	
		Fax: 0231-7548776	
		E-Mail: info@i-med-cert.eu	
		URL: www.i-med-cert.de	
<b>Durchführung</b>	<b>Datum:</b>	11.09.2019 13:00 – 16:00 Uhr	
	<b>Teilnehmer</b>	Einrichtung: Frau Felk, Frau Kühl, Frau Petry	
		Zertifizierstelle: Herr Raheem Esmail Gesundheitsamt: Dr. Steinmeyer	
	<b>Überprüfung</b>	<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
auditert	X	X	X	X	X	X
Abweich.	-	-	-	-	-	-

Die Erteilung der Zertifizierung wird ausdrücklich empfohlen.

Begründung: Das Kath. Klinikum Brüderhaus in Koblenz ist auch unter hygienerelevanten Aspekten eine bestens aufgestellte Klinik. Während der Durchführung des 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.

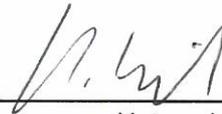
<input type="checkbox"/>	Nachaudit erforderlich / Entzug des Zertifikates
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Zertifikaterteilung</b> / Zertifikatfortbestand / Zertifikatänderung <b>empfohlen</b>

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

**VERBESSERUNGSPOTENZIALE:**

1. Speicher regelmäßig überprüfen und als Lagerort verwerfen.
2. Die Bekleidung für das Reinigungspersonal sollte vereinheitlicht werden.
3. Die Diagnostica-Boxen müssen anderweitig für den Transport gelagert werden.
4. Der OP-Bau sollte in den Überlegungen vorrangig behandelt werden.
5. Die OP-Tastaturen sollten ersetzt werden.

**Zusammenfassung:**

Das Kath. Klinikum Brüderhaus 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: 262

### Fachrichtungen:

- Stroke Unit; Neuro; Chirur.; WSch; Ortho; Kopo; Polio; ITS

### 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 „Hygb MA KKH, Dr. med. Martin Haunschild

### 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~~) vor dem Eingriffsraum
- 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) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung (Flüssigkeitsdicht, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig geeignete Verfugung)  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Beschreibung weiterer Flächen:   |  |                               |
| • Fensterbänke (abwaschbar, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig)   | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, reinigungs- und desinfektionsmittelbeständig)   | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Sonstige Flächen (z.B. Oberflächen von Hängeschränken)  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Heizkörper müssen an allen Oberflächen zu reinigen und zu desinfizieren sein (Plattenheizkörper, keine Konvektoren)  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • leicht zu reinigen  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • abwaschbar  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abwurfssystem für unsterile Produkte/Abfall   | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## A.2.6 Prä- und Postfunktionsbereiche

### Vorbereitungsraum oder -bereich

- |  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| • Einzelkabine/Abtrennungsmöglichkeiten/Sichtschutz Patientenvorbereitung              | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ○ Ausstattung:   |  |                               |
| ▪ OP-Liege (Achtung Organisation, ggf. Bettenaufbereitung beachten)                    |  |                               |
| • Decke (Achtung: Wäscheplan und VA Patientenvorbereitung, Patientenschutz)            | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ _____  |  |                               |
| • Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, wischdesinfizierbar) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Ausstattung fachspezifische Patientenvorbereitung                                    | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Postoperative Betreuung  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Patientenvorbereitung                        | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## A.2.7 Bereiche für hygienische Händedesinfektion

### Einrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung

- |   |  |  |
|---|--|--|
| • Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| • Liste Desinfektionsmittel                             | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| • Einmalhandtücher/Abwurf                               | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| • Lokalisation  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Patientenvorbereitung                                 | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Flur  | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Personaltoilette                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Patiententoilette                                     | <input type="checkbox"/> ja            | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| ○ In den Aufbereitungsräumen                            | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Im Putzraum   | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Im Funktionsraum (auch Op)                            | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |
| ○ Im Waschbereich                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein            |

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

#### 1. Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG)

Funktionsprinzip:

- thermisch (Anzahl: 6)  ja  nein
- chemisch (Anzahl: --)  ja  nein
- chemo-thermisch (Anzahl: 1)  ja  nein

#### 2. Sterilisationsgeräte

- Dampfdrucksterilisator (Anzahl: 3)
- Plasma-Sterilisator (Anzahl: 1)
- Sonstige Geräte (Anzahl: --)

Art:

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 1. <u>Webeco</u>                | 2. <u>Steelco</u> |
| 3. <u>Johnson &amp; Johnson</u> | 4. <u>---</u>     |
| 5. <u>---</u>                   | 6. <u>---</u>     |

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

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

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

#### A.2.12 Putzraum

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

## Technisch-apparative Ausstattung — falls vorhanden

### A.2.13 Raumluftechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)

Gründe der Notwendigkeit einer raumluftechnischen (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

ja  nein

nach Reparaturen

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: \_\_\_\_\_

##### 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 auch für externe Kunden

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

- validiert

ja  nein

Aufbereitung manuell

ja  nein

- nur Voreinigung

ja  nein

- Komplettreinigung/Desinfektion

ja  nein

**Bei automatischer Reinigung/Desinfektion:**

- Verfahrensanweisung zu den Desinfektionsprogrammen für definierte Beladung autom. Wagenerkennungsprogramm  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 Validierungsunterlagen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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 & externe Kunden  ja  nein
- Externe Aufbereitung  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:  $\frac{1}{2}$  jährlich  ja  nein  
anderes Intervall: 1 x Jahr
- Prüfprotokolle eingesehen  ja  nein
- Prüfstelle: Name, Anschrift/Tel./Fax  ja  nein  
Siehe Validierungsunterlagen

- 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 2018
- Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans  ja  nein
- Einweisung durch Hygienetzwerk & Fortbildungen  
Stabsstelle Hygiene & Umweltmanagement KKH

### 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 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  ja  nein
- Haut  ja  nein
- Instrumente  ja  nein
- Flächen  ja  nein

Auswahl nach/von

- VAH-Liste (Verbund für angewandte Hygiene)  ja  nein
- RKI-Liste (Robert-Koch-Institut)  ja  nein
- Nicht VAH/RKI-gelistete Produkte  ja  nein

### B.2.4 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

Risikoanalyse

- ja  nein

#### B.2.4.1 OP-Einheit:

- Wischdesinfektion (kleinflächige) hygienerrelevanter Flächen im OP  ja  nein
- nach jedem operativen Eingriff  ja  nein
- am Ende des OP-Betriebes  ja  nein

#### B.2.4.2 Flächen-/Fußbodendesinfektion

- Regelmäßige/Anlassbezogene Fußbodendesinfektion
  - Methode: Ein-Eimer-System  ja  nein
  - Zwei-Eimer-System  ja  nein
  - Wechselbezugverfahren  ja  nein
  - anderes System \_\_\_\_\_  ja  nein
- Aufbereitung von Wechselbezügen/Wischtüchern
  - Methode thermische/chemothermische Desinfektion  ja  nein
  - mit Trocknung  ja  nein
  - ohne Trocknung  ja  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 Vorhänge Großraum OP BHK
- eigene Aufbereitung  ja  nein
  - Verfahren: \_\_\_\_\_
- Fremdvergabe  ja  nein
  - Name/Anschrift/Tel.: \_\_\_\_\_
  - Narres
  - \_\_\_\_\_
  - 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 (sh. MHK) \_\_\_\_\_

## 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, dekompensierte 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: 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: 01.2019
- 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 <u>immer</u> bei 4-MRGN / CPE
Einzelzimmer	X	situationsbedingt	X	unbedingt erford.* (siehe E 2)
Kohortierung		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"> <li>• Personal: die 5 Momente der Händehygiene sind einzuhalten</li> <li>• PatientIn: Händedesinf. nach Toilettenbesuch, nach Kontakt mit Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten, sowie vor Verlassen des Zimmers</li> <li>• Besucher: Händedesinf. <b>vor und nach</b> Kontakt mit anderen Patienten und bei Verlassen des Zimmers</li> </ul>		
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"> <li>• Aufstellen eines wischdesinfizierbaren Paravents</li> <li>• Unterbringung des Patienten an einer Randposition (Fenster)</li> <li>• Nichtbelegung der Mittelposition im 3-Bettzimmer</li> <li>• Besuchermengenbegrenzung</li> </ul>	} 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"> <li>• Personal: die 5 Momente der Händehygiene sind einzuhalten</li> <li>• PatientIn: Händedesinfektion nach dem Toilettenbesuch, nach Kontakt mit Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten sowie vor Verlassen des Zimmers</li> <li>• Besucher: Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit anderen Patienten und bei Verlassen des Zimmers</li> </ul>	
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