|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gesundheitsamt (Lkr/Stadt)** | **Amtsarzt** | **Regierungsbezirk** | **Datum der Begehung** |
|       |       |        |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Krankenhauses/ Name der Einrichtung** | **Krankenhaus-plannummer** | **Station** | **Anschrift** |
|       |       |       |       |

**Intensivstation (ITS) und Intermediate Care (IMC)**

**(außer neonatologische ITS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hinweis:**Alle Punkte der Checkliste müssen geprüft werden | **Ja** | **Nein** |  |
| 1. **Art der Intensivstation (Mehrfachantworten möglich)**
 |  |  |  |
| Internistisch | [ ]  |  | 1 |
| Chirurgisch | [ ]  |  | 2 |
| Kardiochirurgisch | [ ]  |  | 3 |
| Neurochirurgisch | [ ]  |  | 4 |
| Neurologisch | [ ]  |  | 5 |
| Pädiatrisch | [ ]  |  | 6 |
| Brandverletzte | [ ]  |  | 7 |
| IMC | [ ]  |  | 8 |
| Andere:       |  |  | 9 |
| 1. **Baulich-funktionelles Konzept**
 |  |  |  |
| räumliche Abtrennung der Intensivstation gegenüber dem übrigen Krankenhaus | [ ]  | [ ]  | 10 |
| * 1. **Patientenzimmer**
 |  |  |  |
| Anzahl der Betten:       |  |  | 11 |
| Anzahl der Patientenzimmer:       |  |  | 12 |
| Anzahl der Einbett-Zimmer:       |  |  | 13 |
| davon mit Vorraum:       |  |  | 14 |
| Patientenzimmer ausreichend groß | [ ]  | [ ]  | 15 |
| Handwaschpl**a**tz im Zimmer oder in räumlicher Nähe vorhanden | [ ]  | [ ]  | 16 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 17 |
| überall ausreichende Anzahl an Händedesinfektionsmittelspendern vorhanden | [ ]  | [ ]  | 18 |
| alle Oberflächen der Räume sowie der betrieblichen Einbauten und Geräte können sachgerecht gereinigt und desinfiziert werden | [ ]  | [ ]  | 19 |
| ausreichend reine Arbeitsfläche vorhanden | [ ]  | [ ]  | 20 |
| ausreichend weit vom Handwaschplatz entfernt oder durch entsprechende Maßnahmen abgetrennt | [ ]  | [ ]  | 21 |
| * 1. **Personalräume**
 |  |  |  |
| Umkleiden für das Anlegen von Bereichskleidung vorhanden | [ ]  | [ ]  | 22 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 23 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| getrenntes WC für Personal und Besucher | [ ]  | [ ]  | 24 |
| jeweils funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 25 |
| * 1. **Arbeitsraum/ -fläche rein**
 | [ ]  | [ ]  | 26 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 27 |
| insgesamt ausreichend reine Arbeitsfläche vorhanden | [ ]  | [ ]  | 28 |
| * 1. **Laborplatz**
 | [ ]  | [ ]  | 29 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 30 |
| eindeutige Abgrenzung des Blutgasanalysegerätes zur reinen Arbeitsfläche | [ ]  | [ ]  | 31 |
| * 1. **Arbeitsraum unrein/Entsorgungsraum/Putzraum**
 | [ ]  | [ ]  | 32 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 33 |
| Steckbeckenspülgerät vorhanden | [ ]  | [ ]  | 34 |
| dezentrales Dosiergerät vorhanden | [ ]  | [ ]  | 35 |
| Ausguss vorhanden | [ ]  | [ ]  | 36 |
| * 1. **Lagerung von Geräten**
 |  |  |  |
| funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung  | [ ]  | [ ]  | 37 |
| ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum | [ ]  | [ ]  | 38 |
| nach Wartung erfolgt eine desinfizierende Reinigung | [ ]  | [ ]  | 39 |
| * 1. **Lagerung von Medizinprodukten**
 |  |  |  |
| funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung  | [ ]  | [ ]  | 40 |
| ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum | [ ]  | [ ]  | 41 |
| Lagerungszeiten werden eingehalten | [ ]  | [ ]  | 42 |
| * 1. **Teeküche für Patienten**
 | [ ]  | [ ]  | 43 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet | [ ]  | [ ]  | 44 |
| * 1. **Raumlufttechnische Anlage (RLT-Anlage)**
 |  |  |  |
| mindestens 2-stufige RLT-Anlage | [ ]  | [ ]  | 45 |
| bei Intensivstationen mit Hochrisikopatienten 3-stufige RLT-Anlage mit HEPA-Filter | [ ]  | [ ]  | 46 |
| Inspektion, Kontrolle, Wartung, Instandhaltung, Instandsetzung |  |  |  |
| qualifizierte routinemäßige mind. jährliche hygienische Prüfung der Zuluftsysteme | [ ]  | [ ]  | 47 |
| anderer Turnus:       |  |  | 48 |
| letzte Prüfung am:       |  |  | 49 |
| *AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme* |  |  |  |
| Lüftung über Fenster | [ ]  | [ ]  | 50 |
| Insektenschutzgitter vorhanden | [ ]  | [ ]  | 51 |
| 1. **Hygieneorganisation**
 |  |  |  |
| * 1. **Personal**
 |  |  |  |
| Gesamtpflegepersonalstellen laut Dienstplan       Stellen |  |  | 52 |
| Anzahl der Stellen, die durch Fachkrankenschwestern/-pflegern besetzt sind       Stellen |  |  | 53 |
| Beratung durch Krankenhaushygieniker/in sichergestellt  | [ ]  | [ ]  | 54 |
| Beratungsumfang vertraglich geregelt  | [ ]  | [ ]  | 55 |
| Anzahl der Stunden laut Vertrag       pro  |  |  | 56 |
| Beratung laut Vertrag nur bei Bedarf | [ ]  | [ ]  | 57 |
| Beratung erfolgt überwiegend vor Ort | [ ]  | [ ]  | 58 |
| ausreichend Hygienefachkräfte vorhanden (nach Bedarfsplan KRINKO) | [ ]  | [ ]  | 59 |
| Hygienebeauftragte/ -r Ärztin/ Arzt vorhanden | [ ]  | [ ]  | 60 |
| Hygienebeauftragte/ -r in der Pflege vorhanden | [ ]  | [ ]  | 61 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| * 1. **Hygieneplan**
 |  |  |  |
| * + 1. **Struktur**
 |  |  |  |
| Reinigungs- / Desinfektionsplan sichtbar ausgehängt | [ ]  | [ ]  | 62 |
| Hautschutzplan sichtbar ausgehängt | [ ]  | [ ]  | 63 |
| verbindliche Hygieneanweisungen für stationsfremdes Personal | [ ]  | [ ]  | 64 |
| Einweisung neuer Mitarbeiter in die Händehygiene | [ ]  | [ ]  | 65 |
| Einweisung von Angehörigen und Besuchern in die Händehygiene und hygienische Verhaltensweisen | [ ]  | [ ]  | 66 |
| Hygieneplan für alle Mitarbeiter zugänglich | [ ]  | [ ]  | 67 |
| mindestens jährlich stattfindende Schulung des Personals in Händehygiene | [ ]  | [ ]  | 68 |
| schriftliche Dokumentation der Teilnahme | [ ]  | [ ]  | 69 |
| regelmäßige Schulung des Personals über Inhalt und Neuerungen des Hygieneplans | [ ]  | [ ]  | 70 |
| schriftliche Dokumentation der Teilnahme | [ ]  | [ ]  | 71 |
| * + 1. **Personelle Hygienemaßnahmen und Händedesinfektion**
 |  |  |  |
| Händedesinfektion vor Betreten der Intensivstation | [ ]  | [ ]  | 72 |
| Händedesinfektion vor jedem Patientenkontakt | [ ]  | [ ]  | 73 |
| Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt | [ ]  | [ ]  | 74 |
| Händedesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten | [ ]  | [ ]  | 75 |
| Händedesinfektion nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material | [ ]  | [ ]  | 76 |
| Händedesinfektion nach Kontakt mit Oberflächen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten | [ ]  | [ ]  | 77 |
| das Hygienefachpersonal oder entsprechend geschultes Personal kontrolliert die Compliance zur Händehygiene | [ ]  | [ ]  | 78 |
| die Vorgaben zur Händehygiene aus dem Hygieneplan werden –soweit gesehen- auch umgesetzt | [ ]  | [ ]  | 79 |
| Mitarbeiter ohne Hand-/Unterarmschmuck | [ ]  | [ ]  | 80 |
| Mitarbeiter ohne Nagellack/künstliche Fingernägel | [ ]  | [ ]  | 81 |
| * + 1. **Persönliche Schutzausrüstung (PSA)**
 |  |  |  |
| hygienegerechter Einsatz von Mund-/Nasenschutz | [ ]  | [ ]  | 82 |
| hygienegerechter Einsatz von Schutzbrille/Visier | [ ]  | [ ]  | 83 |
| keimarme Einmalhandschuhe bei Tätigkeiten mit Gefahr von Kontamination | [ ]  | [ ]  | 84 |
| sterile Handschuhe und Schutzkittel bei Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Asepsis | [ ]  | [ ]  | 85 |
| flüssigkeitsdichte Schutzkittel, wenn mit Durchnässen der Bereichskleidung zu rechnen ist | [ ]  | [ ]  | 86 |
| ausschließlich patientenbezogene Verwendung von Schutzkittel | [ ]  | [ ]  | 87 |
| Die Vorgaben zur PSA aus dem Hygieneplan werden –soweit gesehen- auch umgesetzt | [ ]  | [ ]  | 88 |
| * + 1. **Reinigung und Desinfektion**
 |  |  |  |
| Beschriftungaller angebrochenen Händedesinfektionsmittelflaschen mit Anbruch- oder Ablaufdatum | [ ]  | [ ]  | 89 |
| sach- und indikationsgerechte Reinigung/Desinfektion | [ ]  | [ ]  | 90 |
| Flächendesinfektionsmittel VAH-gelistet | [ ]  | [ ]  | 91 |
| Beschriftung aller Flächendesinfektionsmittel soweit nach Herstellerangaben erforderlich | [ ]  | [ ]  | 92 |
| Tastaturen können überall desinfizierend gereinigt werden | [ ]  | [ ]  | 93 |
| Reinigungspersonal wird durch das Hygienefachpersonal geschult | [ ]  | [ ]  | 94 |
| *AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme in den Hygieneplan* |  |  |  |
| * 1. **Aufbereitung Medizinprodukte (z.B. Bronchoskope)**
 |  |  |  |
| Aufbereitung ausschließlich in der ZSVA oder Endoskopie | [ ]  | [ ]  | 94 |
| Aufbereitung auch auf der Station | [ ]  | [ ]  | 95 |
| manuelle Reinigung u. Desinfektion | [ ]  | [ ]  | 96 |
| maschinelle Reinigung u. Desinfektion | [ ]  | [ ]  | 97 |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| zugelassenes, validiertes Verfahren \* | [ ]  | [ ]  | 98 |
| regelmäßige Wartung der Geräte sichergestellt \* | [ ]  | [ ]  | 99 |
| \* Wenn eine der Fragen mit „Nein“ beantwortet wird, muss das Gewerbeaufsichtsamt benachrichtigt werden! |  |  |  |
| * 1. **Bettenaufbereitung**
 |  |  |  |
| Bettenaufbereitung erfolgt zentral | [ ]  | [ ]  | 101 |
| Bettenaufbereitung erfolgt dezentral | [ ]  | [ ]  | 102 |
| hygienegerechte Durchführung | [ ]  | [ ]  | 103 |
| * 1. **Wasserversorgung/ -verwendung**
 |  |  |  |
| regelmäßige mikrobiologische Untersuchung des Trinkwassers | [ ]  | [ ]  | 104 |
| Verwendung von Sterilfiltern an den Wasserhähnen in den Patientenzimmern | [ ]  | [ ]  | 105 |
| regelmäßiger Wechsel der Filter nach Herstellerangaben | [ ]  | [ ]  | 106 |
| Wiederverwendung der Filter nach Aufbereitung | [ ]  | [ ]  | 107 |
| regelmäßige Aufbereitung der Strahlregler an den Wasserhähnen | [ ]  | [ ]  | 108 |
| Verwendung ausschließlich steriler Flüssigkeiten zum Vernebeln | [ ]  | [ ]  | 109 |
| * 1. **Essen und Trinken**
 |  |  |  |
| werden bei der Patientenversorgung mit Nahrungsmitteln die Vorgaben der Lebensmittelhygiene (HACCP-Richtlinien) eingehalten | [ ]  | [ ]  | 110 |
| Trinkbrunnen/ Watercooler | [ ]  | [ ]  | 111 |
| regelmäßige Wartung und mikrobiologische Überprüfung | [ ]  | [ ]  | 112 |
| 1. **Umgang mit Arzneimitteln**
 |  |  |  |
| halbjährliche Kontrolle durch Krankenhausapotheke bzw. krankenhausversorgende öffentliche Apotheke ist erfolgt und lückenlos dokumentiert | [ ]  | [ ]  | 113 |
| hygienegerechte Lagerung von Arzneimitteln | [ ]  | [ ]  | 114 |
| Lagerung kühlpflichtiger Arzneimittel in gesondertem Arzneimittelkühlschrank | [ ]  | [ ]  | 115 |
| Rekonstitution von Parenteralia erfolgt unmittelbar vor der Applikation am Patienten | [ ]  | [ ]  | 116 |
| Vermerk von Datum und Uhrzeit der ersten Entnahme und der Verwendungsdauer auf Mehrdosenbehältnissen von Injektabilia | [ ]  | [ ]  | 117 |
| Herstellung von parenteralen Arzneimitteln auf Station\* | [ ]  | [ ]  | 118 |
| \* Wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird, muss die zuständige Arzneimittelüberwachung schriftlich benachrichtigt werden! |  |  |  |
| 1. **Umgang mit krankenhaushygienisch relevanten Erregern/MRE**
 |  |  |  |
| *Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich* | **MRSA** | **VRE** | **3-MRGN** | **4-MRGN** |  |
| Aufnahmescreening |  |  |  |  |  |
| generell | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 119 |
| risikobasiert | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 120 |
| Management bei Erregernachweis festgelegt | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 121 |
| Isolierung in Einzelzimmer/Einzelkabine bzw. Kohortenisolierung |  |  |  |  |  |
| bereits bei Verdacht | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 122 |
| erst bei Laborbestätigung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 123 |
| Schulung des Personals zum Hygienemanagement | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 124 |
| Information der Besucher über Schutzmaßnahmen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | 125 |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| 1. **Erfassung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Surveillance)**
 | [ ]  | [ ]  | 126 |
| Teilnahme an ITS-KISS | [ ]  | [ ]  | 127 |
| Auswertung der KISS-Daten aus dem letzten Kalenderjahr eingesehen | [ ]  | [ ]  | 128 |
| gab es Auffälligkeiten | [ ]  | [ ]  | 129 |
| Surveillance angelehnt an KISS | [ ]  | [ ]  | 130 |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| anderes Erfassungssystem | [ ]  | [ ]  | 131 |
| *AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme* |  |  |  |
| 1. **Umgang mit Antibiotika**
 |  |  |  |
| Erfassungssystem zu Antibiotikaresistenzen vorhanden | [ ]  | [ ]  | 132 |
| schriftliche Antibiotikaleitlinien vorhanden | [ ]  | [ ]  | 133 |
| 1. **Prävention nosokomialer Infektionen**
 |  |  |  |
| schriftliche hygienegerechte Standards vorhanden zu: |  |  |  |
| Prävention Gefäßkatheter assoziierter Infektionen | [ ]  | [ ]  | 134 |
| Prävention Katheter-assoziierter Harnwegsinfektionen | [ ]  | [ ]  | 135 |
| Prävention der beatmungsassoziierten Pneumonie | [ ]  | [ ]  | 136 |
| Prävention postoperativer Wundinfektionen | [ ]  | [ ]  | 137 |
| Umgang mit Sondennahrung | [ ]  | [ ]  | 138 |
| 1. **Anmerkungen/Sonstiges**
 |  |  |  |
| gibt es hygienerelevante Mängel, die durch die Checkliste nicht erfasst werden | [ ]  | [ ]  | 139 |
| gibt es zusätzliche hygienerelevante Anmerkungen im begleitenden Bericht | [ ]  | [ ]  | 140 |
| Anmerkungen:       |  |  | 141 |