

Selbstauskunftsbogen für Einrichtungen des ambulanten Operierens und anderer invasiver Eingriffe

Meldende Einrichtung

Name der Einrichtung	
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort
Telefon	Fax
E-Mail	

Personal

Name **der/des operierenden Ärztin/Arztes** und **Fachrichtung**. Bei mehr als 3 Angaben bitte als gesonderte Liste beifügen.

Name	Vorname
Name	Vorname
Name	Vorname
Anzahl des nichtärztlichen Personals	

Gemäß der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen des Saarlandes ist ein beratende/-r **Krankenhausthygieniker/-in** sowie eine beratende **Hygienefachkraft** gefordert.

Verfügt Ihre Einrichtung über eine/-n

beratende/-n Krankenhaushygieniker/-in

Ja Nein

beratende Hygienefachkraft

Ja Nein



Existiert in der Einrichtung eine Hygienekommission ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
bestehend aus mindestens:		
der/dem verantwortlichen Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
der/dem beratenden Krankenhaushygieniker/-in	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
der beratenden Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hygieneplan

Existiert in der Einrichtung ein Hygieneplan ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Existiert in der Einrichtung ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

Operative Eingriffe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kleinere invasive Eingriffe (<i>niedriges SSI Risiko</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Invasive Untersuchungen und vergleichbare Maßnahmen (geringes SSI Risiko)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen (NI)/Multiresistenzen

Erfolgt eine Surveillance von NI/Resistenzen und Multiresistenzen gem. § 23 des Infektionsschutzgesetzes ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------



Über welche Räumlichkeiten verfügt die Einrichtung

Befinden sich im **Praxisbereich**:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aufenthaltsraum / Teeküche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Umkleideraum mit unrein / rein-Trennung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Raum bzw. Platz zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Putzmittelraum, ggf. Schrank? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Raum zur Entsorgung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lager zur Bevorratung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anzahl der Behandlungsräume? | <input type="text"/> | |

Wenn ambulante Operationen durchgeführt werden, ist die **OP-Abteilung** vom Praxisbereich getrennt?

Existiert / existieren:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| separater Eingriffsraum / OP-Raum? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anzahl der Eingriffsräume oder OP-Räume | <input type="text"/> | |
| chirurgischer Handwaschplatz außerhalb des OP-Raumes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sanitäranlagen im OP-Bereich für: | | |
| – Personal? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| – Patienten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Personalschleuse rein / unrein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ggf. Patientenumkleiden bzw. Patientenschleuse? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ein Patientenruheraum? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ein unreiner Arbeits- bzw. Entsorgungsraum? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ein Aufenthaltsraum für Mitarbeitende? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ist eine **raumluftechnische** Anlage vorhanden?

Wenn ja, erfolgt eine jährliche Überprüfung?

Letzte Überprüfung am:

Ja Nein

Ja Nein



Händedesinfektion / Händereinigung

Sind die in der Einrichtung vorhandenen **Waschbecken** ausgestattet mit:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Desinfektionsmittelspender | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Handtuchspender | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Seifenspender | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel in der VAH-Liste genannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden Originalgebinde verwendet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haut- / Schleimhautdesinfektion / Antisepsis

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist das verwendete Hautdesinfektionsmittel in der VAH-Liste genannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden Originalgebinde verwendet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Name des Mittels | <input type="text"/> | |
| Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche/-s Mittel wird/werden für Schleimhäute benutzt? | <input type="text"/> | |

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Stehen für invasive Eingriffe / ambulante Operationen sterile Tupfer zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Flächenreinigung und -desinfektion

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Die Reinigung und Desinfektion erfolgt durch | | |
| eigenes Personal | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fremdfirma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



Ist für die **desinfizierende Reinigung** ein VAH-gelistetes Mittel vorhanden?

Ja Nein

Name des Mittels:

Konzentration:

Einwirkzeit:

Die Dosierung erfolgt

manuell

Ja Nein

durch ein Dosiergerät

Ja Nein

Die **Flächendesinfektion** erfolgt als

Scheuer-Wisch-Desinfektion?

Ja Nein

Sprühdesinfektion?

Ja Nein

Kommt ein **Wechselmopsystem** für die Fußböden zur Anwendung?

Ja Nein

Wie erfolgt die Aufbereitung dieses Materials?

Sind für die Patientenliegen **Einmalauflagen** vorhanden?

Ja Nein

Erfolgt eine **Zwischenreinigung/-desinfektion** der patientennahen Flächen zwischen den Eingriffen?

Ja Nein

Erfolgt eine **Schlußreinigung/-desinfektion** am Tagesende?

Ja Nein

Instrumentenaufbereitung

Wird ausschließlich **Einwegmaterial** verwendet?

Ja Nein

Wird Einwegmaterial aufbereitet?

Ja Nein

Ist eine Risikobewertung der Instrumente erfolgt?

Ja Nein



Wie werden benutzte **Instrumente / Geräte** aufbereitet?

manuell Ja Nein

Ultraschall Ja Nein

maschinell Ja Nein

Erfolgt die Instrumentenaufbereitung extern (Fremdvergabe)? Ja Nein

Durch wen erfolgt die Aufbereitung bei Fremdvergabe?

Bei eigener **manueller** Aufbereitung:

Ist das Instrumentendesinfektionsmittel VAH-gelistet? Ja Nein

Name des Mittels:

Konzentration: Einwirkzeit:

Stehen Dosierhilfen zur Verfügung? Ja Nein

Instrumentenwanne mit Deckel vorhanden? Ja Nein

Bei eigener Aufbereitung im **Ultraschall**:

Wird ein VAH-gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel benutzt? Ja Nein

Ist dieses für die Anwendung im Ultraschall geeignet? Ja Nein

Name des Mittels:

Konzentration: Einwirkzeit:

Bei eigener **maschineller** Aufbereitung:

Programm: Zeitdauer: Temp.:

Eingesetztes Mittel lt. Herstellerempfehlung:

Erfolgt die Kontrolle des Reinigungs- und Desinfektionsautomaten
halbjährlich? Ja Nein

Letzte Überprüfung am:

Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums?

Sind reine und unreine Zonen definiert? Ja Nein

Welche Qualifikation hat das Personal?

Wird das Personal regelmäßig geschult? Ja Nein



Wie erfolgt die Aufbereitung von **Anästhesiezubehör**?

manuell Ja Nein
maschinell Ja Nein

Erfolgt nach **jeder/jedem** Patientin/Patienten eine **Aufbereitung** von

Stethoskopen? Ja Nein
Blutdruckmanschetten? Ja Nein
Ultraschallköpfen? Ja Nein
Elektroden? Ja Nein

Werden **Sauerstoffinhalationsgeräte** benutzt? Ja Nein

Erfolgt eine eigene **Endoskopaufbereitung**?

manuell Ja Nein
maschinell Ja Nein

Die Lagerung der Endoskope nach der Aufbereitung erfolgt

wo? wie?

Erfolgt eine routinemäßige mikrobiologische Überprüfung der Endoskope? Ja Nein

Wenn ja, letzte Untersuchung am:

Erfolgt bei maschineller Endoskopaufbereitung eine Validierung
der Maschine? Ja Nein

Wenn ja, Datum der letzten Validierung:

Sterilisation

Befindet sich ein **Sterilisator** in der Einrichtung? Ja Nein

Wenn ja, welches Sterilisationsverfahren wird angewandt:

Dampfsterilisation: (121 °C – 15 Min./ 126 °C – 10 Min./ 134 °C – 3 Min.) Ja

Heißluftsterilisation: (180 °C – mind. 30 Min./ 160 °C – mind. 200 Min.) Ja



Erfolgt eine Dokumentation der Sterilisation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tagebuch/autom. Aufzeichnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Chargenkontrolle, patientenbezogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sterilisationsdatum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Täglicher Bowie & Dick-Test	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind validierte Verfahren im Einsatz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat das eingesetzte Personal einen Fachkundenachweis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Chemoindikatoren verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird für externe Praxen mit aufbereitet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Erfolgt eine regelmäßige technische Wartung (mind. jährlich)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Welche Art der Verpackung wird genutzt?	<input type="text"/>	
Erfolgt eine geschützte Lagerung des Sterilgutes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Umgang mit Medikamenten und Materialien

Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ein Medikamentenkühlschrank vorhanden ist. Ist dieser mit einem Kühlschrankthermometer versehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird die Temperatur dokumentiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------



Schutzkleidung/Wäsche

Wo und durch wen erfolgt die **Aufbereitung der Schmutzwäsche**
(Dienst-/Arbeitskleidung, Schutzkleidung, ggf. textile Auflagen und dergleichen)?

Dienst-/Arbeitskleidung:

Privat Zuhause Ja Nein

In der Einrichtung Ja Nein

Externer Dienstleister Ja Nein

Wenn externer Dienstleister, bei welchem:

Schutzkleidung:

Privat Zuhause Ja Nein

In der Einrichtung Ja Nein

Externer Dienstleister Ja Nein

Wenn externer Dienstleister, bei welchem:

Abfallentsorgung

Werden Kanülen und Einwegspritzen in
bruch- und durchstichsicheren Behältern abgeworfen? Ja Nein

Entspricht Ihre **Abfallentsorgung** den Richtlinien der
Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA)? Ja Nein

Betriebsarzt/Betriebsärztin

Ist eine **betriebsärztliche Betreuung** vorhanden? Ja Nein

Ort

Datum

Unterschrift

