

Selbstauskunftsbogen

Infektionshygienische Überwachung von Krankenhäusern nach § 23 Abs. 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Allgemeine Angaben:

Einrichtung:

Anschrift:

Träger:

Personal*

**Die hier abgefragten Daten können auch in Form von separaten Listen vorgelegt werden.*

Telefon

E-Mail

Leitung der Einrichtung

Ärztliche Leitung

Verwaltungsleitung

Kaufmännische Leitung

Pflegedienstleitung

Technische Leitung		
Küchenleitung		
Krankenhaushygieniker/in Qualifikation: Telefon: E-Mail: <input type="checkbox"/> VZ <input type="checkbox"/> TZ mit Wochenstunden		
Ermittelter Bedarf nach KRINKO-Empfehlung (BGBl 2023 66:332 - 351) in Vollzeitstellen		
<i>Bitte die Berechnung dem Bogen beifügen.</i>		
Wie viele Wochenstunden an Präsenzzeit sind für den/die Krankenhaushygieniker/in vertraglich festgelegt?		
Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
In welcher Frequenz erfolgen Begehungen durch den/die Krankenhaushygieniker/in?		
Wird der Hygieneplan bzw. Änderungen daran durch den/die Krankenhaushygieniker/in freigegeben?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hygienefachkräfte		
	Telefon	E-Mail

Ermittelter Bedarf nach KRINKO-Empfehlung (BGBl 2023 66:332 - 351) in Vollzeitstellen		
Besetzte Stellenanteile der Hygienefachkräfte in Vollzeitstellen		
<i>Bitte die Berechnung dem Bogen beifügen.</i>		
Datum & Thema der letzten Fortbildung (je Hygienefachkraft)		
Werden durch die Hygienefachkräfte interne Begehungen durchgeführt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum der letzten Begehung		
<i>Bitte fügen Sie das letzte Begehungsprotokoll dem Bogen bei.</i>		
Fallen auch „externe Aufgaben“ - z.B. Aufgaben in Forschung und Lehre - für das Hygienepersonal an?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte erläutern Sie in welchem Umfang (z.B. bei Betreuung zusätzlicher Einrichtungen wie weiterer Krankenhäuser, Heime, Praxen usw.) das Hygienepersonal fest dem o.g. Krankenhaus zugeordnet ist.		
Hygienebeauftragtes Personal (Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegepersonal)**		
** Bitte fügen Sie dem Bogen eine Auflistung des hygienebeauftragten Personals mit Funktion, Abteilung bzw. Station, ggfs. Kontaktdaten und Informationen zur Freistellung bei.		
Wird das ärztliche hygienebeauftragte Personal für die Aufgabe freigestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird das hygienebeauftragte Personal spätestens alle zwei Jahre fortgebildet? (§6 Abs. 2 HygMedVO NRW)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann fand die letzte Fortbildung statt?		
Thema:		
Teilnehmer (Funktion):		
Durch wen wird die angemessene klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals sichergestellt? (§2 Abs. 2 HygMedVO NRW)		

	Telefon	E-Mail
Durch wen wird die angemessene klinisch-mikrobiologische Beratung des ärztlichen Personals sichergestellt? (§2 Abs. 2 HygMedVO NRW)		
	Telefon	E-Mail
Arbeitsmedizin/Arbeitssicherheit		
Betriebsärztin/-arzt		
<p>Telefon:</p> <p>E-Mail:</p>		
Welche Impfungen werden für das Personal angeboten?		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> COVID-19		
Fachkraft für Arbeitssicherheit		
<p>Telefon:</p> <p>E-Mail:</p>		
Hygienekommission		
Finden die Sitzungen der Hygienekommission mindestens halbjährlich statt? (§3 Abs. 3 HygMedVO NRW) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum der letzten Sitzung?		
<i>Bitte das Protokoll der letzten Sitzung beifügen.</i>		
Entspricht die Zusammensetzung der Hygienekommission den Vorgaben? (§3 Abs. 1 HygMedVO NRW) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Arzneimittelkommission	
Gibt es eine Arzneimittelkommission?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie ist die Zusammensetzung dieser Kommission?	
Wie oft finden Sitzungen der Arzneimittelkommission statt?	
Struktur des Krankenhauses/der Klinik	
<i>Bitte ein Organigramm (med. Abteilungen, mit Benennung der Stationen und inkl. der Planbettenzahl) beifügen.</i>	
Gesamtbettenzahl der Einrichtung:	
Medizinische Strukturdaten	
Ambulanzen/Notaufnahmen	
Interdisziplinäre Notaufnahme Für die Fachrichtungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eigene Notaufnahme für die Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Getrennte Notaufnahme für Infektionspatienten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Trennung erfolgt räumlich <input type="checkbox"/> / funktionell <input type="checkbox"/>	
Ambulanzen für die Fachrichtungen	

KV-Notfall-Ambulanz im Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gemeinsame Nutzung von Räumen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gemeinsame Nutzung von Personal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gilt in der Notfallambulanz der Hygieneplan des Krankenhauses?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Intensiv- und „Intermediate Care“-Stationen			
Fachrichtung	Betten (insg.)	Einbett-Zimmer	Zweibett-Zimmer
Sonderbereiche			
Betten:			
Transplantationsstation			
Dialyse-Abteilung	auch für HB, HC und HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Onkologie/Hämatologie	mit Isoliermöglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Isolierungsmöglichkeiten			
Ausgewiesene Infektionsstation vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Betten (insg.):			

Anzahl der Patientenzimmer:	
Davon mit Vorraum:	
Raumluftechnische Anlage vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja,	
- Betten mit Unterdruckhaltung	
- Betten mit bei Bedarf technisch möglicher Druckumkehr	
- Filterstufe/typ:	
RLT-Anlage kann bei Bedarf abgeschaltet werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Isoliermöglichkeiten auf Normalstation	
Betten:	
Auf welchen Stationen?	
Anzahl der Einzelzimmer:	
Davon mit Vorraum:	
Wie wird die Trennung der Patienten in Isolation von den übrigen Patienten organisatorisch ermöglicht?	
Isoliermöglichkeiten auf Intensivstation	
Betten:	
Anzahl der Einzelzimmer:	
Davon mit Vorraum:	
Wie viele Beatmungsplätze können unter Isolierbedingungen eingerichtet werden?	
Zentrale und dezentrale Operations- und Eingriffsräume	

Bezeichnung des OP-/Eingriffsraums	Fachrichtung
Werden Operations- und Eingriffsräume für externe Benutzer zur Verfügung gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welcher Hygieneplan gilt für externe Nutzer der Räume?	
Apotheke	
Ist eine eigene Krankenhausapotheke vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leitung:	
Telefon:	
E-Mail:	
Erfolgt eine Arzneimittellieferung von extern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, durch:	
Werden Arzneimittel auch auf Station hergestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, auf welchen Stationen?	
Durch wen erfolgt die Belieferung mit Blutkonserven/Blutprodukten?	

Gibt es eine/n klinikeigene/n Transplantationsbeauftragte/n? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Labor
Krankenhauseigenes Labor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeiten mit Erlaubnispflicht nach §44 IfSG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der/des Erlaubnisinhaberin/s
Fremdlabor für die mikrobiologische Routinediagnostik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgung und Technik
RLT-Anlagen
Versorgte Bereiche:
Letzte Prüfung am:
Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Bitte Kopien beifügen.</i>
Sterilisation & Reinigung
Ist eine eigene zentrale Sterilisationseinheit vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sterilisationsarbeiten für das Krankenhaus (auch teilweise) extern vergeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch:

Erfolgt die Reinigung durch eigenes Personal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, Fremdvergabe an:	
Hauseigene Kontrolle der Reinigung durch:	
Wäsche & Arbeitskleidung	
Ist eine eigene Wäscherei vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeit gemäß RAL-RG992/2?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erfolgt (ggfs. auch z.T.) eine Fremdvergabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, an:	
Arbeit gemäß RAL-RG992/2?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hauseigene Kontrolle durch:	
Wie wird kontrolliert?	
Wird Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist sie bei 60°C waschbar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird Dienstkleidung getrennt von der Privatkleidung gelagert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Thema Bereichskleidung (z.B. für den OP) per Dienstanweisung geregelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Wenn ja, fügen Sie bitte die entsprechende Dienstanweisung dem Bogen bei.</i>	
Abfall & Schädlingsmonitoring	
Abfallkonzept nach LAGA?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abfallbeauftragter:	
Schädlingsbekämpfung erfolgt durch:	

Es gab im den letzten Jahr Probleme mit...	
<input type="checkbox"/> Schaben	<input type="checkbox"/> Mäusen
<input type="checkbox"/> Ratten	<input type="checkbox"/> Ameisen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Es gab keine Probleme
Konnten die Probleme (wenn vorhanden) erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein behoben werden?	
Wenn nein, warum nicht?	
Prosektur/Leichenraum	
Ist ein Leichen-Aufbewahrungsraum vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Sektionsraum vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Leichenkühlkammer vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie viele Plätze:	
Ist ein Verabschiedungsraum vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Handwaschplatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Baumaßnahmen	
Gibt es aktuell Baumaßnahmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Sind aktuell weitere Baumaßnahmen geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann & welche?	
Hygienemanagement und Surveillance	
Hygienemanagement	
<i>Bitte fügen Sie das Inhaltsverzeichnis des Hygieneplans bei. Falls der Plan elektronisch vorliegt, übermitteln Sie bitte zusätzlich die ganze Datei.</i>	

Gibt es einen allgemeinen Hygieneplan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Überarbeitungsfrequenz:	
Letzte Überarbeitung am:	
Gibt es spezielle Hygienepläne, die nur für besondere Bereiche des Krankenhauses Gültigkeit haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In welcher Form liegt der Hygieneplan vor?	<input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> digitales Dokument
Verfügbarkeit auf allen Stationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer erstellt und aktualisiert den Hygieneplan?	
Gibt es schriftliche Regelungen zum Freigabeverfahren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf MRE im Sinne der Empfehlung der KRINKO (§2 Abs. 1 Nr. 5 HygMedVO NRW)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, bitte erläutern:	
Gibt es ein Konzept, das sicherstellt dass ein sektorübergreifender Informationsaustausch erfolgt (§2 Abs. 1 Nr. 6 HygMedVO NRW)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Bitte fügen Sie das entsprechende Konzept dem Bogen bei.</i>	
Surveillance nosokomialer Infektionen	
Welche Arten von Infektionen werden erfasst?	
<input type="checkbox"/> Postoperative Wundinfektionen	<input type="checkbox"/> ZVK-assoziierte Septikämien
<input type="checkbox"/> Beatmungsassoziierte Pneumonien	<input type="checkbox"/> Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen
<input type="checkbox"/> Nosokomiale CDAD	<input type="checkbox"/> Sonstige Infektionen:
<input type="checkbox"/> eine Surveillance der nosokomialen Infektionen findet nicht statt	

Wer ist verantwortlich für die Erfassung der Daten?	
Teilnahme am KISS-Programm?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In welchem Umfang:	
Mit welchem Programm wird die Auswertung der Surveillance-Daten unterstützt?	
Wer ist verantwortlich für die Bewertung der Daten?	
Die Hygienekommission wird über die Daten informiert.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Personal des entsprechenden Bereichs wird über die Daten informiert.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggfs. bitte näher erläutern:	
Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ergebnisse sind im Qualitätsbericht des Krankenhauses zu finden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Antibiotic Stewardship	
Sind hausinterne Leitlinien vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erfolgt die Aufzeichnung des Antibiotikaverbrauchs auf Basis des ATC-DDD Systems der WHO?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, bitte begründen:	
Werden alle Antibiotikagruppen der in der Bekanntmachung des RKI veröffentlichten Liste (BGBl 2013 56:903 – 912 & 996 - 1002) berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, warum nicht?	
Wird die Antibiotikaverbrauchsdichte bezogen auf Fachabteilungen oder auf einzelne Stationen erfasst?	
Werden alle Fachabteilungen bzw. Stationen in die Surveillance einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn nein, warum nicht?
Erfolgt eine Bewertung des Antibiotikaverbrauchs? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch wen:
Wird die lokale Resistenzsituation beachtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird eine Dokumentation von Bewertung und Schlussfolgerungen und ggfs. angeordneten Maßnahmen vorgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie werden die Daten, Bewertungen und Schlussfolgerungen den Mitarbeitern kommuniziert?
<i>Aufzeichnungen zur Analyse der Antibiotikaverbrauchsdaten bitte beifügen.</i>
Meldemanagement
Wie ist der Meldeweg für nach § 6 IfSG meldepflichtige Erkrankungen?
Hygiene-Schulungen
Datum der letzten Schulung:
Thema:
Teilnehmer (Station, Funktion o.Ä.):
Sonstiges
Lebensmittelüberwachung
Überwachung durch das BVLA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:
Medizinprodukteüberwachung
Überwachung durch die Bezirksregierung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:

Für Rückfragen zum Selbstauskunftbogen:

Ansprechpartner:

Telefon:

E-Mail:

Stand der Angaben vom: