

Selbstauskunftsbogen

Infektionshygienische Überwachung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, 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		
Krankenhaustygieniker/in Qualifikation: Telefon: E-Mail: <input type="checkbox"/> VZ <input type="checkbox"/> TZ mit Wochenstunden		
Ermittelter Bedarf nach KRINKO-Empfehlung (BGBI 2023 66:332 - 351) in Vollzeitstellen		
Wie viele Wochenstunden an Präsenzzeit sind für den/die Krankenhaustygieniker/in vertraglich festgelegt?		
Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
In welcher Frequenz erfolgen Begehungen durch den/die Krankenhaustygieniker/in?		
Wird der Hygieneplan bzw. Änderungen daran durch den/die Krankenhaustygieniker/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		
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>		
Hygienebeauftragtes Personal (Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegepersonal)**		
** Bitte fügen Sie dem Bogen eine Auflistung des hygienebeauftragten Personals ggfs. mit 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		
Telefon:		
E-Mail:		
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		
Telefon:		
E-Mail:		
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 der Klinik
<i>Bitte ein Organigramm beifügen.</i>
Gesamtbettenzahl der Einrichtung:
Bitte machen Sie Angaben zum diagnostischen & therapeutischen Spektrum:
Apotheke
Durch wen erfolgt die Versorgung mit Arzneimitteln?
Labor
Es gibt ein hauseigenes 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
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
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...

- Schaben Mäusen Ratten Ameisen
- Sonstiges: Es gab keine Probleme

Konnten die Probleme (wenn vorhanden) erfolgreich Ja Nein
behoben werden?

Wenn nein, warum nicht?

Baumaßnahmen

Gibt es aktuell Baumaßnahmen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind aktuell weitere Baumaßnahmen geplant? Ja Nein

Wenn ja, wann & welche?

Hygienemanagement und Surveillance

Hygienemanagement

Bitte fügen Sie das Inhaltsverzeichnis des Hygieneplans bei. Falls der Plan elektronisch vorliegt, übermitteln Sie bitte zusätzlich die ganze Datei.

Gibt es einen allgemeinen Hygieneplan? Ja Nein

Überarbeitungsfrequenz:

Letzte Überarbeitung am:

In welcher Form liegt der Hygieneplan vor? Papier digitales Dokument

Verfügbarkeit auf allen Stationen? Ja 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 das 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?	
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:	

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?	
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
Wie werden die Daten, Bewertungen und Schlussfolgerungen den Mitarbeitern kommuniziert?	
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: