

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/e beratende/-r **Krankenhaushygieniker/-in** sowie eine beratende **Hygienefachkraft** gefordert.

Verfügt Ihre Einrichtung über eine/-n

beratende/-n Krankenhaushygieniker/-in?	☐ Ja	☐ Nein	Name
beratende Hygienefachkraft?	☐ Ja	☐ Nein	Name
hygienebeauftragte/-n Ärztin/Arzt?	☐ Ja	☐ Nein	Name



Hygieneplan

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Existiert in der Einrichtung ein Hygieneplan ? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Existiert in der Einrichtung ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

Die Einstufung erfolgt zusammen mit dem/der Krankenhaushygieniker/-in.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Operative Eingriffe mit hohem SSI-Risiko | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Operative Eingriffe mit niedrigem SSI-Risiko | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Invasive Untersuchungen und vergleichbare Maßnahmen
(geringes SSI Risiko) | ☐ Ja | ☐ Nein |

Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen (NI)/Multiresistenzen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erfolgt eine Surveillance von NI/Resistenzen und Multiresistenzen
gem. § 23 des Infektionsschutzgesetzes ? | ☐ Ja | ☐ Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|



Über welche Räumlichkeiten verfügt die Einrichtung

Befinden sich im **Praxisbereich**:

getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten?	☐ Ja	☐ Nein
Aufenthaltsraum / Teeküche?	☐ Ja	☐ Nein
Umkleideraum mit unrein / rein-Trennung?	☐ Ja	☐ Nein
Raum bzw. Platz zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation?	☐ Ja	☐ Nein
Putzmittelraum, ggf. Schrank?	☐ Ja	☐ Nein
Raum zur Entsorgung?	☐ Ja	☐ Nein
Lager zur Bevorratung?	☐ Ja	☐ Nein
Anzahl der Behandlungsräume?		

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

☐ Ja ☐ Nein

Existiert / existieren:

separater Eingriffsraum / OP-Raum? ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Eingriffsräume oder OP-Räume

chirurgischer Handwaschplatz außerhalb des OP-Raumes? ☐ Ja ☐ Nein

Sanitäranlagen im OP-Bereich für:

– Personal? ☐ Ja ☐ Nein

– Patienten? ☐ Ja ☐ Nein

eine Personalschleuse rein / unrein? ☐ Ja ☐ Nein

ggf. Patientenumkleiden bzw. Patientenschleuse? ☐ Ja ☐ Nein

ein Patientenruheraum? ☐ Ja ☐ Nein

ein unreiner Arbeits- bzw. Entsorgungsraum? ☐ Ja ☐ Nein

ein Aufenthaltsraum für Mitarbeitende? ☐ Ja ☐ Nein

Ist eine **raumlufttechnische** Anlage vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, erfolgt eine jährliche Überprüfung?

☐ Ja ☐ Nein

Letzte Überprüfung am:



Händedesinfektion / Händereinigung

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

Desinfektionsmittelspender	☐ Ja	☐ Nein
Handtuchspender	☐ Ja	☐ Nein
Seifenspender	☐ Ja	☐ Nein
Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel in der VAH-Liste genannt?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Originalgebinde verwendet?	☐ Ja	☐ Nein

Haut- / Schleimhautdesinfektion / Antisepsis

Ist das verwendete Hautdesinfektionsmittel in der VAH-Liste genannt?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Originalgebinde verwendet?	☐ Ja	☐ Nein
Name des Mittels		
Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet?	☐ Ja	☐ Nein
Welche/-s Mittel wird/werden für Schleimhäute benutzt?		

Stehen für invasive Eingriffe / ambulante Operationen sterile Tupfer zur Verfügung?	☐ Ja	☐ Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Flächenreinigung und -desinfektion

Die Reinigung und Desinfektion erfolgt durch		
eigenes Personal	☐ Ja	☐ Nein
Fremdfirma	☐ Ja	☐ 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



SELBSTAUSKUNFTSBOGEN
FÜR EINRICHTUNGEN DES AMBULANTEN OPERIERENS
UND ANDERER INVASIVER EINGRIFFE



Wie erfolgt die Aufbereitung von **Anästhesiezubehör**?

manuell	☐ Ja	☐ Nein
maschinell	☐ Ja	☐ Nein

Erfolgt die Aufbereitung und Lagerung von **Anästhesiezubehör**

innerhalb der Praxis?	☐ Ja	☐ Nein
fremdvergeben/extern?	☐ 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	☐ Ja	☐ Nein
Heißluftsterilisation	☐ Ja	☐ Nein

Erfolgt eine Dokumentation der Sterilisation?	☐ Ja	☐ Nein
Tagebuch / autom. Aufzeichnung	☐ Ja	☐ Nein
Chargenkontrolle, patientenbezogen	☐ Ja	☐ Nein
Sterilisationsdatum	☐ Ja	☐ Nein
Täglicher Bowie & Dick-Test	☐ Ja	☐ Nein

Sind validierte Verfahren im Einsatz?	☐ Ja	☐ Nein
Hat das eingesetzte Personal einen Fachkundenachweis?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Chemoindikatoren verwendet?	☐ Ja	☐ Nein
Wird für externe Praxen mit aufbereitet?	☐ Ja	☐ Nein

Erfolgt eine regelmäßige technische Wartung (mind. jährlich)?	☐ Ja	☐ Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Welche Art der Verpackung wird genutzt?		
Erfolgt eine geschützte Lagerung des Sterilgutes?	☐ Ja	☐ Nein

Umgang mit Medikamenten und Materialien

Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ein Medikamentenkühlschrank vorhanden ist. Ist dieser mit einem Kühlschrankthermometer versehen?	☐ Ja	☐ Nein
Wird die Temperatur dokumentiert?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert?	☐ Ja	☐ Nein
Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?	☐ Ja	☐ Nein

Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)?	☐ Ja	☐ 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

