

## Selbstauskunft von Einrichtungen für ambulantes Operieren

Einrichtung	Name Adresse	
		Tel.: _____
		Fax: _____
		e-mail: _____

Besichtigung	Datum	_____						
	<i>Unterschrift</i>	_____						
	Teilnehmer	Einrichtung	_____					
		Gesundheitsamt	_____					
		Sonstige	_____					
		<input type="checkbox"/> Erstbegehung durch Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Folgebegehung durch Gesundheitsamt						
	letzte Begehung durch: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Gesundheitsamt am</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>KV am</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Bezirksregierung am</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Gesundheitsamt am	_____	KV am	_____	Bezirksregierung am	_____	
Gesundheitsamt am	_____							
KV am	_____							
Bezirksregierung am	_____							

### A Allgemeine Angaben

#### Einrichtung

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praxis (ambulantes Operieren) | <input type="checkbox"/> Praxisklinik |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum         | <input type="checkbox"/> _____        |

**Fachrichtung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie     | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie      |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie                     |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie      | <input type="checkbox"/> Orthopädie                         |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie   | <input type="checkbox"/> Plastische / Ästhetische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie    | <input type="checkbox"/> Urologie                           |
| <input type="checkbox"/> HNO            | <input type="checkbox"/> _____                              |

**Verantwortliche/r Ärztin oder Arzt bzw. Träger der Einrichtung:**


---

**Datum der Inbetriebnahme:** \_\_\_\_\_**Operative Eingriffe:**

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr

Anzahl der OP-Tage/Jahr \_\_\_\_\_

Narkoseverfahren:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr in

Lokalanästhesie: \_\_\_\_\_

Vollnarkose: \_\_\_\_\_

Anzahl mit Anwendung volatiler Anästhesiemittel \_\_\_\_\_

Anzahl mit Anwendung von i.v.-Anästhesiemitteln \_\_\_\_\_

**für die Hygiene verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung:**


---

**Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin?**  ja  nein

zuletzt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft?**  ja  nein

zuletzt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Beratung durch** \_\_\_\_\_

**Niveau der Einrichtung unter Berücksichtigung des Anhangs zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3 der RKI-Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“**

- Eingriffsniveau  
 OP-Niveau

Operatives Leistungsspektrum bitte als Anlage 1 aufführen (Operationsart x Anzahl/Jahr)

Liste der Anästhesisten/innen bitte als Anlage 2

Liste der Operateure bitte als Anlage 3 aufführen

Liste des nichtärztlichen Personals der Einrichtung mit Angabe der Qualifikation bitte als Anlage 4 beilegen (z.B. Krankenschwester, -pfleger; Arzthelfer/in)

## **B Strukturqualität**

### **B 1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten**

#### **B 1.1 Raumprogramm**

**B 1.1.1 Eingriffseinheit**  ja  nein

- Eingriffsraum  
 Vorraum (Personalumkleidung, Chirurgische Händedesinfektion)  
 Aufbereitungs- / Sterilisiererraum  
 Entsorgungsraum  
 Patientenumkleide

**B 1.1.2 OP-Einheit**  ja  nein

- Personalschleuse  
 Patientenschleuse  
 Waschplatz  
 OP-Raum  
 separater Aufbereitungs- / Sterilisiererraum  
 unreiner Arbeitsraum (Entsorgungsraum)  
 Geräteraum  
 Sterilgutlager  
 Ein- / Ausleiterraum  
 Aufwachraum

#### **B 1.2 Baulich-funktionelle Gestaltung:**

**B 1.2.1. Personalumkleide**  ja  nein

Größe \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein)  ja  nein

**Wegeführung** (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Aufwachraum) ja  nein• Unreine Seite

- Verschließbare Schränke für Kleidung
- Stellplatz Straßenschuhe
- Abwurf OP-Schuhe
- Abwurf Bereichskleidung unrein
- Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)

• Reine Seite

- Schränke, Regale für OP-Wäsche
- Regale für OP-Schuhe rein, Einmalschuhe
- Händedesinfektionsmittelspender
- Regal für OP-Hauben, Mundschutz

**B 1.2.2. Patientenumkleide**

- Ablage- / Aufbewahrungsmöglichkeit für Patientenkleidung
- ggf. Patiententoilette
- Umkleidekabine für Patienten
- Schränke, Regale für OP-Wäsche

**B 1.2.3 Personaltoilette** ja  nein

innerhalb der OP-Einheit (unreine Seite)

 ja  nein

außerhalb der OP-Einheit

 ja  nein

Handwaschbecken (mit Direktspendern für Flüssigseife u. Händedesinfektionsmittel (Einmalgebinde), Einmalhandtücher, Abwurf)

 ja  nein**B 1.2.4 OP-Raum / -räume (Anzahl: \_\_\_\_\_)** ja  neinNutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m<sup>2</sup> ja  nein

## Geräteliste:

## • fahrbar

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

## • fest installiert

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

## Ausstattung

- |                                       |       |                             |                               |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wandbelag wischdesinfizierbar      | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung fugendicht     | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. OP-Decke wischdesinfizierbar       | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Heizkörper in Hygieneausführung    | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. fahrbare Wagen                     | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Anästhesieeinheit                  | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Druckluft/Kompressor               | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. _____                              | _____ |                             |                               |

- |                                      |  |                             |                               |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Fensterlüftung                       |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fliegengitter an allen Fenstern      |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abwurfssystem für unsterile Produkte |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sterilgutlager im OP:                |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Schränke                           |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Staubdicht schließend                |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Türanlage:

- Material \_\_\_\_\_
- Griffe \_\_\_\_\_
- Automatik (ggf. gegenseitige Verriegelung) \_\_\_\_\_

**B 1.2.5 Eingriffsraum/-räume** (Anzahl \_\_\_\_\_)  ja  nein

Nutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m<sup>2</sup>  ja  nein

## Geräteliste:

- fahrbar
 

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____
- fest installiert
 

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

## Ausstattung

- |                                       |       |                             |                               |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wandbelag wischdesinfizierbar      | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung fugendicht     | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. OP-Decke wischdesinfizierbar       | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Heizkörper in Hygieneausführung    | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. fahrbare Wagen                     | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Anästhesieeinheit                  | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Druckluft/Kompressor               | _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. _____                              | _____ |                             |                               |

Fensterlüftung  ja  nein

Fliegengitter an allen Fenstern  ja  nein

Abwurfssystem für unsterile Produkte  ja  nein

Sterilgutlager im OP:  ja  nein

- Schränke  ja  nein

Staubdicht schließend  ja  nein

Türanlage:

- Material \_\_\_\_\_

- Griffe \_\_\_\_\_

Nassbereiche in Eingriffsraum integriert  ja  nein

1. Waschbecken  ja  nein

2. Überlaufsiphon  ja  nein

3. Berührungsarme Armaturen  ja  nein

4. Bodenablauf  ja  nein

**B 1.2.6 Präoperativer und postoperativer Bereich**  ja  nein

1. Vorzone (ausreichend dimensioniert)  ja  nein

2. Einleit-/Ausleitfunktion  ja  nein

3. Aufwachzone mit Überwachungsmöglichkeit  ja  nein

4. Schreibplatz  ja  nein

5. Arzneimittel- und Sterilgutlager in Schränken  ja  nein

6. Patiententoilette integriert  ja  nein

**1.2.7 Bereich für chirurgische Händedesinfektion** ja  nein

Waschplätze innerhalb des OP

 ja  nein

Waschplatz (Vorzone/Vorbereitungsraum)

 ja  nein

Wascheinrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung

 ja  nein

- berührungsarme Armatur  ja  nein
- Flüssigseifenspender (Einmalgebinde)  ja  nein
  - fest installiert  ja  nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde)  ja  nein
  - fest installiert  ja  nein
- Waschtisch ohne Überlauf  ja  nein
- Einmalhandtuchspender  ja  nein
  - fest installiert  ja  nein
- Abwurf  ja  nein
- Anzahl Waschplätze \_\_\_\_\_  ja  nein

**Luftbeimischer/Perlatoren**

Wartung / Entkalkung / Wechsel der Luftbeimischer

 ja  nein

wie häufig? \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Siebeinsatz vorhanden?

 ja  nein**B 1.2.8 Sterilgutlagerraum – separat** ja  nein

Ausstattung

- Schränke  ja  nein
  - offen  ja  nein
  - geschlossen  ja  nein
- Regale  ja  nein
- Kühlschränke  ja  nein
- Arzneimittelvorratslager  ja  nein

**B 1.2.9 Sterilgutaufbereitungsraum – separat** ja  neinArbeitsflächen \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> ja  nein

Funktionelle Trennung (Aufbereitungs-/Pack-/Sterilisierzone)

 ja  nein

Spritzwasserschutz

 ja  nein

**B 1.2.10 Entsorgungsbereich für Abfälle**

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)

ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein

**B 1.2.11 Putzraum**

- Raumflächen (funktionell ausreichend)
- Ausstattung (funktionsgerecht)
- Aushang Kurzform Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Wasserzufluss
- Ausguss
- Desinfektionsdosiergerät
- Lager Putzmittel, Desinfektionsmittel, Putzzubehör
- Handwaschbecken (Standard siehe Waschplätze)
- Putzwagen

ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein  
 ja  nein

**B 1.2.12 Geräteraum**

ja  nein

**B 1.2.13 Vorratslager**

ja  nein

Ausstattung

- Schränke
- Regale

ja  nein  
 ja  nein

**B 2 Technisch-apparative Ausstattung****B 2.1 RaumLuftTechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)**

ja  nein

Luftführung:

Verdrängungsprinzip

ja  nein

Verdünnungsprinzip

ja  nein

DIN-Konformität (DIN 1946 Teil 4)

ja  nein

Abweichung von der DIN:

Außenluft

ja  nein

Filterung

ja  nein

Befeuchtung

ja  nein

Schutzdruckhaltung/Strömungsrichtung

ja  nein

Versorgung angrenzender Räume:

ja  nein

Überströmprinzip

ja  nein

Zuluft-Versorgung (eigene)

ja  nein



**Betrieb der RLT-Anlage nach DIN 1946 Teil 4**

- Vor Erstinbetriebnahme technische Abnahmeprüfung  ja  nein
- Vor Erstinbetriebnahme hygienische Abnahmeprüfung  ja  nein
- Anlagenstillstand außerhalb OP-Betriebszeit  ja  nein
- reduzierter Zuluftvolumenstrom außerhalb OP-Betriebszeit  ja  nein

**Regelmäßige Überprüfung der RLT-Anlage**

- Parameter: Keimzahl  ja  nein
- Partikelzahl  ja  nein
- Luftströmung  ja  nein
- Kontrollen/Wartung: jährlich  ja  nein
- anderes Intervall: \_\_\_\_\_
- nach Wechsel der letzten Filterstufe  ja  nein
- nach Reparaturen  ja  nein

Überprüfung der RLT-Anlage durch

Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_

**Wann zuletzt?** \_\_\_\_\_**B 2.2 Sterilisationsgeräte**  ja  nein

Typenbezeichnung(en): \_\_\_\_\_

- Dampfdrucksterilisator Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Heißluftsterilisator Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Formaldehyd-Sterilisator Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Ethylenoxid-Sterilisator Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Plasma-Sterilisator Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Sonstige Geräte Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- Art: \_\_\_\_\_

**B 2.3 Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG)**  ja  nein

Funktionsprinzip:

- thermisch Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- chemisch Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein
- chemo-thermisch Anzahl: \_\_\_\_\_  ja  nein

## **C Prozessqualität (betrieblich-organisatorische bzw. personelle Hygienemaßnahmen)**

### **C 1 Hygiene bei der Medizinproduktaufbereitung**

(RKI- u. BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“)

Protokoll der Bezirksregierung liegt vor vom \_\_\_\_\_  ja  nein

### **C 2 Hygieneplan / Desinfektionspläne**

**C 2.1 Hygieneplan gemäß § 36 Abs. 1 IfSG für die gesamte Einrichtung**  ja  nein

jederzeitiger Zugriff für Personal möglich  ja  nein

erstellt durch \_\_\_\_\_

letzte Aktualisierung(en) am/durch \_\_\_\_\_

Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans  ja  nein

Einweisung durch \_\_\_\_\_

#### **C 2.1.1. Verfahrensanweisungen vorhanden für:**

- Aushang mit Verfahrensanweisungen für das Personal für die Patientenumkleide, Vorbereitung und Einschleusen  ja  nein
- Verfahrensanweisung und Aushang für chirurgische Händedesinfektion  ja  nein
- Verfahrensanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes  ja  nein
- Verfahrensanweisung Sterilgutlager  ja  nein
- Verfahrensanweisung Abfallentsorgung  ja  nein
- Beschreibung der Abfallwege  ja  nein
- Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion  ja  nein

#### **C 2.2 Desinfektionspläne**

an sichtbaren Stellen ausgehängt  ja  nein

erstellt durch \_\_\_\_\_

letzte Aktualisierung(en) am/durch \_\_\_\_\_

- Einweisung des Personals bzgl. Anwendung der Desinfektionspläne  ja  nein
- Einweisung durch \_\_\_\_\_
- Übereinstimmung der angeführten Desinfektionsmittel und –verfahren mit den tatsächlich verwendeten  ja  nein
- Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI bei Erstellung/Aktualisierung  ja  nein

### C 3 Organisation der Desinfektionsmaßnahmen

#### C 3.1 Desinfektionsmittel

- Vorhalten von Desinfektionsmittel für:
- |             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hände       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haut        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Instrumente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Flächen     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- Einmalgebinde (Behälter werden nicht nachgefüllt)  ja  nein
- Auswahl nach / von:
- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| VAH – Liste             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| RKI – Liste             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nichtgelistete Produkte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### Dosierung:

- Verfahrensanweisung zur Dosierung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben  ja  nein
- Automatische Dosierung der Desinfektionsmittel  ja  nein
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Dezentrale Einzeldosiergeräte                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zentrale Dosiergeräte                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gerätekontrolle (Dosierung/techn. Funktionstüchtigkeit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Prüfprotokolle eingesehen                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Prüfstelle  |                             |                               |
| Privatlabor   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hygieneinstitut (öffentl.)                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hersteller  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Manuelle Dosierung der Desinfektionsmittel  ja  nein
- Dosierhilfen (Beutel, Dosierpumpe)  ja  nein

### C 3.2 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

#### OP-Einheit / Eingriffseinheit:

- Wischdesinfektion (kleinflächige) hygienerelevanter Flächen im OP  ja  nein
- nach jedem operativen Eingriff  ja  nein
- in unregelmäßigen Abständen  ja  nein
- am Ende des OP-Betriebes  ja  nein
- Einmalaufgaben, Einmalartikel bei Patientenkontakt  ja  nein

#### Flächen-/Fußbodendesinfektion

- Regelmäßige Fußbodendesinfektion  ja  nein
- Anlassbezogene Fußbodendesinfektion  ja  nein
- Methode: Ein-Eimer-System  ja  nein
- Zwei-Eimer-System  ja  nein
- Wechselbezugverfahren  ja  nein
- anderes System \_\_\_\_\_
- Aufbereitung von Wechselbezügen/Wischtüchern  ja  nein
- Interne Aufbereitung  ja  nein
- Externe Aufbereitung  ja  nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Methode: thermische/chemothermische Desinfektion  ja  nein
- mit Trocknung  ja  nein

- Kontrolle des Desinfektionserfolges (z.B. Abdruckuntersuchungen)?  ja  nein
- Prüfprotokolle vorhanden  ja  nein
- eingesehen  ja  nein
- Prüfstelle Privatlabor  ja  nein
- Hygieneinstitut (öffentl.)  ja  nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## C 4 Abfallentsorgung

Abfallentsorgung gemäß Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) über die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (AS = Abfallschlüssel; Stand 2003)  ja  nein

**AS 18 01 01:** Entsorgung **spitzer oder scharfer Gegenstände** in stich-, bruchfesten und fest verschlossenen Einwegbehältnissen  ja  nein

**AS 18 01 02:** Entsorgung von **Körperteilen, Blutbeutel, Blutkonserven** in geeigneten, sicher verschlossenen Behältnissen Entleerung unter Beachtung hygienischer/infektionspräventiver Erfordernisse (entsprechende Ausgussvorrichtungen)  ja  nein  
 ja  nein  
 Gekühlte Lagerung bei länger dauernder Aufbewahrung  ja  nein  
 Temperatur \_\_\_\_\_ °C Lagerungsdauer \_\_\_\_\_

Verwendung von flüssigkeitsdichten und reißfesten Entsorgungsbehältern für die Abfälle der Einrichtung (Säcke, Tonnen)  ja  nein

Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp \_\_\_\_\_  
 Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp \_\_\_\_\_  
 Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## C 5 Hygienesdisziplin

### C 5.1 Handhabung des Mund-Nasen-Schutzes

Mund-/Nasenschutz – Tragepflicht in der gesamten OP-Einheit  ja  nein  
 Mund-/Nasenschutz – Tragepflicht nur in den OP-Räumen  ja  nein  
 Erneuerung des Mund-Nasen-Schutzes nach jeder Abnahme  ja  nein  
 Hygienegerechtes Tragen des Mund-/Nasenschutzes (d.h.: vollständiges bedecken von Mund und Nase. Wechsel bei Kontamination oder Befeuchtung)  ja  nein

### C 5.2 Händedesinfektion

- vor Entnahme sauberer Bereichskleidung / des Mund-/Nasenschutzes  ja  nein
- beim Umgang mit Sterilgut, Einwegartikeln, Injektionen, Infusionen  ja  nein
- vor invasiven Maßnahmen am Patienten  ja  nein
- vor Kontakt mit besonders infektionsgefährdeten Patienten  ja  nein
- vor oder nach Kontakt mit Wunden oder Einstichstellen  ja  nein
- nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material  ja  nein
- nach Kontakt mit Patienten von denen Infektionen ausgehen können  ja  nein
- nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten  ja  nein

**C 5.3 Haarschutz**

Tragen eines geeigneten Haarschutzes  ja  nein  
 (vollständige Abdeckung der Haare, z.B. Astronauten-Haube)

**C 5.4 Schriftliche Anleitungen zu betrieblich-organisatorischen bzw. personellen Hygienemaßnahmen**

Einschleusen des Personals  ja  nein  
 Präoperative Patientenvorbereitung bzw. Haut/Schleimhautdesinfektion  ja  nein  
 Chirurgische Händedesinfektion  ja  nein  
 Aufbereitung des OP-Raums zwischen 2 Operationen  ja  nein  
 Sichtbarer Aushang an entsprechenden Stellen/jederzeit zugänglich  ja  nein

**C 6 Aufbereitung von Wäsche**

**(bestimmungsgemäß unsterile OP-Kleidung als Schutzausrüstung; andere Praxistextilien, die nicht steril sein müssen)**

Verwendung von Einwegartikel  ja  nein  
 Verwendung von Mehrwegartikeln  ja  nein  
     eigene Aufbereitung  ja  nein

Verfahren: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aufbereitung entsprechend der RKI-Richtlinie 4.4.3  ja  nein  
 Fremdvergabe  ja  nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zertifikat liegt vor  ja  nein

**D Personal- und Patientenschutz****Personalschutz (§§ 5 und 6 ArbSchG, § 15 BioStoffV)**

Gefährdungsbeurteilung mit Feststellung , welche Beschäftigten  
 Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung  
 (z. B. HBV, HCV, HIV, TBC) ausüben

vorhanden  ja  nein

Arbeitsmedizinische Untersuchung aller Beschäftigten, die einer Infektionsgefährdung nach § 15 i. V. m. Anhang IV BioStoffV ausgesetzt sind

durchgeführt  ja  nein

Vorsorgeuntersuchung aller Beschäftigten bereits vor Aufnahme der Tätigkeit

sichergestellt  ja  nein

Angebot der Schutzimpfung für Beschäftigte

ja  nein

Werden Beschäftigte ohne ausreichenden Impfschutz eingesetzt

ja  nein

Arbeitsmedizinische Betreuung durch

Name/Anschrift/Tel/Fax: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **E Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen**

Durchführung von Operationen bei Patienten mit Risikopunkten:  
 (Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.)

ja  nein

- ASA Score >3 (=schwere systemische Krankheit, dekompensierte systemische Krankheit oder moribund),
- Wundkontaminationsklasse kontaminiert oder septisch;
- OP-Dauer >75% der Operationen gleicher Art

Wenn ja, Limit für Durchführung operativer Eingriffe bei

Risikopunkt(en)	1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### **Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen**

ja  nein

Indikator-OP

Arthroskopie  
 Varizen-Operationen  
 Star-Operationen (grau)  
 Adenotomie  
 Herniotomie  
 Mamma-OP

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

andere: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Methode / Erfassung

AMBU-KISS

ja  nein

andere: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Erfassender / Bewertender:

Operateur  
 Hygienefachkraft (extern)  
 Hausarzt

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

andere: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Maßnahmen zur Sicherstellung des Informationsrückflusses post-op.  
an den Operateur zu Komplikationen und Infektionen,  
einschließlich 24-Stunden-Erreichbarkeit

ja  nein

Maßnahmen zur Ursachenermittlung und Ablaufoptimierung

ja  nein

Meldung eines gehäuften Auftretens von nosokomialen Infektionen  
an das Gesundheitsamt

ja  nein

zuletzt am \_\_\_\_\_



## Service-Anhang

### Sicherheit

#### Notstromeinrichtung

 ja  nein

Kapazität ausreichend für die Zeit bis zum Ende jedes Eingriffs  
bzw. jeder Operation

 ja  nein

an Notstrom angeschlossen: \_\_\_\_\_

---

#### Rettungswege

Einrichtung ist für Feuerwehr/Rettungsdienst zur Übernahme  
von Patienten leicht zugänglich

 ja  nein

Fluchtwege in der Einrichtung gekennzeichnet

 ja  nein

#### Druckgasflaschen (z.B. Sauerstoff)

 ja  nein

gegen Umstürzen gesichert

 ja  nein

Warnhinweis auf Türen vor Räumen, in denen Druckgasflaschen  
gelagert werden (Unfallverhütungsvorschrift BGV A 8)

 ja  nein

#### Feuerlöscher

 ja  nein

Feuerlöscher gewartet

 ja  nein

Feuerlöscher gesichert

 ja  nein

#### Arzneimittel-Sicherheit

Regelmäßige Überprüfung des Verwendbarkeitsdatums

 ja  nein

durch \_\_\_\_\_

Kennzeichnung der Gebinde zur Mehrfachentnahme mit dem Anbruchdatum  
(z.B. Durchstichfläschen, Tropfenfläschen, Tuben)

 ja  nein

Arzneimittelkühlschrank

 ja  nein

Min / Max Thermometer

 ja  nein

### Notfallmanagement

- Notfallarzneimittel zum sofortigen Zugriff an zentraler Stelle
- Instrumentarium zur Reanimation
- EKG-Monitor
- Organisationsplan Patientennotfall, Rufkennung, Telefon, Zuständigkeit
- Fortbildung Personal zu Notfällen
- Organisationsplan Personalnotfälle und Verletzung

 ja  nein

 ja  nein

 ja  nein

 ja  nein

 ja  nein

 ja  nein