



**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 Patientenumkleide**

 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
  - Verschießbare Schränke für Kleidung
  - Stellplatz Straßenschuhe
  - Abwurf OP-Schuhe
  - Abwurf Bereichskleidung unrein
  - Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)
  - ggf. Patiententoilette
  - Umkleidekabine(n) für Patienten (ggf. Anzahl \_\_\_\_\_)
- Reine Seite
  - Schränke, Regale für OP-Wäsche
  - Regale für OP-Schuhe rein, Einmalschuhe
  - Händedesinfektionsmittelspender
  - Regal für OP-Hauben, Mundschutz
- Aushang mit Verfahrensanweisungen für das Personal für die Patientenumkleide, Vorbereitung und Einschleusen

 ja  nein

##### **B 1.2.2 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 1.2.3 OP-Raum / -räume** (Anzahl: \_\_\_\_\_) ja  neinNutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m<sup>2</sup> ja  nein

Liste von Geräten/Medizinprodukten:

## • fahrbar

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

## • fest installiert

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

**Ausstattung**

1. Wandbelag \_\_\_\_\_

 ja  nein

wischdesinfizierbar

 ja  nein

2. Fußbodenauskleidung \_\_\_\_\_

fugendicht

 ja  nein

3. Arbeitsflächen \_\_\_\_\_

wischdesinfizierbar

 ja  nein

4. OP-Decke \_\_\_\_\_

wischdesinfizierbar

 ja  nein

4. Heizkörper \_\_\_\_\_

5. fahrbare Wagen \_\_\_\_\_

6. Anästhesieeinheit \_\_\_\_\_

7. Druckluft/Kompressor \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

Möbiliar fahrbar (OP kann komplett leergeräumt werden)

 ja  nein

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

Liste von Geräten/Medizinprodukten:

- fahrbar

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

- fest installiert

1. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

**Ausstattung**

1. Wandbelag \_\_\_\_\_

wischdesinfizierbar

 ja  nein

2. Fußbodenauskleidung \_\_\_\_\_

fugendicht

 ja  nein

3. Arbeitsflächen

wischdesinfizierbar

 ja  nein

4. Eingriffsraum-Decke \_\_\_\_\_

wischdesinfizierbar

 ja  nein

5. Heizkörper \_\_\_\_\_

6. fahrbare Wagen \_\_\_\_\_

7. Anästhesieeinheit \_\_\_\_\_

8. Druckluft/Kompressor \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

Fensterlüftung

 ja  nein

Fliegengitter an allen Fenstern

 ja  nein

Abwurfsystem für unsterile Produkte

 ja  nein

Sterilgutlager im Eingriffsraum

 ja  nein

- Schränke.(dichtschießend?) \_\_\_\_\_

- Lokalisation \_\_\_\_\_

Türanlage:

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

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

Nassbereiche in Eingriffsraum integriert

 ja  nein

1. Waschbecken \_\_\_\_\_

 ja  nein

2. Überlaufsiphon

 ja  nein

3. Berührungsarme Armaturen  ja  nein
4. Gulli  ja  nein

**B 1.2.5 Präoperativer und postoperativer Bereich** ja  nein

## Vorbereitungsraum

- Einleit-/Ausleitfunktion  ja  nein
- Einzelkabine  ja  nein
- Patientenvorbereitung  ja  nein
- Überwachungsmöglichkeit  ja  nein
- Intensivkabine  ja  nein
- Liege- und Sitzmöglichkeit  ja  nein
- Patiententoilette integriert  ja  nein
- Arzneimittel- und Sterilgutlager in Schränken  ja  nein
- Schreibplatz  ja  nein
- Aufwachzone  ja  nein
- Postoperative Betreuung  ja  nein
- Vorzone (ausreichend dimensioniert)  ja  nein

**B 1.2.6 Notfallmanagement**

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

**B 1.2.7 Bereich für chirurgische Händedesinfektion** ja  neinWaschplätze innerhalb des OP  ja  neinWaschplatz (Vorzone/Vorbereitungsraum)  ja  neinVerfahrensanweisung und Aushang für chirurgische Händedesinfektion  ja  neinVerfahrensanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes  ja  neinWascheinrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung  ja  nein

- berührungsarme Armatur  ja  nein
- Flüssigseifenspender (Einmalgebinde) fest installiert  ja  nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) fest installiert  ja  nein
- Waschtisch ohne Überlauf  ja  nein
- Einmalhandtuchspender 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
- Verfahrensanweisung Sterilgutlager  ja  nein

**B 1.2.9 Sterilgutaufbereitungsraum - separat**  ja  nein

Arbeitsflächen \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>  ja  nein

Funktionelle Trennung (Aufbereitungs-/Pack-/Sterilisierzone)  ja  nein

Spritzwasserschutz  ja  nein

**B 1.2.10 Entsorgungsbereich für Abfälle**  ja  nein

- Raumflächen (funktionell ausreichend)  ja  nein
- Ausstattung (funktionsgerecht)  ja  nein
- Verfahrensanweisung Abfallentsorgung  ja  nein
- Beschreibung der Abfallwege  ja  nein

**B 1.2.11 Putzraum**  ja  nein

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

**B 1.2.12 Geräteraum**  ja  nein**B 1.2.13 Vorratslager**  ja  nein

Ausstattung

- Schränke  ja  nein
- Regale  ja  nein

## B 2 Technisch-apparative Ausstattung

### B 2.1 RaumLuftTechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notwendigkeit einer RLT-Anlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Gründe: Arbeitsphysiologie (z.B. Klimatisierung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitschutz (z.B. Narkosegasabfuhr)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hygiene (z.B. Keimreduktion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Luftführung:		
Verdrängungsprinzip	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdünnungsprinzip	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
DIN-Konformität (DIN 1946 Teil 4)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abweichung von der DIN:		
Außenluftmenge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Filterung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befeuchtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kühlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzdruckhaltung/Strömungsrichtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versorgung angrenzender Räume:		
Überströmprinzip	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuluft-Versorgung (eigene)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Vor Erstinbetriebnahme technische Abnahmeprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vor Erstinbetriebnahme hygienische Abnahmeprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anlagenstillstand außerhalb OP-Betriebszeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
reduzierter Zuluftvolumenstrom außerhalb OP-Betriebszeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**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 Instrumentenaufbereitung**

(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 2.2 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

	DGHM – 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  ja  nein

Zentrale Dosiergeräte  ja  nein

Gerätekontrolle (Dosierung/techn. Funktionstüchtigkeit)  ja  nein

Prüfprotokolle eingesehen  ja  nein

Prüfstelle Privatlabor  ja  nein

Hygieneinstitut (öffentl.)  ja  nein

Hersteller  ja  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) hygienerrelevanter Flächen im OP nach jedem operativen Eingriff  ja  nein

in unregelmäßigen Abständen  ja  nein

am Ende des OP-Betriebes  ja  nein

Alternativ: Einmalaufgaben, Einmalartikel bei Patientenkontakt  ja  nein

**Flächen-/Fußbodendesinfektion**

Regelmäßige/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

ohne 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  ja  nein  
 Entleerung unter Beachtung hygienischer/infektionspräventiver Erfordernisse (entsprechende Ausgussvorrichtungen)  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  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 und nach Manipulation am Patienten  ja  nein
- nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten  ja  nein

### C 5.3 Haarschutz

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

### 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 Einwegartikeln  ja  nein
- Verwendung von Mehrwegartikeln  ja  nein
- eigene Aufbereitung  ja  nein

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

- Aufbereitung entsprechend der RKI-Richtlinie 4.4.3  ja  nein

Fremdvergabe an Wäscherei  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, vorliegend  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:  ja  nein  
(Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.)

- 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Varizen-Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Star-Operationen (grau)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Adenotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herniotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mamma-OP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Methode / Erfassung AMBU-KISS  ja  nein

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

Erfassender / Bewertender: Operateur  ja  nein  
 Hygienefachkraft (extern)  ja  nein  
 Hausarzt  ja  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 \_\_\_\_\_

## **F 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  
 durch \_\_\_\_\_  ja  nein

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

Arzneimittelkühlschrank  ja  nein  
 Min / Max Thermometer  ja  nein